

**INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO DE  
REABILITAÇÃO QUE CAPACITAM  
PARA O AUTOCUIDADO  
PESSOA/FAMÍLIA EM SITUAÇÃO DE  
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL,  
TENDO EM VISTA O REGRESSO A  
CASA**

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

**Ana Filipa Frazão Reis**

**Orientador: Mestre José Lourenço**

fevereiro, 2017



**Instituto Politécnico de Santarém**

**Escola Superior de Saúde de Santarém**

**2º CURSO DE Mestrado em Enfermagem de Reabilitação  
Unidade Curricular: Estágio II e Relatório**

**INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO DE  
REABILITAÇÃO QUE CAPACITAM  
PARA O AUTOCUIDADO  
PESSOA/FAMÍLIA EM SITUAÇÃO DE  
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL,  
TENDO EM VISTA O REGRESSO A  
CASA**

Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação de acordo com o Regulamento n.º 618/2010, de 20 julho, alterado e republicado pelo Despacho n.º 7648/2014, de 11 de junho, do Instituto Politécnico de Santarém

**Ana Filipa Frazão Reis**

**Orientador: Mestre José Lourenço**

fevereiro, 2017

## **DEDICATÓRIA**

MAE e PAI por estarem sempre comigo, por todo o incentivo, por me mostrarem o caminho, pelo apoio incondicional, por serem quem são e de quem muito me orgulho

EVA e IVO meus filhos, que ainda *in útero* vivenciaram comigo este percurso

## **AGRADECIMENTO**

Ao Professor José Lourenço, pela orientação e disponibilidade

Aos Enfermeiros Cooperantes pelo contributo na concretização dos objetivos

JOÃO, FAMÍLIA e AMIGOS, privados muitas vezes da minha atenção

A todos, muito obrigada!

## ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD's	Atividades de Vida Diárias
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIPE	Classificação Internacional para Prática Enfermagem
DGS	Direção Geral de Saúde
EEER	Enfermeiro Especialista Enfermagem de Reabilitação
ESSS	Escola Superior de Saúde de Santarém
f.	Folha
IPS	Instituto Politécnico de Santarém
n.º	Número
NIHSS	Stroke Scale do National Institute of Health
MeSH	Medical Subjects Headings
MIF	Medida de Independência Funcional
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
p.	página
PI[C]O	População, Intervenção, Comparação, Outcome
RSL	Revisão Sistemática da Literatura
SIE	Sistemas de Informação em Enfermagem
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCV	Unidade Cerebrovascular

## RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Pretende, através da análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas e competências adquiridas ao longo do Estágio II e Relatório, contribuir para a identificação das intervenções do enfermeiro de reabilitação que capacitam para o autocuidado a pessoa/família em situação de AVC, tendo em vista o regresso a casa. Para aprofundamento da temática, recorreu-se à Revisão Sistemática da Literatura pelo método PI[C]O. Foram incluídos 3 estudos selecionados e pesquisados em bases de dados eletrónicas (EBSCO) de acordo com o protocolo de pesquisa.

A análise dos artigos contribuiu para a identificação das intervenções do enfermeiro de reabilitação, que capacitam para o autocuidado a pessoa/família em situação de AVC, tendo em vista o regresso a casa, em duas vertentes: primeira, enquanto profissional, autoconhecer-se e compreender as suas próprias crenças sobre a saúde, a doença e a reabilitação; segunda, no âmbito da sua intervenção profissional, perceber a perspetiva da pessoa sobre os processos de saúde/doença e de reabilitação; explorar as crenças de cada pessoa/família e implicá-las na (auto)gestão do seu processo de reabilitação; identificar e implementar intervenções que, face às experiências de cansaço e às dificuldades em se alimentar da pessoa/família, melhorem a sua capacidade para o autocuidado.

Palavras-Chave: Enfermagem, Reabilitação, Autocuidado, AVC

## **ABSTRACT**

The following report is contextualized in the 2nd Master Degree in Rehabilitation Nursing. Through a critical and reflexive analysis of the activities and skills acquired during Stage II and Report, it aims to identify the interventions of the rehabilitation nurse that enable the person/ family to self-care in a stroke situation, having in mind the returning home. For the resolution of this problematic, was used the methodology of Systematic Literature Review by the PI[C]O method. Three studies were selected and searched in electronic databases (EBSCO) according to the research protocol.

The analysis of the articles contributes to identify the interventions of the rehabilitation nurse that enable the self-care of the person / family in a stroke situation, having in mind the returning home, in two areas: first, as a professional, self-knowledge and understand their beliefs about health, illness and rehabilitation; secondly, in his professional intervention, to perceive the person's perspective on the health / illness and rehabilitation processes; explore the beliefs of each person/family and involve them in the (self) management of their rehabilitation process; identify and implement interventions that, in the face of experiences of fatigue and difficulties in feeding the person / family, improve their capacity for self-care

Keywords: Nursing; Rehabilitation; Self-care; Stroke

## INDICE

	f.
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>1. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO, NO ESTÁGIO II E RELATÓRIO</b> .....	13
1.1 – ESTÁGIO EM CONTEXTO DE PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA NÃO TRAUMÁTICA.....	16
1.2 - ESTÁGIO EM CONTEXTO DE PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA TRAUMÁTICA .....	23
1.3 - CONTEXTO DE PESSOA/FAMILIA NA COMUNIDADE (COMPONENTE OPCIONAL).....	28
<b>2. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA</b> .....	33
2.1 – METODOLOGIA DE PESQUISA .....	33
<b>3. ANÁLISE REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DO ENSINO CLÍNICO E DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA</b> .....	39
<b>4. CONCLUSÃO</b> .....	47
<b>5. BIBLIOGRAFIA</b> .....	50
ANEXOS	
ANEXO I - PROJETOS INDIVIDUAIS DE ESTÁGIO.....	55
ANEXO II - PROTOCOLO DE PESQUISA.....	89
ANEXO III - FICHA DE LEITURA RELATIVA À ANÁLISE DO ARTIGO: “Self-management following stroke”.....	95
ANEXO IV - FICHA DE LEITURA RELATIVA À ANÁLISE DO ARTIGO: “Experiences of poststroke fatigue: qualitative meta-synthesis”.....	100
ANEXO V - FICHA DE LEITURA RELATIVA À ANÁLISE DO ARTIGO: “Eating difficulties among patients 3 months after stroke in relation to the acute phase”.....	104

## INDICE DE QUADROS

	f.
Quadro n.º 1 – Quadro síntese dos estudos selecionados .....	35

## INTRODUÇÃO

O presente relatório, no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, tem como finalidade a obtenção do grau de Mestre, de acordo com o Regulamento n.º 618/2010, de 20 julho, alterado e republicado pelo Despacho n.º 7648/2014, de 11 de junho (Regulamento dos Segundos Ciclos de Estudos do Instituto Politécnico de Santarém (IPS)), desenvolvido na Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS) e tendo por base a Unidade Curricular Estágio II e Relatório.

Em consonância com os documentos institucionais, a finalidade do curso é promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área da especialização do conhecimento em enfermagem de reabilitação numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida, através da autoformação e reflexividade sobre a prática.

Neste enquadramento, de acordo com a planificação do 3º semestre do curso, desenvolvemos um estágio de natureza profissional, de forma a desenvolver competências e consolidar os conhecimentos adquiridos nos semestres anteriores, isto é, procura ser mobilizador de um agir em contexto da prática clínica e proporcionador de aprendizagens.

Cada mestrando teve a possibilidade de eleger os contextos/serviços de pessoas com alterações neurológicas, que decorreram sob orientação de um enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação. A escolha dos locais de estágio teve por base as disponibilidades apresentadas pela ESSS e, paralelamente, opções pessoais e profissionais onde pudéssemos desenvolver competências específicas em cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (Regulamento n.º 125/2011, de 18 fevereiro) e competências comuns ao enfermeiro especialista (Regulamento n.º 122/2011, de 18 fevereiro).

O desenvolvimento deste estágio realizou-se em três contextos: o contexto específico de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alteração neurológica não traumática decorreu na unidade de cerebrovasculares (UCV), do Hospital São José; o contexto específico de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alteração neurológica traumática, no serviço de lesões vertebro medulares do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão; e a componente opcional na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Torres Vedras.

As aprendizagens desenvolvidas nos diferentes contextos foram sustentadas em projetos individuais de estágio, negociados com os responsáveis em cada local e o professor, com recurso à orientação tutorial.

Logo no início do estágio, foi solicitada a identificação e seleção de uma área a desenvolver, mediante os interesses individuais, cujo ponto de partida seriam as experiências vivenciadas ao longo de todo o estágio II. Nesta sequência, no presente relatório, para além da análise e reflexão do ensino clínico desenvolvido, pretendemos também aprofundar a temática escolhida com recurso à Revisão Sistemática da Literatura (RSL), através da metodologia PI[C]O.

Ao longo do estágio, frequentemente, emergiram questões relacionadas com as intervenções do Enfermeiro Especialista Enfermagem de Reabilitação (EEER) que capacitam para o autocuidado pessoa/família, em situação de Acidente Vascular Cerebral (AVC), tendo em vista o regresso a casa. Assim, pareceu-nos pertinente e atual a escolha desta temática pois, em Portugal, as doenças relacionadas com o aparelho circulatório, das quais as cerebrovasculares são as mais frequentes, constituem a principal causa de morte e incapacidade, com consequências não só físicas mas também emocionais, cognitivas, psicossociais e socioeconómicas de grande impacto para a pessoa e seus familiares (Menoita et al, 2012).

Face às nossas experiências profissionais e ao longo do estágio, verificámos que é ainda no internamento que a pessoa/família encara a incapacidade para se autocuidar. De facto, as situações de doença impõem alterações no modo de vida surgindo a necessidade de uma mudança de comportamentos para fazer face às incapacidades residuais.

Ao longo do relatório, procuramos mobilizar as teorias de Orem (2001) bem como os seus requisitos para o autocuidado. A este propósito, Orem define “autocuidado” como o desempenho ou a prática de atividades que as pessoas realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Todas as pessoas adultas e saudáveis têm capacidade para se autocuidar por possuírem habilidades, conhecimentos e experiência adquirida ao longo da vida. No entanto, torna-se necessário recorrer à enfermagem sempre que as exigências terapêuticas de autocuidado sejam superiores à habilidade para o realizar (Orem, 2001). A opção por esta teórica de enfermagem parece-nos pertinente, pois Orem possibilita-nos a identificação das necessidades e recursos da pessoa para o desenvolvimento do autocuidado surgindo a necessidade de intervenção de enfermagem de reabilitação perante a avaliação dos défices de autocuidado.

Por outro lado, atendendo a que a pessoa e família se encontra num processo de mudança e de transição no seu processo de saúde, sentimos necessidade de mobilizar a teoria de Meleis na caracterização das condições da transição e os modelos de resposta à mesma, que permita a compreensão das vivências atuais da pessoa em situação de AVC face à consecução de capacidades que lhe permita autocuidar-se.

As pessoas em situação de AVC, de acordo com Donnellan et al (2013), exigem um maior envolvimento nos seus próprios cuidados de saúde em termos de processo de tomada de decisão e um melhor aconselhamento por parte de toda a equipa de saúde envolvida. Enfatizam a

necessidade de mudar o quadro de intervenção de reabilitação, passando de um modelo liderado pelos profissionais de saúde para uma visão mais favoravelmente equilibrada que inclua a participação e o envolvimento da pessoa/família na autogestão do programa de reabilitação necessário. Assim, a intervenção da enfermagem de reabilitação passa por identificar as necessidades da pessoa/família, conhecer os recursos e serviços capazes de contribuir para a sua reabilitação e bem-estar mobilizando estratégias para aceder aos mesmos. Na comunidade, assegurar uma avaliação contínua para que estes serviços se vão adequando às alterações das necessidades garantindo a reintegração e prevenindo o reinternamento (Hoeman, 2011).

Enquanto EEER temos competências para capacitar a pessoa/família para o autocuidado sendo responsáveis pela avaliação, planeamento e execução das intervenções no âmbito da enfermagem de reabilitação. Intervimos na educação da pessoa/família, no planeamento do regresso a casa, na continuidade dos cuidados e na sua reintegração na comunidade, proporcionando-lhes, assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida (Regulamento n.º 125/2011). Tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, enquanto enfermeiro especialista com conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem demonstramos níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento n.º 122/2011).

Na temática que pretendemos aprofundar utilizamos a RSL, através da metodologia PI[C]O procuramos evidenciar a melhor forma de integrar os mais recentes desenvolvimentos científicos na prática clínica. Procurando promover a reflexão na ação e sobre a ação, após reflexão pessoal e clarificação de conceitos, traduzimos a problemática, para ponto de partida numa pergunta formato PI[C]O: **Quais as intervenções do EEER (I) que capacitam para o autocuidado (O) pessoa/família em situação de AVC (P), tendo em vista o regresso a casa?**

Atendendo a que este relatório tem por base o projeto elaborado para cada bloco do Estágio II e Relatório e o aprofundamento da temática anteriormente referida, para a sua elaboração, definimos os seguintes objetivos:

Objetivos Gerais:

- Analisar o processo de desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas do enfermeiro de reabilitação, tendo em conta as atividades desenvolvidas, tendo em conta os projetos individuais previamente elaborados;
- Aprofundar conhecimentos científicos sobre as intervenções do enfermeiro de reabilitação que capacitam para o autocuidado pessoa/família, em situação AVC, tendo em vista o

regresso a casa, através da revisão sistemática da literatura, visando a mais recente evidência científica da prática.

Objetivos específicos:

- Avaliar o processo de desenvolvimento de competências no decorrer do Estágio II;
- Refletir sobre a problemática emergente da prática clínica;
- Enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia PI[C]O;
- Fundamentar aspetos da prática relativamente às intervenções do enfermeiro de reabilitação que capacitam para o autocuidado pessoa/família, em situação AVC, tendo em vista o regresso a casa.

Estruturalmente, este relatório tem início com a presente introdução. Segue-se o primeiro capítulo onde realizamos uma análise crítica/reflexiva das experiências vivenciadas e competências desenvolvidas ao longo dos três componentes de estágio, enquadrando a temática que se evidenciou nos diferentes contextos de ensino clínico: as intervenções do EEER que capacitam para o autocuidado pessoa/família, em situação de AVC, tendo em vista o regresso a casa. No segundo capítulo, apresentamos a metodologia de pesquisa utilizada na RSL. O terceiro capítulo corresponde à análise reflexiva que surge após leitura e análise dos artigos selecionados, refletimos mobilizando as evidências encontradas em articulação com a prática de cuidados e integrando o conhecimento mais atualizado acerca da temática escolhida mediante a questão PI[C]O. Por fim, a conclusão onde pretendemos traduzir o balanço desta caminhada, em forma de reflexão. Em anexos, apresentamos todos os documentos considerados pertinentes para a apreciação deste relatório.

## **1. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO, NO ESTÁGIO II E RELATÓRIO**

Neste capítulo, pretendemos traduzir o percurso efetuado ao longo do estágio II, apresentando a reflexão e análise crítica das experiências vivenciadas nos diferentes contextos bem como a aquisição e desenvolvimento de competências enquanto enfermeiros de reabilitação.

A Unidade Curricular Estágio II e Relatório surge integrada no 2º ano/ 1º semestre do curso de mestrado em enfermagem de reabilitação. A componente estágio II decorreu em contextos específicos de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alterações neurológicas. Teve a duração de 325 horas de presença física que ocorreram em três contextos de ensino clínico:

- Contexto específico de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alteração neurológica não traumática: UCV, do Hospital São José, com duração de 100 horas;
- Contexto específico de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alteração neurológica traumática: serviço de lesões vertebro medulares do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, com a duração de 125 horas;
- Componente opcional: UCC de Torres Vedras, com duração de 100 horas.

Na escolha dos contextos para o desenvolvimento do estágio consideramos que o aumento da esperança média de vida associado às alterações tecnológicas e sociais exige aos enfermeiros de reabilitação competências que possibilitem responder às reais necessidades das pessoas/famílias. Doenças que outrora eram fatais assumem, hoje em dia, carácter de cronicidade. Neste grupo, as doenças cerebrovasculares constituem a terceira causa de mortalidade nos países industrializados e uma das principais causas de incapacidade funcional, com grave prejuízo para a qualidade de vida (Menoita et al, 2012).

Relativamente a Portugal, dados do ano 2015, demonstram que as doenças do aparelho circulatório são a principal causa de morte, destas, evidenciam-se as cerebrovasculares com expressão mais relevante no AVC (DGS, 2016).

Nesta sequência, no que diz respeito ao processo de reabilitação, de acordo com as diretrizes para reabilitar a pessoa adulta com AVC nas orientações para os profissionais de saúde, a comunicação e cooperação entre os membros da equipa multidisciplinar é fundamental para maximizar a eficácia e a eficiência da reabilitação.

Nas experiências vivenciadas, verificámos que o regresso a casa e á comunidade da pessoa requer uma avaliação cuidadosa das necessidades da pessoa/família e a disponibilidade de recursos formais e informais. Este aspeto surgiu como orientador no desenvolvimento temporal do estágio, no sentido de desenvolver competências no cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. Assim, iniciamos o estágio na UCV mais direcionado para os cuidados numa fase aguda, posteriormente no centro de reabilitação de Alcoitão e só depois numa UCC, perspetivando a integração da pessoa no seu contexto de vida, ou seja, aquando do regresso a casa.

Para cada contexto, elaborámos um Projeto Individual de Estágio com as atividades a desenvolver, intervenientes e respetiva calendarização. Partimos dos objetivos gerais da Unidade Curricular Estágio II e Relatório para definir objetivos específicos mediante as competências a desenvolver enquanto EEER e considerando as necessidades individuais de aprendizagem.

Com base nestes aspetos apresentamos esta reflexão crítica fazendo um paralelismo entre o projetado e o desenvolvido, considerando as competências do EEER presentes no Regulamento n.º 125/2011, de 18 fevereiro e as competências comuns do enfermeiro especialista patentes no Regulamento n.º 122/2011, da mesma data. Não pretendemos fazer uma descrição exaustiva de todas as atividades desenvolvidas pois essas encontram-se descritas nos Projetos Individuais de Estágio (Anexo I) mas, analisar aquelas que foram mais significativas no processo formativo e que contribuíram para o desenvolvimento pessoal e profissional enquanto enfermeiro de reabilitação.

Nos diferentes contextos respeitámos os princípios éticos e deontológicos privilegiando a validação prévia da intervenção com os enfermeiros cooperantes. Estes, apelando à reflexão acerca da pertinência da intervenção, consoante cada situação individual, permitiram-nos a mobilização dos conhecimentos adquiridos aquando da componente teórica do curso. Conseguimos, assim, não só consolidar esses conhecimentos, mas simultaneamente fundamentar as decisões tomadas visando a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados.

Conforme surgiam novas e diferentes situações que iam exigindo o desenvolvimento de capacidades e competências para saber atuar adequadamente, tornou-se preponderante o recurso a pesquisa científica e bibliográfica, contribuindo não só para desenvolver a capacidade de decisão de EEER numa perspetiva situacional mas também, basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Regulamento n.º122/2011). A responsabilidade pelo próprio processo de formação tornou-se fundamental para que as aprendizagens se tornassem significativas.

Procedemos à análise das diferentes situações de cuidados de enfermagem de reabilitação e mediante a avaliação das limitações ou alterações da funcionalidade de cada pessoa, priorizámos

para uma intervenção especializada, privilegiando a intervenção precoce, estabelecendo prioridades em termos de reabilitação o que contribuiu para uma organização eficiente do trabalho.

O acompanhamento dos enfermeiros cooperantes na coordenação dos serviços, tanto na gestão dos recursos humanos como de cuidados, possibilitou o desenvolvimento de competências no âmbito da gestão. Colaborámos nas decisões em equipa multidisciplinar, por meio da participação em momentos de partilha e reflexão acerca das atividades desenvolvidas e reformulação de estratégias de intervenção para concretizar os objetivos específicos da pessoa, gerindo os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem, seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar (Regulamento n.º 122/2011). Tivemos a possibilidade de ser responsáveis pelo esclarecimento dos restantes elementos da equipa no que se refere a aspetos relacionados com a especialização, nomeadamente, posicionamentos, cuidados com a alimentação ou treinos de autocuidados gerindo a equipa de enfermagem, os seus processos formativos, tomada de decisão face aos cuidados prestados ou a prestar, disponibilizando assessoria aos pares e equipa (Regulamento n.º 122/2011). Estes momentos informais, privilegiados no seio da equipa multidisciplinar, introduziram hábitos de reflexão e partilha com o intuito de chegar a medidas corretivas da prática diária, visando a otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão (Regulamento n.º 122/2011).

Transversal a todos os contextos foi inteirarmo-nos dos planos de formação existentes nos serviços e colaborar na identificação de necessidades de formação, bem como, conhecer e/ou mobilizar normas e protocolos existentes no âmbito da qualidade, nomeadamente, nos focos da prática queda e úlcera de pressão. Estes são indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, cuja monitorização do risco através do uso de escalas, definição de diagnósticos e respetivas intervenções constituem parte integrante da intervenção do EEER. Ao realizar o diagnóstico precoce e ações preventivas asseguramos a manutenção das capacidades funcionais das pessoas, prevenimos complicações e evitamos incapacidades (Regulamento n.º 125/2011).

Enquanto EEER temos competências para gerir na equipa, de forma apropriada, as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade da pessoa (Regulamento n.º 122/2011). Em contexto de estágio, no sentido de prevenir complicações e minimizar a ocorrência de acidentes fomos responsáveis pelo ensino e treino dos princípios da mecânica corporal junto da equipa e família. Assim, face ao exposto, contribuímos para a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados, mas também na criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro em todos os contextos de ensino clínico e presente em todas as nossas intervenções (Regulamento n.º 122/2011).

## 1.1 – ESTÁGIO EM CONTEXTO DE PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA NÃO TRAUMÁTICA

A pertinência da escolha da UCV do Hospital São José como local de estágio deve-se ao facto de privilegiar a reabilitação precoce, fundamental para garantir uma melhor qualidade de vida da pessoa/família em situação de AVC, conforme orientações da Direção Geral da Saúde (2001) e do Ministério da Saúde (2007). É uma unidade especializada em neurologia que pretende iniciar o mais precocemente possível o tratamento e reabilitação das pessoas em situação de AVC, prevenir complicações e agravamento da doença, tratar situações desencadeantes da comorbilidade associada à patologia vascular e ainda, permitir um seguimento das pessoas após o seu período de internamento (UCV, 2003).

Este contexto correspondeu às nossas expectativas por ser uma área do interesse pessoal e constituir uma exigência específica no campo profissional. Ao prestar cuidados num serviço de medicina, onde nos deparamos diariamente com pessoas que enfrentam as incapacidades decorrentes da situação de AVC, sentimos necessidade de adquirir competências na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alteração neurológica não traumática.

A UCV tem a particularidade de ser um contexto privilegiado no cuidar a pessoa/família em situação de AVC, pois, é nesta fase que enfrentam pela primeira vez a incapacidade. Este é um termo que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação. Se o conceito de “deficiência” surge associado a problemas nas funções ou nas estruturas do corpo como um desvio importante ou uma perda, as “limitações da atividade” e “restrições na participação” remetem para a pessoa enquanto ser social, relacionadas com dificuldades que possa ter na execução de atividades ou problemas que enfrenta quando envolvida em situações da vida real (OMS e DGS, 2004). No âmbito de outro documento fundamental à enfermagem de reabilitação a Classificação Internacional para Prática Enfermagem, a “incapacidade” surge como um foco da prática definida como um “papel processual: diminuição ou ausência de aptidão ou capacidade física ou mental” (CIPE, 2011).

A pessoa/família, em situação de AVC, em contexto hospitalar vivenciam uma transição saúde/doença relacionada com uma mudança no desempenho de papel, devido à alteração súbita ou agravamento da condição de saúde, da passagem de um estado saudável para o viver com uma doença crónica (Meleis e Trangenstein, 1994). Entendemos “transição” como a passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro, surgindo conotada com o tempo e o movimento. Pode abranger mais do que a pessoa e o seu envolvimento no contexto e na situação, referindo-se tanto aos processos como aos resultados, concretizando-se em alterações na vida,

saúde, relações e ambiente (Meleis e Trangenstein, 1994). As transições podem ser múltiplas e complexas e não ocorrerem isoladamente, daí que a sua sobreposição e a natureza da relação entre os diferentes eventos que as estão a causar, necessitem que o enfermeiro de reabilitação considere os padrões de todas as transições significativas na vida de uma pessoa, em vez de se focar em exclusivo num único tipo. Nesta sequência, quando mobilizamos a teoria de Orem (2001) e os requisitos de autocuidado por desvio de saúde implica, também, que a pessoa se consciencialize das mudanças que ocorrem na sua vida decorrentes da situação de doença e que determinam o início da vivência da transição.

Para compreender as experiências das pessoas ao longo da transição é necessário caracterizar as condições pessoais, da comunidade e da sociedade que podem facilitar ou dificultar uma transição saudável pois cada pessoa/família atribui significado às situações de saúde e doença, de acordo com os valores, as crenças e os desejos que caracterizam a sua singularidade. Corroboramos o referido por Meleis et al (2000) ao enfatizarem a pessoa como proactiva em todo o processo e fundamental para a efetivação de uma transição saudável. O fim do processo de transição é determinado a partir do momento em que a pessoa evidencia domínio dos conhecimentos, das habilidades e dos comportamentos necessários para lidar com as novas circunstâncias e, por conseguinte, sejam capazes de utilizar um sistema de autocuidado. Enquanto enfermeiros de reabilitação, cabe-nos entender o processo de transição e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva às pessoas, proporcionando-lhes capacidade de tomada de decisão e capacitação para o autocuidado, concretizando transições saudáveis (Petronilho, 2007).

Remetendo para a vivência em contexto de estágio, a ênfase na avaliação da situação individual de cada pessoa/família tornou-se indispensável na sua preparação para o processo de transição. Alicerçamo-nos em Meleis et al (2000) ao referirem que as atitudes, as crenças culturais, os significados atribuídos aos eventos precipitantes e o próprio processo de transição podem ser facilitadores ou dificultadores de transições saudáveis. A preparação antecipatória da experiência de transição parece constituir um fator facilitador pois surge intrinsecamente relacionada com o conhecimento acerca do que cada um pode esperar durante uma fase de transição e sobre quais as estratégias úteis na gestão da mesma, surgindo a educação como fundamental na otimização deste processo de transição.

Direcionamos a avaliação inicial para os cuidados de enfermagem de reabilitação de forma a recolher dados através dos quais fosse possível desenvolver intervenções adequadas às necessidades das pessoas/famílias, maximizando a função e minimizando o impacto da incapacidade, pois enquanto EEER concebemos, implementamos e monitorizamos planos de enfermagem de reabilitação diferenciados baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (Regulamento n.º 125/2011).

Nesta sequência, parece claro que a avaliação surge como parte integrante e fundamental ao plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, implicando a integração da condição de saúde da pessoa com o seu desempenho funcional e com o nível de apoio social pois, só assim, permite a caracterização da pessoa no seu todo (Hoeman, 2011). Complementando, a avaliação funcional surge como meio de incorporar os resultados da avaliação em planos de cuidados centrados na pessoa, o que por sua vez, tem influência direta nos diagnósticos, intervenções e resultados específicos de enfermagem de reabilitação (Hoeman, 2011). Aprofundámos, também, as competências na avaliação da capacidade funcional, ou seja, a habilidade para desempenhar uma variedade de aptidões necessárias às atividades físicas, cognitivas, afetivas, sociais e de qualidade de vida, baseada em medidas válidas e objetivas como forma de garantir cientificidade à mesma (Hoeman, 2011), especificando, avaliamos a força e tónus muscular, amplitude e coordenação de movimentos, equilíbrio ou o tipo de marcha. Recolhemos, assim, informação utilizando escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: cardiorrespiratória; motora, sensorial e cognitiva; alimentação; sexualidade e da eliminação (Regulamento n.º 125/2011).

Aquando da avaliação inicial mobilizamos a escala Stroke Scale do National Institute of Health (NIHSS), a mais comumente utilizada na avaliação da pessoa em situação de AVC (DGS, 2010). A sua utilização deve ocorrer por profissionais credenciados e, na unidade, é aplicada pelo menos uma vez por turno, pode-se considerar o ponto de partida na avaliação da pessoa que é admitida na UCV. É constituída por 11 itens de avaliação dos défices neurológicos, em pessoas em situação de AVC, relativamente ao nível de consciência, campos visuais, movimentos oculares, simetria da face, força muscular, coordenação motora, sensibilidade, linguagem, extinção/desatenção. Possibilita uma avaliação quantitativa das alterações neurológicas mediante a capacidade da pessoa para responder a questões e efetuar o que é solicitado. A pontuação varia entre 0 (zero) e 42 (quarenta e dois) correspondendo o zero a “sem evidência de défice neurológico”. Esta escala permite uma linguagem comum para a troca de informações entre profissionais de saúde, pode prever a melhoria ou agravamento da lesão, contudo, não distingue incapacidades antigas das atuais pelo que deve ser sempre enquadrada numa avaliação holística da pessoa. Uma vez que depende da capacidade de avaliação de cada observador, impera a necessidade de formação prévia à utilização deste instrumento para que não existam desvios na avaliação entre quem a utiliza. A sua mobilização, em contexto de estágio, foi importante na sistematização da avaliação a realizar a par da participação numa formação em serviço acerca da avaliação neurológica considerando os pares cranianos. Assim, desenvolvemos competências no âmbito da avaliação neurológica da pessoa em situação de AVC, embora, inicialmente tenhamos sentido dificuldades na sua operacionalização, esta foi colmatada na prática diária com a supervisão dos enfermeiros cooperantes e com recurso a pesquisa bibliográfica.

Mediante a avaliação efetuada elaborámos os respetivos planos de cuidados, definimos objetivos de reabilitação em parceria com a pessoa e implementámos as intervenções planeadas procurando a proatividade da pessoa/família em todo o processo.

O planeamento das intervenções teve sempre centrado na e com a pessoa pois, concordamos com Orem (2001) ao afirmar que todas as pessoas adultas têm capacidade para se autocuidar. No entanto, para desenvolverem o autocuidado implica que tenham consciência de si, capacidade para avaliar e compreender a sua situação, formular um julgamento e tomar uma decisão, ou seja, para se envolverem, dentro de uma linha de ação, com vista a obterem resultados e serem capaz de se ocuparem de forma continuada de si mesmas, no seu ambiente.

Para Orem (2001), no âmbito dos requisitos de autocuidado por desvio de saúde, os objetivos a alcançar através de ações de autocuidado a realizar por cada pessoa são: a procura e garantia de assistência adequada; a consciencialização da doença e dos seus efeitos; o cumprimento das prescrições; a monitorização dos efeitos do tratamento; a aceitação do novo autoconceito perante o estado de doença e adoção de medidas que promovam uma melhoria do estado de saúde pelo que devem ser capazes de aplicar conhecimentos para o seu próprio cuidado. Quando a necessidade de autocuidado é superior à sua capacidade de o realizar, é da competência do enfermeiro, não só, suprimir as necessidades da pessoa cuidada, mas também desenvolver estratégias promotoras de autocuidado.

Pelas competências desenvolvidas, enquanto EEER, estamos aptos a cuidar no processo de transição da pessoa com incapacidade no desempenho do autocuidado, permitindo intervir antecipadamente e preparar a mudança atenuando as dificuldades. A transição é, então, um conceito central em enfermagem de reabilitação, congruente com a teoria do autocuidado. Reiterando o anteriormente referido, o conceito de “autocuidado” remete para a “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (CIPE, 2011), surgindo como um foco da prática dos cuidados de enfermagem.

Segundo Orem (2001) como forma de compensar o défice de autocuidado manifestado pela pessoa, surgem os sistemas de enfermagem, ou seja, o conjunto de intervenções dos enfermeiros em interação com as pessoas que permitam conhecer e satisfazer as necessidades de autocuidado. São descritos por Orem (2001) três sistemas básicos de enfermagem: totalmente compensatório, parcialmente compensatório, sistema de apoio-educação. No sistema totalmente compensatório a ação é totalmente levada a cabo pelo enfermeiro, que concretiza o autocuidado da pessoa. No parcialmente compensatório tanto o enfermeiro como a pessoa executam algumas das ações de autocuidado e o enfermeiro assiste conforme necessário, a enfermagem surge para ajudar naquilo que a pessoa não é capaz de realizar por si só, compensando as suas limitações. No

sistema de apoio-educação a pessoa executa o autocuidado e tanto o enfermeiro como a pessoa regulam o exercício e o desenvolvimento da atividade de autocuidado.

Considerando a perspectiva supracitada, enquanto enfermeiros de reabilitação com intervenções autônomas, somos responsáveis pela seleção dos sistemas de enfermagem na capacitação da pessoa com déficit de autocuidado, focando os projetos de saúde que cada pessoa ambiciona, possibilitando a sua participação nos cuidados e na tomada de decisão acerca dos mesmos. De acordo com as necessidades de cada pessoa/família o enfermeiro de reabilitação surge como o condutor, orientador e educador dos cuidados, promovendo transições saudáveis. Pessoa/família deparam-se com inúmeras alterações neurológicas, com repercussões a nível motor, sensorial, emocional e social sem uma preparação prévia. Apreciando cada situação individual, por meio da avaliação da funcionalidade efetuada, podem-se identificar cinco intervenções de enfermagem com a pessoa com desvio de saúde segundo Orem (2001): Executar ou agir, substituindo a pessoa naquilo que ela não é capaz; orientar e encaminhar; dar apoio físico e psicológico; favorecer um ambiente que promova o desenvolvimento da pessoa e ensinar.

Concomitantemente, surge a necessidade de uma intervenção interdisciplinar que capacite para o autocuidado e maximize a funcionalidade (DGS, 2010). Desde o primeiro dia na UCV, nos deparamos com uma realidade diferente da prática diária no que concerne à equipa interdisciplinar. Esta reúne, diariamente, para analisar e refletir acerca da situação individual de cada pessoa internada, com base na avaliação neurológica, nos exames auxiliares de diagnóstico e objetivos individuais de cada pessoa. O EEER partilha aspetos inerentes à sua avaliação, planeamento e intervenção. Estes momentos permitiram constatar que o sucesso do processo de reabilitação não depende de atos ou técnicas isoladas, mas da complementaridade do trabalho desenvolvido por toda a equipa que se traduz na resolução de problemas e na melhoria da qualidade de vida. Nas equipas interdisciplinares uma vez identificados os objetivos, cada elemento começa a trabalhar para os atingir dentro dos parâmetros da sua área de atuação, colaborando quando ultrapassam os limites da disciplina (Hoeman, 2011). Tendo por base o vivenciado neste contexto consideramos que a discussão em equipa interdisciplinar permitiu uma visão holística da pessoa surgindo como complemento ao planeamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Quando uma pessoa apresenta uma incapacidade, a família reagirá de modo a prestar-lhe apoio na realização dos autocuidados que não consegue satisfazer. Esta é geralmente a primeira instituição a que os profissionais de saúde recorrem para garantir o suporte social indispensável à reabilitação e reinserção (Menoita et al, 2012). Consideramos “família” como uma “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior que a soma das partes” (CIPE, 2011).

Pela especificidade desta unidade, tínhamos como ideia preconcebida que a visita da família poderia ser restrita. No entanto, no decorrer do estágio verificámos que embora exista um horário de visita, este não é estanque. Quando a pessoa é admitida na unidade e logo que a situação o permita, é feito o acolhimento à família. Assim, existiu a oportunidade de cuidar da pessoa/família neste processo de transição, constatando a sua importância como parceira nos cuidados e na reabilitação que aqui se inicia. Contra as expectativas iniciais, foi possível intervir com a família por meio de ensino/instrução/treino. O horário da visita permitiu observar a dinâmica de interação entre os diferentes elementos da família quer entre si, quer com a pessoa em situação de AVC e sua reação perante as visitas. Identificamos o potencial cuidador, que conhecimentos já possuía, avaliando a sua disponibilidade para cuidar e a sua capacidade para desempenhar o papel de prestador de cuidados. Treinámos com os elementos da família a colaboração total quando a pessoa não conseguia satisfazer as necessidades de autocuidado, ou parcial quando conseguia executar algumas das atividades, reforçando a importância de incentivar e motivar o seu familiar na consecução das mesmas, não o substituindo mas apoiando-o no que conseguia realizar. A ênfase foi dada ao fazer com a pessoa e não ao fazer para a pessoa, aspeto essencial na capacitação para o autocuidado e promoção da autonomia.

A nossa intervenção privilegiou o cuidar da pessoa em situação de AVC promovendo o autocuidado mas também a capacitação da família, conscientes que ao considerá-los parceiros nos cuidados constituí um estímulo positivo para ambos, traduzindo-se numa maior rapidez na recuperação e progressos na aquisição de autonomia. O envolvimento da família é um fator preponderante para uma recuperação funcional aceitável, sendo por isso, comum o enfermeiro de reabilitação intervir com a família motivando-a na recuperação do seu familiar (Cruz et al, 2009).

Importa ter consciência que o internamento nesta unidade surge numa fase precoce para definir metas ambiciosas pelo que se procurou traçar objetivos exequíveis, a nossa intervenção privilegiou prevenir complicações que pudessem comprometer o processo de reabilitação iniciado, o esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informação para que possam participar no processo de reabilitação, procurando motivar e ajudar a compreender e aceitar a sua situação.

Procedemos à implementação de intervenções como a facilitação cruzada; estimulação propriocetiva; atividades terapêuticas como o rolar, ponte e/ou rotação controlada da coxofemoral, auto mobilizações, carga no cotovelo; exercícios de equilíbrio, transferência, treino de marcha; exercícios de reeducação dos músculos da face; estratégias compensatórias da deglutição; estratégias de reeducação da linguagem. Realizamos ensino, instrução e treino sobre técnicas específicas para a promoção dos autocuidados: higiene, vestir e despir, alimentação e eliminação, capacitando a pessoa compensando-a apenas nas atividades que não consegue realizar. No entanto, importa referir que estas não foram implementados isoladamente, no decorrer do

estágio foi possível avaliar e intervir para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação e da eliminação.

Perspetivando o regresso a casa, procurámos dotar a pessoa/família de um conjunto de conhecimentos e capacidades por meio de ensino/instrução/treino. Neste sentido, surgindo a CIPE como uniformizador da linguagem relativamente aos cuidados de enfermagem, entendemos “ensinar” como dar informação sistematizada sobre temas relacionados com a saúde; “instruir” como fornecer informação sistematizada sobre como fazer alguma coisa e “treinar” como desenvolver as capacidades da pessoa/família ou o funcionamento de alguma coisa (CIPE, 2011).

Para assegurar o sucesso da reintegração das pessoas e suas famílias na comunidade a Direção Geral de Saúde (DGS, 2004) enfatiza a importância da preparação do regresso a casa e o seu planeamento como sendo fundamental para a redução do tempo de internamento e número de readmissões. Assim, através de uma abordagem integrada, pretende-se enfatizar a educação enquanto processo que visa contribuir para que os cidadãos sejam capazes de gerir a sua própria saúde de modo informado e quando for caso disso, sejam capazes de gerir o seu processo de doença de forma mais autónoma, surgindo a preparação do regresso a casa como o momento privilegiado para tal. Este processo pressupõe o envolvimento dos profissionais de saúde com a pessoa/família, desde a sua admissão até à integração em contexto familiar, ou seja, numa perspectiva de continuidade de cuidados (Petronilho, 2007).

Segundo as recomendações da Direção Geral da Saúde a intervenção de enfermagem de reabilitação na preparação do regresso a casa da pessoa em situação de AVC deve ter início desde o acolhimento, momento em que a pessoa/família deve ser envolvida tendo como objetivos capacitar a díade para o autocuidado; estimular a maior independência funcional possível; promover a adaptação, de ambos, ao meio exterior, eliminando as barreiras que comprometam a satisfação das suas necessidades; mobilizar os recursos da comunidade; reintegrando a pessoa no seu ambiente social (DGS, 2010).

Um aspeto que considerámos dificultador neste contexto de estágio foi o tempo de internamento da pessoa na unidade que se revelou curto para implementar todas as intervenções que tínhamos planeado pois, devido ao estágio de aprendizagem em que nos encontrávamos, gostaríamos de ser nós a executá-las. Deste modo, procurámos assegurar que os cuidados não eram interrompidos e que o plano de intervenção era prosseguido o que implicou instituir uma informação bem estruturada entre as equipas envolvidas para a continuidade do processo de reabilitação. Logo que a situação de cada pessoa o permitia eram transferidas para outros serviços ou para o hospital da área de residência.

Este contexto foi especialmente enriquecedor por possibilitar a avaliação e identificação de necessidades de intervenção para otimizar e ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo,

cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da realização dos autocuidados. Face ao exposto fica patente as competências desenvolvidas em termos de avaliação e diagnóstico de alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade (Regulamento n.º125/2011), fundamentais para um planeamento e intervenção que integre a singularidade de cada pessoa/família, em situação de AVC, capacitando-as para o autocuidado e perspetivando o regresso a casa, cuja preparação é iniciada desde o acolhimento na unidade.

## 1.2 - ESTÁGIO EM CONTEXTO DE PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA TRAUMÁTICA

O período de estágio em contexto específico de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alteração neurológica traumática decorreu no serviço de lesões vertebro medulares do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão. A escolha deste local de estágio, apesar de ser uma área com a qual não contactamos na prática diária e do distanciamento em relação ao contexto profissional, relaciona-se com o interesse em conhecer o trabalho que é desenvolvido numa unidade de excelência na área da reabilitação, mais concretamente, os cuidados específicos prestados pelo enfermeiro de reabilitação e sobretudo pelas competências a desenvolver.

O estágio decorreu, predominantemente, no serviço de lesões vertebro medulares que integra pessoas a partir dos 18 anos, de ambos os sexos, na sua maioria devido a quedas e acidentes de viação. Nos tempos em que decorreu o estágio, por questões de organização da instituição, eram admitidas pessoas com incapacidades decorrentes de AVC's. Face a esta realidade, embora o estágio no centro de reabilitação se tenha direcionado, essencialmente, na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alteração neurológica traumática, a possibilidade de cuidar de pessoas em situação de AVC não foi descurada. No nosso percurso constituiu um momento privilegiado pela possibilidade de cuidar em dois momentos do processo de reabilitação. Na fase aguda da doença, na UCV e, posteriormente, no centro de reabilitação, ficando patente a repercussão dos cuidados prestados numa fase inicial para o êxito numa fase posterior.

Segundo a DGS (2010), as necessidades da pessoa/família, em situação de AVC, devem ser avaliadas o mais precocemente possível, privilegiando o momento do acolhimento. É a partir deste que a pessoa/família irão formar opinião acerca da instituição e da equipa de saúde, influenciando o estabelecimento da relação de ajuda nos cuidados e conseqüentemente a preparação do regresso

a casa. Gostaríamos, neste contexto de estágio, de ter realizado um maior número de admissões. A não coincidência destas com os tempos de estágio e a duração dos internamentos não o permitiu. No entanto, aproveitámos as que tivemos a possibilidade de efetuar para constatar que o EEER, enquanto enfermeiro responsável, intervém no planeamento atempado do regresso a casa da pessoa/família, considerando todo o ajuste e adaptação funcional da habitação, com início na sua admissão. Considerámos que a organização do serviço, bem como a sua estrutura física contribui para a capacitação para o autocuidado. Existe, efetivamente, um trabalho de equipa em que a pessoa/família estão no centro dos cuidados e durante todo o internamento se prepara o regresso a casa, visando a reintegração e o exercício da cidadania.

Tivemos a possibilidade de participar numa reunião de objetivos, conforme contemplado no plano de atividades. Nesta reunião apenas estiveram presentes os profissionais de saúde intervenientes no processo de reabilitação. Foram definidos objetivos a atingir no âmbito da sua área de atuação face às necessidades identificadas e mediante partilha da avaliação efetuada. A possibilidade de participarmos na reunião de equipa foi uma mais-valia pelo contacto com diferentes profissionais que constituem a equipa interdisciplinar percebendo como se organizam na consecução de objetivos comuns. Possibilitou-nos compreender como a avaliação do estado funcional é incorporada no processo interdisciplinar de reabilitação fornecendo um denominador comum para o trabalho da equipa, componente essencial em reabilitação. Cada profissional é responsável pelas suas intervenções específicas desenvolvendo objetivos mutuamente acordados, dando início a um plano de intervenção (Hoeman, 2011).

Na reunião de objetivos a pessoa não está presente mas na visita aos departamentos é a principal interveniente. Em cada departamento, a pessoa evidencia as capacidades que tem desenvolvido e perspetiva a continuidade do seu projeto de reabilitação. Esta atividade permitiu-nos compreender o processo de reabilitação na ótica de cada pessoa, mas também apreender estratégias com extensibilidade à realidade profissional. Enquanto EEER, a desenvolver estágio no centro de medicina de reabilitação de Alcoitão, permitiu-nos avaliar e reformular o plano de intervenção com base na discussão de cada situação individual e objetivos definidos em equipa interdisciplinar. Na nossa perspetiva, esta visita, reitera a participação ativa da pessoa onde é verdadeiramente considerada o centro dos cuidados e parte integrante da equipa. São discutidas as suas dificuldades, expectativas e as metas a atingir, ou seja, os objetivos são definidos com a pessoa e não para a pessoa. É fomentada a capacidade de decisão no que respeita ao seu processo de reabilitação. A pessoa participa na escolha dos produtos de apoio apresentando as suas razões e estas são consideradas por parte da equipa de saúde. Têm capacidade de decisão sobre os aspetos que à sua recuperação dizem respeito, muitas das vezes manifestam que se sentem implicados no seu processo de reabilitação e como tal maior motivação na sua consecução.

Com a realização deste estágio, reiterou-se a importância da avaliação inicial nomeadamente de avaliar os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença ou incapacidade (Regulamento n.º 125/2011). Consideramos que se esta avaliação não for efetuada, pode ocorrer o desfasamento entre o processo de reabilitação e o processo de transição que a pessoa/família estão a vivenciar. Enquanto EEER devemos avaliar o conhecimento da pessoa sobre a sua situação, envolvendo a família, recursos da comunidade, adequando a intervenção e respeitando os tempos de adaptação de cada pessoa à sua condição.

A avaliação permite-nos elaborar planos de intervenção com o propósito de promover as capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade (Regulamento n.º 125/2011). Para tal, tornou-se preponderante intervir com a pessoa/família, estimulando a sua participação e envolvimento no processo de reabilitação, realizámos ensino/instrução/treino de técnicas específicas de autocuidado: higiene, vestuário, alimentação, eliminação por meio de treino intestinal e vesical, bem como, treino de transferências complementando esta informação com suporte escrito. Todas as intervenções foram explicadas às pessoas/famílias, estimulando-as a pensar o porquê das mesmas, procuramos desta forma que percebam os objetivos das intervenções e assim facilitar a sua adesão. Petronilho (2007) enfatiza este aspeto ao referenciar que o acesso ao suporte escrito sobre os principais procedimentos a realizar, como instrumento de reforço na aquisição e na solidificação de conhecimentos e capacidades, parece dar um contributo significativo na melhoria das suas competências em contexto familiar, apesar de se verificar no estudo que realizou, um número reduzido de pessoas com acesso a esta informação. Reitera ainda que a aposta das equipas de enfermagem nestes recursos facilitadores de uma prática eficaz deve ser encarada de uma forma mais sistemática e fazer parte da preparação do regresso a casa contribuindo, deste modo, para tornar o processo mais profissionalizado.

Conforme contemplado no plano de atividades, com o intuito de capacitar pessoa/família com alterações neuro traumatológicas para o autocuidado prestamos cuidados na Unidade Terapêutica de Atividades da Vida Diária. Nesta a equipa de enfermeiros de reabilitação presta cuidados a utentes, quer internos quer externos, com o principal objetivo de os avaliar e treinar nas atividades da vida diária (AVD's), otimizando a sua autonomia. Cabe também informar a pessoa/família sobre os produtos de apoio adequados ao desenvolvimento das AVD's com maior segurança e menor dispêndio de energia, bem como, avaliar a necessidade de eliminar barreiras arquitetónicas e implementar as adaptações necessárias na habitação. Entendemos AVD's, no contexto da reabilitação, como o conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia (OE, 2011, parecer n.º12/2011). Neste departamento, avaliámos a capacidade funcional da pessoa para o desenvolvimento das

AVD's, identificámos os fatores facilitadores e inibidores para a realização das mesmas no seu contexto de vida, ensinamos e supervisionamos a utilização de produtos de apoio para que com segurança realize a sua gestão pessoal sendo este, segundo Hoeman (2011), o objetivo global da avaliação da mobilidade funcional. Colaborámos na elaboração e implementação de programas de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida (Regulamento n.º 125/2011).

De todos os contextos de estágio, foi o que nos permitiu o contacto com um maior número de produtos de apoio. Estes são "qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência, especialmente produzido ou disponível que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação" (Decreto-Lei n.º 93/2009). Tivemos a possibilidade de verificar como estes maximizam a capacidade funcional da pessoa tornando-a mais autónoma, sendo esta uma competência específica do EEER. Compreendemos como é feita a sua seleção e prescrição, realizamos treinos específicos de autocuidados, com os mesmos bem como, ensino e supervisão da sua utilização, avaliando possíveis dificuldades, minimizando-as. No departamento de AVD's, existe ainda a possibilidade da pessoa/família requisitarem, por meio de vale de empréstimo, os produtos de apoio que têm disponíveis. Permite que verifiquem se são adequados antes de os comprarem e aperceberem-se quais as maiores dificuldades na sua utilização, sendo facultada á posteriori informação de possíveis locais de aquisição dos mesmos.

A presença dos familiares constituiu um momento privilegiado de intervenção capacitando-os para o autocuidado por meio do ensino/instrução/treino, especificando, transferências para cadeira de rodas ou sanita, utilização de banheira/duche, mobilizações passivas, ativas assistidas e ativas resistidas, treino de vestuário, calçado, posicionamentos, esvaziamento vesical e intestinal. São realizadas reuniões de família onde são expostas as situações individuais da pessoa/família, no entanto, no decorrer do estágio não foi agendada nenhuma pelo que esta atividade, contemplada no plano, não foi concretizada. A nossa expectativa é que nesta reunião deveria ocorrer uma avaliação dos conhecimentos e capacidades do familiar cuidador para assumir os cuidados após o regresso a casa mas também, das suas condições sociais, económicas e psicológicas, preparando-os para a situação de cuidar pois, o enfermeiro de reabilitação ao intervir com a família desenvolve uma parceria caracterizada pela cooperação e responsabilidade partilhada, favorecendo o processo de capacitação (Menoita et al, 2012).

Na nossa perspectiva as pessoas internadas no Centro de Reabilitação de Alcoitão enfrentam problemas semelhantes e o mesmo está adaptado às suas necessidades. Interagir com pessoas cujas incapacidades são similares poderá constituir um estímulo por meio de partilha de experiências, motivando-se mutuamente na consecução dos objetivos, dependendo do processo

de transição que cada pessoa/família vivencia. Este aspeto remete para a autoeficácia e para fatores que a reforçam, que devemos promover aquando da nossa intervenção: ajudar a pessoa a ver que a tarefa é atingível; dividir tarefas complexas em partes mais pequenas, sequenciais, que são mais fáceis de realizar; dar oportunidade para repetir a tarefa e reconhecer o sucesso (Hoeman, 2011).

A possibilidade de passar os fins-de-semana em casa, na nossa perspetiva, constitui um momento importante no processo de capacitação para o autocuidado, tendo em vista a reintegração no seu contexto de vida. Esta deveria ser estimulada noutros contextos, se assim fosse possível, pois, é aí que verdadeiramente se deparam com as suas dificuldades. Para uns pode constituir um fator de motivação na maximização da funcionalidade, ao identificarem as suas dificuldades e solicitar orientação para se adaptarem. Para outros, é um momento em que se deparam com necessidades de autocuidado que antes conseguiam satisfazer levando a refletir acerca da perceção ou a representação que têm de si próprios – o autoconceito. Enquanto a autoeficácia se centra numa avaliação daquilo que as pessoas acreditam ser capazes de fazer com as capacidades e competências que possuem, o autoconceito remete para uma avaliação mais pura das capacidades e competências pessoais (Neves e Faria, 2009).

Compete-nos enquanto EEER promover práticas inclusivas, sensibilizando a comunidade para a sua importância pois existem fatores que por si só constituem obstáculos à reintegração na comunidade como os preconceitos culturais, os transportes, o emprego, a habitação (Hoeman, 2011). Neste sentido, o Plano Nacional de Promoção da Acessibilidade (2007) defende a mudança de atitudes da população em geral face às pessoas com deficiência, a acessibilidade ao meio físico edificado, aos transportes, às tecnologias da informação e das comunicações como condições indispensáveis para o exercício dos direitos de cidadania por parte destes cidadãos. A acessibilidade consiste assim, na facilidade de acesso e de uso de ambientes, produtos e serviços por qualquer pessoa e em diferentes contextos (Godinho, 2010). Enquanto EEER, a promoção da acessibilidade constitui uma intervenção fundamental para a qualidade de vida das pessoas/famílias, sendo indispensável para o exercício dos direitos que são conferidos a qualquer pessoa enquanto membro de uma sociedade (Decreto-Lei n.º 163/2006). Assim, o EEER pelas competências desenvolvidas intervém na orientação da pessoa/família para a eliminação das barreiras arquitetónicas nos seus contextos de vida, preparando o regresso a casa, minimizando o impacto do confronto com a realidade. Ensinamos as pessoas/famílias a desenvolver as suas potencialidades, otimizar a função e aceitar a responsabilidade como parte da sua participação no processo da equipa de reabilitação. Advogamos para as pessoas o máximo de autonomia, independência e a participação por objetivos adequados que promovam a qualidade de vida e a satisfação.

Este estágio possibilitou aprofundar aspetos que complementam a avaliação inicial e o diagnóstico de alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades, o conceber e implementar planos de intervenção, programas de treino de autocuidados, nomeadamente utilizando produtos de apoio, identificação de barreiras arquitetónicas e orientação para sua eliminação no contexto de vida da pessoa, reavaliando com a mesma e família as suas necessidades. Foi enriquecedor pelas competências desenvolvidas na maximização da funcionalidade capacitando pessoa/família para o autocuidado, visando a reintegração e exercício da cidadania. Fica patente a importância de uma visão global que o EEER deve ter na promoção de uma sociedade mais equitativa.

### 1.3 – CONTEXTO DE PESSOA/FAMILIA NA COMUNIDADE (COMPONENTE OPCIONAL)

A existência de uma componente opcional permitiu-nos direccionar o desenvolvimento do estágio consoante as preferências e áreas de interesse, este decorreu na UCC de Torres Vedras (Extensão de Saúde de Freiria). Embora a nossa atividade profissional decorra em âmbito hospitalar, consideramos fundamental neste percurso de desenvolvimento de competências a realização de estágio no contexto em que a pessoa/família está quando do regresso a casa. Enquanto último componente, permitiu firmar os conhecimentos adquiridos, compreender as necessidades de aprendizagem a colmatar, perceber a dinâmica da complementaridade entre as redes de apoio formal e informal, desenvolvendo competências de intervenção nos diferentes contextos da prática de cuidados, compreendendo como pudemos melhorar a função, capacitar a pessoa/família e maximizar a satisfação da pessoa.

Dado a especificidade do contexto de cuidados, procurámos compreender a organização e âmbito de funcionamento da UCC. Deparámo-nos com um serviço bem organizado, onde existem protocolos definidos, dos quais importa destacar os elaborados pelo EEER e que visam definir os critérios de referenciação para o mesmo.

Comparativamente ao contexto hospitalar que implica a deslocação das pessoas, neste local de estágio são os enfermeiros a fazê-lo, os cuidados são prestados nas suas casas, o espaço físico é o seu e utilizámos os recursos que dispõem. Para nós constituiu um desafio, uma adaptação gradual, facilitada pelo enfermeiro cooperante mas também pelas pessoas cuidadas e suas famílias. Não considerámos uma dificuldade intransponível, pelo contrário, foi revelador de aprendizagens que depressa foram transpostas para a prática profissional diária, nomeadamente, a constatação da importância de considerar todo o contexto de vida da pessoa/família uma vez que, toda esta envolvente influencia o processo de reabilitação e, não pode, nem deve ser descurada.

Pelas competências já desenvolvidas em estágios anteriores e dada a especificidade deste contexto, consideramos não ter sentido dificuldades relativamente a avaliação inicial. Inicialmente, o nosso foco era a identificação de barreiras arquitetónicas, mas a avaliação não se limitou apenas a este aspeto. Reconhecendo a oportunidade para realizar uma avaliação inicial o mais completa possível, privilegamos o facto de estar no contexto de vida da pessoa/família para conhecer e intervir na promoção da mobilidade e acessibilidade, pois devemos olhar a pessoa no seu contexto, avaliar a forma como a pudemos ajudar a fazer adaptações para funcionar da melhor maneira no ambiente que existe, em vez de nos centrarmos em alterar o seu meio (Hoeman, 2011).

Este bloco de estágio contribuiu, assim, para uma ampla avaliação que possibilitou a identificação das necessidades de intervenção e, conseqüentemente, um planeamento e implementação de acordo com as reais necessidades das pessoas/famílias, ou seja, foi possível avaliar e intervir para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação e da eliminação, mas em contexto domiciliário.

Este contexto específico de cuidados permitiu a identificação de fatores facilitadores e inibidores para a realização dos autocuidados no contexto de vida da pessoa, importa perceber que conhecimentos já têm, que constrangimentos enfrentam neste regresso a casa. Concordamos com a perspetiva de Hoeman (2011) ao referir que os enfermeiros de reabilitação encontram um ambiente novo em cada casa. De facto, foi mesmo esta a realidade com que nos deparámos. Limitações em termos de espaço físico, recursos, mas por outro lado, verificarmos as condições em que vivem, identificando as suas necessidades. Este foi sentido como um dos aspetos mais exigentes da nossa intervenção, mas também mais gratificante, sendo necessária criatividade para adequar a cada pessoa/família, a cada contexto de vida a implementação das intervenções. Realizámos sessões individualizadas de treino de mobilização e transferências bem como de técnicas específicas para promoção dos autocuidados: higiene, vestir e despir, alimentação, eliminação, explicando à família a importância de não substituir a pessoa no que ela consegue realizar, orientamos para a necessidade de otimização do espaço físico por meio de adaptações do mobiliário ou equipamentos existentes, facilitando a realização do autocuidado, prevenindo possíveis acidentes nas suas casas, reintegrando a pessoa no seu ambiente.

Desenvolvemos competências na elaboração e implementação de programas de treino motor e cardiorrespiratório, realizámos ensino/instrução/treino à pessoa/família de exercícios de reeducação funcional respiratória e/ou motora, posteriormente era avaliada a sua adesão e se necessário o programa de treino era reformulado. Os planos de intervenção foram elaborados com a pessoa/família, definindo com elas as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir. Esta abordagem possibilitou perceber as suas dificuldades e/ou expectativas que, conjugadas com a avaliação efetuada resultaram na definição de objetivos realistas, visando a

capacitação para o autocuidado promovendo transições saudáveis. Nesta sequência, de acordo com as necessidades identificadas desenvolvemos treinos específicos de autocuidados, utilizando produtos de apoio, bem como orientação para a sua aquisição, quer por compra ou empréstimo. O facto de em contextos anteriores ter existido a possibilidade de contactar com uma grande diversidade de produtos de apoio e de realizar treinos específicos com os mesmos, possibilitou segurança na intervenção.

Pelo referenciado e considerando a temática que nos propusemos aprofundar, este contexto de estágio surgiu como essencial na compreensão da realidade que envolve o cuidar no contexto de vida da pessoa/família, percebendo toda a reorganização que necessitam fazer face às mudanças inesperadas. Foi verbalizado por parte dos familiares a necessidade de mais informação em contexto de internamento, referem que a informação era escassa, muito baseada em ensinamentos no acolhimento ou no dia do regresso a casa, não tendo sido fomentada a participação efetiva da família em todo o processo. Petronilho (2007) enfatiza que os cuidadores, ao receberem informação necessária para desempenhar o seu papel adequadamente, demonstram níveis de ansiedade menores e maior satisfação pois sentem ter a informação suficiente para a continuidade dos cuidados.

Enquanto enfermeiros de reabilitação, em contexto comunitário, sentimos que as cartas de referência de enfermagem são ainda a principal garantia da continuidade de cuidados. São maioritariamente centradas na pessoa e suas necessidades, poucas fazem referência à família. Muitas destas deparam-se com a primeira experiência em cuidar, conseguem transmitir o que lhes foi ensinado no internamento mas sentem dificuldades na execução. Necessitam de instrução e treino, orientação acerca de produtos de apoio e acessibilidades. Outros apresentam experiência de cuidar mas deparam-se agora com novas necessidades decorrentes da alteração da situação do seu familiar. Tornou-se fundamental a avaliação de cada situação para que todo o planeamento e intervenção respondessem às suas necessidades. Esta experiência leva-nos a refletir acerca dos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) pela crescente consciencialização da sua importância na documentação dos cuidados pois embora constituam caráter legal e sejam valorizados na avaliação da qualidade dos cuidados prestados, no que respeita à comunicação entre instituições, que dispense a referenciação e permita aceder em tempo útil a informações atualizadas, precisa ser encarada como uma estratégia fundamental ainda em aprimoramento (OE, 2007).

Constatámos a efetividade e importância da continuidade e articulação dos cuidados pois muitas vezes, de pouco serve determinada intervenção se esta não tiver continuidade. Embora não esteja protocolado e ocorra pontualmente, o EEER do centro de saúde e o EEER do hospital, tentam que a primeira avaliação no contexto de vida da pessoa seja realizada, preferencialmente, em conjunto. Conseguem deste modo transmitir pessoalmente a informação, é dada continuidade ao

plano iniciado em âmbito hospitalar sendo notório por parte das pessoas/famílias uma maior confiança.

Considerando estas experiências, na nossa prática diária foi sentida uma mudança imediata, nomeadamente na procura constante de perceber quem é, ou será, o potencial cuidador, avaliando os conhecimentos e necessidades da pessoa/família, promovendo a sua participação ativa no programa de reabilitação. Procuramos identificar as condições habitacionais, barreiras arquitetónicas, promovendo a melhoria da mobilidade e acessibilidade. Privilegiamos o contato telefónico com enfermeiro da área de residência, se possível o EEER, transmitindo a avaliação, as intervenções realizadas, enfatizando o que a pessoa/família consegue realizar e o que necessita de continuidade, enviando carta de referência de enfermagem como complemento.

Pelo que foi referido, fica patente que o contexto específico de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família, em contexto comunitário, foi extremamente gratificante, muito motivado pelos cuidados prestados pelo EEER intervindo na prevenção de complicações, melhoria da qualidade de vida, adaptação e reintegração social, possibilitando o desenvolvimento de competências no cuidar a pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade ou restrição da participação para reinserção e exercício da cidadania e maximização da funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento n.º 125/2011).

Consideramos que o EEER na comunidade tem uma relação de proximidade com as pessoas/famílias, conhece de forma mais profunda os seus problemas reais ou potenciais. Este foi dos locais de estágio onde se pode constatar que, efetivamente, a intervenção do EEER, visa a responsabilização das pessoas/famílias tanto na promoção da adesão ao regime terapêutico, prevenção de quedas/acidentes ou prevenção de úlceras de pressão. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permite ao EEER tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa (Regulamento n.º 125/2011). Intervimos na capacitação da pessoa/família para o autocuidado, reintegração na comunidade, constituindo um indicador de sucesso, a generalização ou transferência de competências adquiridas no meio hospitalar para o seu ambiente natural (Hoeman, 2011).

A Declaração de Helsingborg veio delinear as estratégias Europeias para a situação de AVC onde se preconiza que mais de 70% das pessoas em situação de AVC ao fim do 3º mês deverão ter capacidade para se autocuidar e que todos deverão ter acesso à continuidade de cuidados, desde as unidades de AVC organizadas para a fase aguda até à reabilitação adequada (WHO,2015). Segundo a DGS (2010) a pessoa/família necessitam da continuidade dos cuidados de reabilitação dada a elevada morbidade provocada pelas situações de AVC, que devem prosseguir, sem hiatos,

em Unidades de Cuidados Continuados Integrados, em Unidades de Medicina Física e Reabilitação ou no contexto de vida da pessoa.

Para preparar o regresso a casa deve ser delineado um plano de cuidados, com base numa comunicação efetiva entre a pessoa, a sua família e o enfermeiro de reabilitação que na comunidade poderá providenciar os cuidados e serviços necessários. Será realizada a seleção, instrução e treino dos equipamentos necessários bem como a identificação dos serviços de apoio que poderão ser mobilizados. Pessoa/família devem ser informados dos processos e resultados dos cuidados, em todas as etapas do tratamento, bem como de todos os recursos tidos como necessários, as instituições de suporte e as organizações voluntárias, os quais devem ser identificados antes do regresso a casa (DGS, 2004).

A família continua a ser a principal cuidadora da pessoa, em situação de AVC, em Portugal. Dadas as inúmeras incapacidades temporárias ou permanentes na realização do autocuidado, percecionam o regresso a casa como um conjunto de problemas e receios. Deste modo, é importante prepará-los quer ao nível social e relacional mas também estrutural da habitação com especial relevo para a eliminação de barreiras arquitetónicas que podem ser dificultadoras do processo de recuperação (Grilo e Simões, 2012).

Neste estágio intervimos na promoção de uma aprendizagem significativa, reforçando comportamentos de adaptação e dotando a pessoa/família de aptidões para enfrentar a incapacidade, neste processo de transição, capacitando-as para o autocuidado. Procuramos promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais das pessoas, prevenir complicações e evitar ou minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades (Regulamento n.º 125/2011). Fica, assim, patente a centralidade da pessoa/família no processo de cuidados ao ser considerada sujeito ativo e parceira em todo o percurso. O processo de cuidados é entendido como o processo de interação onde o centro de interesse é a pessoa/família e, onde o profissional possui os conhecimentos específicos que lhe permitem diagnosticar e planear o trabalho que ele próprio executa e controla (Amendoeira, 2006). Assim, após reflexão pessoal e clarificação de conceitos o que pretendemos aprofundar serão as intervenções do enfermeiro de reabilitação que capacitam para o autocuidado pessoa/família em situação de AVC, tendo em vista o regresso a casa.

## 2. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Considerando a premissa que os enfermeiros, o maior grupo profissional que presta cuidados de saúde, têm reconhecido a necessidade de identificar, avaliar e aplicar a melhor evidência na sua prática clínica (Craig e Smyth, 2004), neste capítulo pretendemos aprofundar a temática que emergiu dos contextos de ensino clínico: intervenções do EEER que capacitam para o autocuidado pessoa/família em situação de AVC, tendo em vista o regresso a casa.

Segundo Melnyk et al (2010), a prática baseada em evidência surge como um método que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, a experiência e avaliação clínica, bem como, as preferências da pessoa no contexto de cuidar. Pretendemos, assim, integrar os mais recentes fundamentos da investigação para melhorar a prática, com recurso a revisão sistemática da literatura.

Apresentamos, em seguida, as opções estratégicas e metodológicas de pesquisa com recurso às bases de dados científicas.

### 2.1 - METODOLOGIA DE PESQUISA

Neste subcapítulo, descrevemos o protocolo de pesquisa (ANEXO II) elaborado de forma a organizar a abordagem da problemática em análise. Nesta sequência, tendo por base os objetivos definidos para a elaboração deste relatório, foi formulada uma questão de partida em formato PICO: **Quais as intervenções do EEER (I) que capacitam para o autocuidado (O) pessoa/família em situação de AVC (P), tendo em vista o regresso a casa?**

Esta questão funcionou como guia orientador para a elaboração da revisão sistemática de literatura. Assim, surge o objetivo que norteou a pesquisa: Identificar as intervenções do EEER que capacitam para o autocuidado pessoa/família em situação de AVC, tendo em vista o regresso a casa.

Consideramos as seguintes palavras-chave: Nurs\*; Rehabilitation, Self-care, Stroke.

No âmbito do protocolo de pesquisa (ANEXO II), verificou-se que as palavras-chave são descritores na MeSH Browser (2016,<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>).

De acordo com a conceptualização, definimos a seguinte hierarquização das palavras-chave: 1. Nurs\*; 2. Rehabilitation; 3. Self-care; 4. Stroke.

Posteriormente, antes de realizarmos a pesquisa, tendo em conta a intervenção, a população e os objetivos da pesquisa, elaborámos critérios de inclusão e exclusão.

Seguidamente, elaborámos um roteiro de pesquisa com o conjunto de palavras-chave, que foi repetido nas bases de dados, para o período estabelecido de 10 anos.

Elaboramos um roteiro de pesquisa com o conjunto de palavras-chave, que foi repetido nas bases de dados, para o período estabelecido de 10 anos.

Recorremos à plataforma EBSCO (2016, <http://search.ebscohost.com/>) e pesquisou-se de forma sistemática, no dia 7 Abril de 2016, nas seguintes bases de dados: CINAHL plus with Full Text; MEDLINE with full text; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e MedicLatina.

Os limitadores adotados na pesquisa foram: publicação em texto completo; resumo disponível; prática baseada em evidências; relativo ao humano; qualquer autor é enfermeiro; analisado por especialistas; com friso cronológico de janeiro 2006 a abril 2016, selecionados de acordo com cada revista.

A pesquisa iniciou-se com cada palavra-chave individualmente, depois conjugando duas a duas, pela sequência da hierarquização, que produziu sempre resultados distribuídos pelas diferentes bases de dados. Na conjugação das primeiras três palavras-chave, resultaram 153 artigos científicos. A última combinação das quatro palavras permitiu obter 26 (vinte e seis) artigos, aos quais foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão (ANEXO II). Assim, obtiveram-se 3 (três) artigos da base de dados Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive.

Iniciamos a realização das fichas de caracterização dos artigos escolhidos:

- “Self-management following stroke” (ANEXO III);
- “Experiences of poststroke fatigue: qualitative meta-synthesis” (ANEXO IV);
- “Eating difficulties among patients 3 months after stroke in relation to the acute phase” (ANEXO V).

Em seguida, apresentamos sob a forma de quadro (Quadro n.º 1), a sistematização das dimensões consideradas mais relevantes aquando da análise dos artigos.

Quadro n.º 1 – Síntese de artigos seleccionados

Autor, Título, Periódico, Localização	Objetivos do estudo	Desenho do Estudo	Amostra e Participantes / Contexto	Colheita de dados e análise	Principais resultados
<p>Joice, S. (2012)</p> <p><b>Self-management following stroke</b></p> <p><i>Nursing Standard</i></p> <p>Reino Unido</p>	<p>-Definir o conceito de autogestão</p> <p>-Descrever teorias psicológicas e técnicas de mudança de comportamento emergentes que podem ser mobilizadas pelos enfermeiros para promover o autocuidado em pessoas/famílias que tiveram um AVC.</p>	<p>Estudo Descritivo</p>	<p>Pessoas em situação de AVC que têm de gerir as incapacidades resultantes do mesmo mas também a sua reabilitação.</p> <p>Emerge a autogestão na medida em que lhes permite prevenir a recorrência do AVC, o desenvolvimento de atividades de autocuidado, maximizando a sua recuperação e reabilitação.</p>	<p>São apresentadas uma amostra de intervenções usadas no cuidado às pessoas em situação de AVC com efeito na mudança de comportamento e discutidos os desafios que possam surgir para os enfermeiros ao incentivar autogestão. Este artigo descreve teorias que explicam como as pessoas podem pensar sobre sua saúde e doença, relacionando-as com a situação de AVC e sua reabilitação.</p>	<p>Os enfermeiros têm acesso a uma série de técnicas de mudança de comportamento que podem ser utilizadas para promover a autogestão após uma situação de AVC. Encontram-se numa posição privilegiada para trabalhar com as pessoas e suas famílias, capacitando-as para o autocuidado e otimizando os resultados da reabilitação.</p> <p>A autogestão surge como um meio para eliminar barreiras ao autocuidado, tais como as atitudes dos profissionais de saúde ou das pessoas em situação de AVC.</p> <p>Os Enfermeiros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sejam sensíveis e percebam qual a perspectiva da pessoa em relação à sua recuperação através de observações e explorando as crenças de cada pessoa. Promover a autogestão eficaz no AVC implica que os enfermeiros entendam as atitudes, crenças e pensamentos da pessoa sobre sua condição e recuperação.</li> <li>- Procuram oferecer informações gradualmente, reconhecendo as crenças da pessoa/família e respostas emocionais à</li> </ul>

					doença mesmo podendo, numa primeira fase, comprometer o processo de reabilitação - Precisam reconhecer e compreender as suas próprias crenças e atitudes em relação ao AVC e sua reabilitação - Precisam ter maior sensibilidade às crenças da pessoa em situação de AVC para otimizar a autogestão e reabilitação
Eilertsen G.; Ormstad H; Kirkevold M. (2013)  <b>Experiences of poststroke fatigue: qualitative meta-synthesis</b>  <i>Journal of Advanced Nursing</i>  Reino Unido	-Interpretar e sintetizar experiências de cansaço após uma situação de AVC com o objetivo de orientar novas práticas e novas pesquisas	Meta-síntese qualitativa interpretativa	Exploram as experiências de cansaço pós AVC de 229 participantes (114 homens e 115 mulheres), com idades entre 30-94 anos dos EUA e Europa, em 137 artigos	O processo de análise foi constituído por cinco etapas. Foram extraídas citações diretas que descreviam as experiências de cansaço após uma situação de AVC para um formulário criado para o efeito. Para validar estas citações foi realizada uma análise independente por cada crítico. O texto extraído foi analisado para identificar as unidades de significado que refletissem as diferentes formas como as pessoas em situação de AVC têm experimentado o cansaço. O terceiro passo é uma	Este estudo sintetiza resultados qualitativos das experiências de cansaço das pessoas em situação de AVC com o objetivo de orientar novas práticas e novas pesquisas. Definir o cansaço pós-AVC (PSF) é um desafio, pois representa uma complexa interação de fatores biológicos, psicossociais e fenómenos comportamentais. Surge como uma diminuição reversível ou perda de habilidades associadas a uma sensação acrescida de tensão física ou mental, mesmo sem esforço visível, devido a um sentimento esmagador de fadiga o que leva a uma incapacidade de manter ou sustentar mesmo as atividades de rotina. O cansaço pós AVC, seja cognitivo e/ou físico, frequentemente surge como um obstáculo para voltar ao trabalho ou a outras atividades de vida diárias, qualidade de vida e reabilitação, especialmente durante o primeiro ano após a situação de AVC. A flexibilidade, suporte e expectativas da família foram importantes na forma de lidar com o cansaço.

				<p>versão abreviada das unidades de significado. No quarto passo, em todos os estudos as unidades de significado foram exploradas por semelhanças e diferenças sendo categorizadas em temas e subtemas. Para finalizar foram analisadas potenciais áreas de viés, com as diferenças a serem determinadas com retorno aos estudos primários.</p>	<p>Para identificar o cansaço pós-AVC, os enfermeiros devem adquirir e transmitir conhecimento sobre as suas características principais.</p> <p>Uma possível consequência do seu não reconhecimento é a não mobilização das estratégias para o enfrentar.</p>
<p>Medin J.; Windahl J.; Von Arbin M.; Tham K.; Wredling R. (2012)</p> <p><b>Eating difficulties among patients 3 months after stroke in relation to the acute phase.</b></p>	<p>- Comparar as dificuldades alimentares entre as pessoas 3 meses após o AVC em relação à fase aguda.</p>	<p>Longitudinal e comparativo</p>	<p>Foram incluídos num follow-up 3 meses após a situação de AVC, 36 de 50 pessoas com AVC apresentando 2-7 dificuldades alimentares. A idade média dos participantes (58% mulheres) foi de 74,5 anos (dos 40-88 anos).</p>	<p>O tempo para a primeira avaliação, na fase aguda, foi feito numa média de 5 dias após o AVC (dos 3-12 dias). A segunda, 3 meses após o AVC, numa média de 98 dias após o AVC (dos 77-114 dias).</p> <p>As dificuldades foram detetadas utilizando um protocolo estruturado de observação de refeições. Além disso, a gravidade do AVC, estado funcional,</p>	<p>As dificuldades alimentares podem ocorrer como consequência após uma situação de AVC. Há necessidade de um maior conhecimento sobre o desenvolvimento de dificuldades alimentares, a fim de otimizar os cuidados de enfermagem e detetar possíveis consequências sociais e funcionais.</p> <p>Dificuldades alimentares são definidas como aquelas que por si só ou em combinação podem interferir negativamente com a preparação e ingestão de alimentos.</p> <p>Estas dificuldades têm sido associadas a sentimentos de vergonha e desconforto, medo de aspiração e sentir-se dependente dos outros. Três meses após a situação de</p>

<p><i>Journal of Advanced Nursing</i></p> <p>Reino Unido</p>				<p>negligência unilateral, bem-estar psicológico, estado nutricional e oral foram avaliados.</p>	<p>AVC as dificuldades alimentares foram experienciadas como uma luta pelo controle para comer em segurança, adequadamente e, por vezes, as atividades sociais eram evitadas.</p> <p>Estes resultados sugerem a necessidade de repetidas e estruturadas observações de refeições, a fim de detetar pessoas com dificuldades alimentares para prevenir possíveis consequências sociais e funcionais. Fatores além da função física como o bem-estar psicológico devem ser tidos em consideração relativamente a avaliação das dificuldades alimentares das pessoas após a situação de AVC.</p>
--	--	--	--	--	---

### 3. ANÁLISE REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DO ENSINO CLÍNICO E DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Após seleção dos artigos, procedemos à sua análise de forma a possibilitar que emergissem as principais ideias relacionadas com a problemática em estudo. As publicações ocorreram nos anos de 2012 (2) e 2013 (1) no Reino Unido. O nível de evidência de acordo com Melnyk e Fineout-overholt (2005) situa-se no nível I para uma das publicações e duas de nível VI. As populações estudadas foram pessoas em situação de AVC e suas famílias, num período de tempo que decorre desde a ocorrência da situação de AVC até vários meses após o regresso a casa.

A evidência encontrada nos artigos remete para a individualidade na experiência de reabilitação após uma situação de AVC e na forma como as características individuais, relacionais e contextuais influenciam esta transição, refletindo a natureza dinâmica da participação de cada pessoa/família. Enfatizam que, perante as incapacidades decorrentes da situação de AVC, estas surgem diretamente associadas a limitações da atividade e restrições de participação. A reação da pessoa é determinante na forma como perspetiva o seu processo de reabilitação.

Os artigos focam aspetos diferentes, mas complementares, que permitem identificar estratégias/intervenções do EEER, que capacitam para o autocuidado pessoa/família em situação de AVC tendo em vista o regresso a casa, dando resposta a pergunta PI[C]O formulada:

**1. Os enfermeiros precisam reconhecer e compreender as suas próprias crenças e atitudes em relação à situação de AVC e respetiva reabilitação** pois, o cuidado pode ser moldado pelas crenças e atitudes próprias de cada um, embora tenhamos tendência a achar que as nossas avaliações são objetivas (Joice, 2012). As informações dadas pelos profissionais de saúde são muitas vezes diferentes do que as pessoas em situação de AVC realmente querem pelo que a intervenção do enfermeiro de reabilitação deve procurar oferecer gradualmente informações, reconhecendo as crenças da pessoa/família e respostas emocionais à doença, mesmo podendo numa primeira fase, comprometer o processo de reabilitação (Joice,2012).

A evidência reforça que enfermeiros e pessoa/família apresentam crenças diferentes sobre a situação de AVC, como exemplo refere o relato dos enfermeiros que apontam o fumar como uma das principais causas de AVC enquanto as pessoas destacam o *stress* como fator. Se uma pessoa

acredita que fumar alivia o *stress* então é pouco provável que abandone este hábito (Joice et al, 2007 citado em Joice, 2012). Remetendo para intervenção do enfermeiro de reabilitação, deve promover o envolvimento da pessoa/família na sua autogestão, ao ouvir ativamente e encorajando-as a expressar as suas crenças e preocupações, permite uma aprendizagem e participação no tratamento e reabilitação (Joice, 2012). Em todos os contextos de estágio, realizamos a discussão e análise dos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação com a pessoa/família e, procurando dar resposta às necessidades de autocuidado da pessoa, efetuamos o planeamento dos cuidados considerando os sistemas de enfermagem, seja o sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação de modo a compensar o défice de autocuidado da pessoa/família em situação de AVC. Mobilizando estas vivências e confrontando com a evidência encontrada nos artigos, consideramos que todos os sistemas de enfermagem apresentam uma tónica comum assente na participação da pessoa em situação de AVC na tomada de decisão.

Em síntese, a evidência científica remete para a necessidade de uma maior sensibilidade às crenças da pessoa em situação de AVC para otimizar a autogestão e reabilitação (McKevitt et al 2004, citado em Joice et al, 2012). Para tal, são necessários recursos para a formação dos profissionais em estratégias de autogestão e para suportar continuamente a sua manutenção e eficácia. Investir na formação em autogestão, pode ser rentável, a longo prazo, beneficiando não só a pessoa em situação de AVC como a sua família pela maximização da independência, prevenção da recorrência do mesmo e melhoria da utilização efetiva dos serviços de saúde.

**2. Enfermeiros sensíveis e perceber qual a perspetiva da pessoa em relação à sua recuperação, através de observações e explorando as crenças de cada pessoa/família** (Joice, 2012). Remete para as vivências das pessoas em situação de AVC que pretendendo dar sentido ao que lhes aconteceu, utilizam grande parte do seu tempo na procura das causas do AVC. Podem ter dificuldade em absorver ou compreender a informação e aconselhamento, explicando, em parte, porque é que algumas pessoas estão continuamente a solicitar informações ou a referir que se sentem mal informadas. Estas evidências sustentam a prática, no entanto, levam-nos a refletir, também, acerca do processo de comunicação. Esta surge como um importante instrumento do enfermeiro de reabilitação no processo de relação com a pessoa/família em situação de AVC. A capacitação para o autocuidado está diretamente relacionada com a qualidade da informação transmitida. Uma comunicação eficaz entre o enfermeiro e a pessoa/família não somente melhora o entendimento do diagnóstico, como também ajuda na tomada de decisão e elaboração do plano de cuidados, desde o contexto hospitalar até ao regresso a casa. O EEER ao intervir com a pessoa/família em situação de AVC, deve comunicar de forma eficaz, esclarecer e respeitar as

preferências de cada uma, possibilitando o envolvimento nas decisões relativas aos seus cuidados. Importa que a pessoa se sinta pessoalmente valorizada, cuidada com respeito e que entenda quais as opções em termos de tratamento e quais as probabilidades em termos de resultados.

Verificámos no nosso contexto profissional e no desenvolvimento do Estágio II e Relatório que cada pessoa/família perante a situação de AVC a vivencia de forma distinta, devido ao seu surgir inesperado não permite uma preparação prévia. À luz da teoria das transições, enfrentam um processo de transição saúde/doença e, portanto, uma situação de grande vulnerabilidade. Enquanto enfermeiros de reabilitação temos competências para intervir com a pessoa/família para que se adaptem às mudanças inerentes a esta alteração no estado de saúde, facilitando o processo de transição (Meleis et al., 2000). Não podemos descuidar outras transições que possam estar a ocorrer simultaneamente, daí que a avaliação de cada situação de forma individual surja como premente nos cuidados de enfermagem de reabilitação. A evidência científica remete para a necessidade de colhermos informações como meio de avaliar e monitorizar a aplicabilidade das estratégias adotadas ou estabelecer a forma como cada pessoa encara a situação de AVC e respetiva reabilitação (Joice, 2012). Assim, em todos os contextos, quer de estágio quer da nossa prática, procuramos a identificação, tão rápida quanto possível, dos riscos de alteração da funcionalidade e de alterações que determinem limitações da atividade e incapacidades, relativamente aos quais o EEER tem conhecimentos para prescrever, implementar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação (Regulamento n.º 350/2015). Com o propósito de promover as capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde doença e/ou incapacidade, concebemos planos de intervenção mediante a avaliação previamente realizada. Procurámos que o todo o planeamento das intervenções fosse realizado com a pessoa, surgindo a autogestão como um importante meio de capacitação para o autocuidado, tendo em vista o regresso a casa da pessoa em situação de AVC.

**3. Para promover o autocuidado em pessoas/famílias em situação de AVC, os enfermeiros podem mobilizar técnicas de mudança de comportamento também utilizadas para promover a autogestão** (Joice, 2012). No seu artigo, Joice (2012) tem como objetivo definir o conceito de autogestão, descrever teorias psicológicas e técnicas de mudança de comportamento emergentes. Refere que os enfermeiros se encontram numa posição privilegiada para trabalhar com as pessoas e suas famílias, capacitando-as para o autocuidado e otimizando os resultados da reabilitação. A análise deste artigo levou-nos a refletir acerca de dois conceitos, autocuidado e autogestão, que indica serem, por vezes, utilizados de forma indistinta.

Segundo a mesma autora, autocuidado refere-se ao cuidar de si próprio, à responsabilidade que cada pessoa adota pela sua própria saúde e bem-estar indo ao encontro da perspectiva de Orem,

adotada ao longo deste trabalho. Considera a autogestão como a capacidade de cada um gerir a sua saúde ou problemas com a mesma no seu quotidiano, surge como um meio para eliminar barreiras ao autocuidado tais como as atitudes dos profissionais de saúde ou das pessoas em situação de AVC. É normalmente associada com a teoria social cognitiva de Bandura (1994) cujo constructo subjacente é a autoeficácia. Esta, sendo um mecanismo cognitivo, remete para a capacidade da pessoa em executar essas ações necessárias para produzir um determinado efeito baseado nas suas expectativas ou crenças. “Autoeficácia” é um foco da prática dos cuidados de enfermagem definida como uma crença (CIPE, 2011). Consideramos que ambos os conceitos, autocuidado e autoeficácia, remetem para a singularidade de cada pessoa, sua consciencialização e assunção de responsabilidade pelo processo de adaptação às incapacidades.

Promover a autogestão com pessoas em situação de AVC é complexo na medida em que implica viver com as incapacidades resultantes do mesmo, a longa reabilitação e a possibilidade de recorrência. Implica associar o fornecimento de informação, apoio e educação sobre a mudança de comportamento, reconhecendo as crenças, atitudes e cognições das pessoas em situação de AVC, seu círculo social e os profissionais de saúde que as cuidam. (Joice, 2012). Deste modo, a nossa intervenção privilegiou ao longo do Estágio II e Relatório, envolver a pessoa/família no processo de cuidados ensinando e treinando, tendo em conta os recursos existentes no seu contexto de vida (Regulamento n.º 350/2015). O enfermeiro de reabilitação ao proporcionar intervenções que reforçam a autogestão permite a participação da pessoa nos cuidados de saúde e na tomada de decisão (Joice, 2012). Ao adquirir uma melhor compreensão da percepção da pessoa acerca da situação de AVC, os enfermeiros podem efetivamente promover a autogestão, dando como exemplo a fixação de metas, transmissão de confiança e motivação à pessoa/família para que essas metas sejam atingidas (Joice, 2012).

**4.** Com o objetivo de orientar novas práticas e novas pesquisas, Eilertsen et al (2013) sugerem que os **enfermeiros procurem interpretar e sintetizar experiências de fadiga/cansaço após uma situação de AVC**. Ao traduzir e analisar este artigo deparamo-nos com dois conceitos acerca dos quais nunca antes havíamos refletido - fadiga e cansaço. Comparando a definição de fadiga de Dittner et al (2004, citado em Eilertsen et al, 2013) explicitada no artigo e o foco da prática dos cuidados de enfermagem – “cansaço”, podemos constatar que são sobreponíveis. Assim, em busca de uma linguagem comum, consideramos “cansaço” como uma “emoção negativa: sentimentos de diminuição da força ou resistência, desgaste, cansaço mental ou físico e lassidão, com capacidade reduzida para o trabalho físico ou mental” (CIPE, 2011), daí adotarmos esta designação.

Na definição de cansaço pós AVC, consideramos a apresentada por Eilertsen et al (2013) como uma diminuição reversível ou perda de habilidades associadas a uma sensação acrescida de

tensão física ou mental, mesmo sem esforço visível, devido a um sentimento esmagador de cansaço. **Seja cognitivo e/ou físico, o cansaço pós AVC, frequentemente surge como um obstáculo para voltar ao trabalho, a outras atividades de vida diárias, à qualidade de vida e à reabilitação** (Bogousslavsky, 2002, citado por Eilertsen et al, 2013).

Percecionamos quer em contexto de estágio quer profissional, que o reconhecimento das incapacidades remete para a sua aceitação. A este propósito Eilertsen et al (2013) referem que as pessoas/famílias que admitem a existência do cansaço pós AVC procuram ajustar-se a essa situação mudando as suas atitudes e expetativas. Outras procuram adaptar-se aos sintomas reorganizando as suas prioridades, diminuem o nível de atividade em áreas que anteriormente consideravam importantes ou identificam novas em substituição das realizadas antes da situação de AVC. Na tentativa de se adaptarem às atividades de participação social, associam a gestão de períodos de descanso na vida diária.

A evidência científica realça que **a flexibilidade, suporte e expetativas da família são importantes na forma como enfrentam o cansaço pós AVC**. Em contraste, remete para sentimentos de frustração, culpa, sofrimento emocional quando não o percecionam e como possível consequência a não mobilização de estratégias para o enfrentar dificultando todo o processo de reabilitação (Eilertsen et al, 2013).

Neste artigo, Eilertsen et al (2013) apontam para a necessidade de aprofundar a compreensão sobre a experiência de cansaço pós AVC e que fatores o podem influenciar. Realçam a importância dos enfermeiros identificarem o cansaço pós AVC, para tal devem adquirir e transmitir conhecimento sobre as suas características principais. Deve haver uma consciência do invisível e da natureza incompreensível do mesmo, bem como as suas consequências. As pessoas/famílias que o enfrentam necessitam de reconhecimento como forma de prevenir a frustração e culpa. Os enfermeiros de reabilitação ao proporcionarem conhecimento ajudarão as pessoas/famílias a adquirir um sentido mais realista acerca do cansaço pós AVC, facilitam a forma como o encaram, apontando a gestão de períodos de atividade e repouso como uma possível estratégia, maximizando a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, competência do EEER (Regulamento n.º 125/2011).

**5. O enfermeiro de reabilitação deve detetar possíveis consequências sociais e funcionais resultantes das dificuldades alimentares vivenciadas pelas pessoas como consequência de uma situação de AVC**, levaram Medin et al (2012) a compará-las três meses após a sua ocorrência em relação à fase aguda, a fim de otimizar os cuidados de enfermagem reabilitação.

Consideram como dificuldades alimentares aquelas que por si só ou em combinação podem interferir negativamente com a preparação e ingestão de alimentos, dão como exemplos manter a

posição sentada durante a refeição, a gestão de alimentos sobre o prato e transportar a comida para a boca (Medin et al, 2012). Na nossa perspetiva, este estudo não se restringe apenas ao foco “deglutir” definido como “um tipo de comer ou beber: passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago” (CIPE, 2011). Surge como mais abrangente, na medida em que remete para a capacidade de levar e colocar na boca os alimentos sólidos e líquidos, ou seja o foco “alimentar-se” (CIPE 2011).

Enfatizam a perspetiva da pessoa que **associa estas dificuldades alimentares a sentimentos de vergonha e desconforto, sentir-se dependente dos outros e medo de aspiração**. Três meses após a situação de AVC as pessoas experienciam-nas como inibidoras das atividades sociais, como uma luta constante pelo controlo para comer em segurança e adequadamente. O estudo demonstra que um grande número de pessoas da população estudada tinham uma alimentação inadequada e cerca de metade (avaliado pelo risco nutricional) estavam em risco de se tornarem desnutridos. Mostram melhorias nas funções físicas, mas o bem-estar psicológico permanecia inalterado após os três meses. Na tentativa de explicar este aspeto os autores apontam, entre outros fatores, o aumento da auto consciencialização das deficiências pois ao encará-las começam a aperceber-se das suas consequências a longo prazo. Três meses após a situação de AVC, nas categorias “alerta reduzido”, “velocidade de comer anormal” e “dificuldades em transportar comida para a boca”, “abrir e fechar a boca” e “deglutir” permaneceram proporcionalmente sem alterações, no entanto, foram observadas melhorias na “posição de sentado”, “conseguir gerir a comida no prato” e “manipular alimentos na boca”.

Importa referir que enquanto EEER devemos considerar todas as vertentes da pessoa e os impactos que a capacidade de alimentar-se tem na sua vida, quer relacional, social e não apenas na função. Assim, a pessoa necessita ser capacitada para executar as tarefas e os gestos coordenados para ingerir os alimentos servidos, levá-los à boca e consumi-los de maneira culturalmente aceitável, cortar ou partir os alimentos em pedaços, abrir garrafas e latas, utilizar os talheres; participar em refeições, banquetes e jantares (OMS e DGS, 2004). Em contexto de estágio, selecionámos e prescrevemos produtos de apoio visando a adaptação das pessoas às limitações da mobilidade, maximizando a autonomia e prevenindo complicações. Ensinámos à pessoa/família técnicas específicas de autocuidado mas também, realizámos treinos utilizando os produtos de apoio, cujo ensino e supervisão da sua utilização são competências do EEER.

Medin et al (2012) remetem para as intervenções do EEER como **a necessidade de repetidas e estruturadas observações de refeições a fim de detetar pessoas com dificuldades alimentares para prevenir possíveis consequências sociais e funcionais**, apontam para a necessidade de aliar à entrevista a observação justificada pelo facto de a pessoa desconhecer ou

poder negar as dificuldades alimentares. A evidência aponta para a necessidade de serem avaliados fatores que vão além da função física como o bem-estar psicológico das pessoas após a situação de AVC (Medin et al, 2012).

Face ao exposto nos pontos anteriores, ao cuidar de pessoas/famílias em situação de AVC, compete-nos avaliar a funcionalidade e identificar as necessidades de intervenção para otimizar a função ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade (Regulamento n.º 125/2011) que poderão comprometer o autocuidado, mas temos de considerar sempre a educação/reeducação da pessoa/família no sentido de as dotar com o máximo de capacidades para o autocuidado.

Consideramos que a sequência temporal em que decorreu a componente de estágio foi facilitadora na consecução do mesmo tendo em vista o regresso a casa permitiu desenvolver competências para cuidar pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados (Regulamento n.º125/2011). Embora em contexto hospitalar consigamos orientar na eliminação das barreiras arquitetónicas que influenciam a acessibilidade, a participação social e o exercício pleno da cidadania, é efetivamente no contexto que envolve a pessoa/família onde estão aquando do regresso a casa que é possível conhecer e intervir especificamente. Assim sendo, a nossa intervenção direcionou-se para a otimização dos processos de transição em contexto hospitalar e nos restantes contextos pudemos aprimorar aspetos que complementam a avaliação inicial. Mediante esta, intervimos ajudando a fazer adaptações para funcionar da melhor maneira no ambiente que existe, compreendendo a dinâmica familiar e outros sistemas de suporte que possam afetar a capacidade de se autocuidar. Percebemos que a capacitação e estratégias para enfrentar esta nova situação são as principais necessidades da pessoa/família, tendo, como EEER, competência para informar sobre os recursos disponíveis na comunidade, ensinar a pessoa/família sobre técnicas específicas de autocuidado ensinar/supervisionar a utilização de produtos de apoio realizando treinos com os mesmos, capacitando a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximizando a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento n.º125/2011).

Importa compreender as vivências das pessoas em situação de AVC, face à conquista de capacidades que lhes permitam autocuidar-se. Para tal, torna-se essencial caracterizar as condições pessoais, da comunidade e da sociedade que podem facilitar ou dificultar uma transição, tendo em vista o regresso a casa. Consta-se a importância de intervir para a consecução de objetivos comuns sendo a pessoa/família, em situação de AVC, o centro de cuidados, tendo o EEER competências para corresponder às suas necessidades. A evidência científica vem, desta forma,

sustentar a evidência empírica dos contextos da prática de cuidados, bem como acrescentar que a mesma se torna relevante para a prática pelos ganhos em saúde que daí resultam.

#### 4. CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório permitiu uma análise crítica e reflexiva das experiências vivenciadas em contextos de cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas/famílias com alterações neurológicas. No decorrer do Estágio II e Relatório foram evidentes a aquisição e o desenvolvimento de competências, quer comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º122/2011), quer as competências específicas em cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 125/2011). Intervimos desde a avaliação inicial, ao planeamento, implementação e monitorização de programas de reabilitação, de acordo com as necessidades da pessoa/família com vista a otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, eliminação e sexualidade, maximizando a funcionalidade, capacitando a pessoa para a reinserção e exercício da cidadania, competências do EEER (Regulamento n.º 125/2011).

Quanto aos objetivos deste relatório consideramos que foram atingidos pois permitiu analisar criticamente as atividades desenvolvidas no Estágio II e Relatório. As experiências vivenciadas nestes contextos, aliadas à necessidade de acrescentar saber e compreensão à prática de enfermagem de reabilitação, possibilitaram-nos identificar a temática sobre a qual refletimos. Assim, aprofundamos conhecimentos científicos sobre as intervenções do enfermeiro de reabilitação que capacitam para o autocuidado pessoa/família em situação AVC, tendo em vista o regresso a casa, através da revisão sistemática da literatura.

Os resultados obtidos respondem à pergunta PI[C]O formulada e contribuem para sustentar a intervenção do enfermeiro de reabilitação. A evidência encontrada nos três artigos remete para os conceitos de autocuidado, autogestão, cansaço pós AVC e dificuldades alimentares com implicações na capacitação para o autocuidado da pessoa/família em situação de AVC.

A autoeficácia refere-se às capacidades de cada pessoa em atingir as metas estabelecidas surgindo diretamente ligada à capacitação para o autocuidado pelo que deve ser considerada e promovida nos cuidados em todos os contextos da prática diária. Os achados da revisão sistemática sustentam a importância de intervir para a consecução de objetivos comuns sendo a pessoa/família, em situação de AVC, o centro dos cuidados. Devem ser consideradas as suas crenças, promover o seu envolvimento, mas também as crenças do próprio enfermeiro de reabilitação. A evidência científica remete, também, para a carência de recursos na formação dos

profissionais em estratégias de autoeficácia e para suportar continuamente a sua manutenção e eficiência (Joice, 2012).

O cansaço pós AVC tem implicações sobre a capacidade de autocuidado, a forma como cada pessoa/família o reconhece é determinante na sua aceitação/adaptação. Enquanto EEER temos competências para maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento n.º 125/2011), especificando, podemos ensinar/instruir/treinar com a pessoa/família técnicas de conservação de energia. Assumimos o contributo da análise destes artigos na nossa reflexão acerca da gestão do cansaço/fadiga para a nossa intervenção em contexto da prática profissional. Enquanto EEER procuraremos compreender e aprofundar como cada pessoa/família experiencia o cansaço pós AVC para que o reconheçam e desenvolvam estratégias para o enfrentar.

A análise dos artigos remete para a necessidade de repetidas e estruturadas observações das refeições a fim de identificar as dificuldades que a pessoa/família enfrentam ao alimentar-se. Enquanto enfermeiros de reabilitação compete-nos prevenir complicações mas, também, possíveis limitações da atividade e restrições da participação que ocorram decorrentes desta incapacidade, capacitando-as para o autocuidado.

A diversidade temática encontrada nos três artigos, inicialmente, foi encarada como um constrangimento, no entanto, aquando da análise trouxe-nos valiosos contributos na medida em que nos levou a conceptualizar e a refletir acerca da prática, tanto em contexto de estágio como profissional, sustentando a evidência empírica dos contextos da prática de cuidados. O facto de serem estudos a nível internacional dificultou a sua interpretação e levou-nos a tomar escolhas de forma sustentada. Verificamos, então, a complementaridade dos estudos contribuindo para atingir o objetivo de fundamentar aspetos da prática relativamente às intervenções do enfermeiro de reabilitação que capacitam para o autocuidado pessoas/famílias em situação de AVC, tendo em vista o regresso a casa.

Desde o início deste percurso que começámos a efetuar mudanças significativas na nossa prática profissional diária pois melhoramos na identificação dos riscos de alteração da funcionalidade, na identificação de alterações que eventualmente determinem limitações da atividade e incapacidades e na realização de registos relacionados com a identificação das barreiras arquitetónicas ou aos produtos de apoio que a pessoa poderia utilizar antes do internamento. Cumulativamente, todo o planeamento das nossas intervenções passou a considerar a readaptação ao contexto de vida da pessoa, procurando maximizar as suas capacidades funcionais, enfatizando a discussão e análise com a pessoa/família do plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, bem como, a prescrição, implementação e avaliação das intervenções para otimizar e/ou reeducar a função: motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da

sexualidade. Em síntese, na nossa prática profissional diária, tem sido constante o ensino/supervisão na utilização de produtos de apoio e o ensino, instrução, treino da pessoa/família sobre técnicas que promovam o autocuidado, a definição, com a pessoa/família, de estratégias a implementar, de resultados esperados e de metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida.

A evidência científica encontrada, as nossas experiências profissionais diárias e as vivências em contexto de estágio, demonstram que a reação da pessoa/família perante as incapacidades residuais é fundamental na forma como encarará o processo de reabilitação. Sustentam, ainda, a importância do planeamento e das intervenções serem efetuados com a pessoa/família, definindo, em conjunto, as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir, capacitando-a para o autocuidado, promovendo a autonomia e a qualidade de vida.

Decorrente do nosso percurso académico e profissional, cada vez mais estamos convictos que a formação ao longo da vida é fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação com qualidade pelo que todos os enfermeiros de reabilitação devem contribuir com as suas experiências profissionais, refletir e investigar acrescentando conhecimento e desenvolvendo a sua prática, sendo necessário que, cada vez mais, publiquem e divulguem os resultados baseados na evidência.

## 5. BIBLIOGRAFIA

Amendoeira, J. (2006). Enfermagem, Disciplina do Conhecimento. *Sinais Vitais*, 67, pp. 19-27.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998). Disponível em: <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanEncy.html>

Craig, J.; Smyth, R. (2004) - *Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência

CIPE/ICNP (2011) *Classificação Internacional para a prática de enfermagem*. Versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

Cruz, A., Oliveira, I. e Conceição, V. (2009) *Enfermagem em Ortopneumologia*. Coimbra: Formasau.

Decreto-lei n.º 93/2009. *Diário da República*, n.º 74/ 16 Abril - 1.ª série. Ministério do trabalho e da solidariedade social. Lisboa

Decreto-lei n.º n.º 163/2006. *Diário da República*, N.º152/ 8 de Agosto – 1ª série. Ministério do trabalho e da solidariedade social. Lisboa

Despacho n.º 7648/2014. *Diário da República*, N.º 111/11 de junho de 2014 - 2.ª série. Instituto Politécnico de Santarém: Lisboa

Direção Geral da Saúde [DGS], (2016). *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números - 2015. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Lisboa: DGS. Disponível em: <http://www.dgs.pt>

Direção Geral da Saúde [DGS], (2010). *AVC: Itinerários Clínicos*. Lisboa: Lidel

Direção Geral da Saúde [DGS], (2004) *Planeamento da Alta do Doente com AVC*. Circular Informativa N.º: 12/DSPCS de 19/04/04. Ministério da Saúde: Lisboa

Direção Geral da Saúde [DGS], (2001) *Unidades de AVC: recomendação para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direção Geral da Saúde

Donnellan, C.; Martins A.; Conlon, A.; Coughlan, T.; O'Neill, D.; Collins, D.R. (2013) "Mapping patients' experiences after stroke onto a patient-focused intervention framework". *Disability & Rehabilitation*, Informa UK, Ltd. 35(6), pp. 483–491. Acedido a 17 março 2015 em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8df9464c-9663-4c03-9e6e-0bf06c745f1f%40sessionmgr4003&vid=8&hid=4209>

EBSCO. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/>

Eilertsen G.; Ormstad H; Kirkevold M. (2013) Experiences of poststroke fatigue: qualitative meta-synthesis. *Journal of Advanced Nursing* 69(3) pp.514–525. Acedido em 7 de Abril 2016 em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=723e87ea-98fc-43ee-8d7a-a8b2710da3fc%40sessionmgr4004&hid=4101>

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta

Godinho, F. (2010). Centro de Engenharia e de Reabilitação e Acessibilidade. Disponível em: <http://www.acessibilidade.net/web/>

Grilo, E.; Simões, S. (2012). Cuidados e Cuidadores: o contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na preparação da alta do doente pós acidente vascular cerebral. *Revista de Saúde Amato Lusitano*, 31, pp.18-23. Disponível: [http://www.ulscb.min-saude.pt/media/6461/artigo\\_revisao\\_1.pdf](http://www.ulscb.min-saude.pt/media/6461/artigo_revisao_1.pdf)

Hoeman, S. (2011) *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. 4ª edição, Loures: Lusodidacta

Joice, S. (2012). Self-management following stroke. *Nursing Standard*, 26(22) pp 39-46. Acedido em 7 de Abril 2016 em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=f4a11780-a57a-4b5f-85ad-fd121c3d4bd1%40sessionmgr4001&hid=4214>.

Medin J.; Windahl J.; Von Arbin M.; Tham K.; Wredling R. (2012). Eating difficulties among patients 3 months after stroke in relation to the acute phase. *Journal of Advanced Nursing* 68(3), pp. 580–589. Acedido em 7 de Abril 2016 em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=723e87ea-98fc-43ee-8d7a-a8b2710da3fc%40sessionmgr4004&hid=4101>

- Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E.; Messias, D.; Shumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, (23)(1), p.12-28.
- Meleis, A.; Trangenstein, P. (1994) Facilitating Transitions redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*.(42) (6), p. 255-259.
- Melnik, B.; Fineout-Overholt, E. (2005) – *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott, Williams e Wilkins.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- MeSH Browser. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>
- Ministério da saúde (2007). Alto Comissariado da Saúde – Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. *Recomendação Clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC)*. Lisboa, Ministério da Saúde.
- Neves, S. e Faria, L. (2009). Autoconceito e autoeficácia: semelhanças, diferenças, inter-relação e influência no rendimento escolar. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e sociais*. Porto: Edições Fernando Pessoa (6), pp. 206-218. Acedido em 10 março 2015 em [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1330/2/206-218\\_%20FCHS06-5.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1330/2/206-218_%20FCHS06-5.pdf)
- NIHSS - NIH Stroke Scale. Disponível: URL:<http://www.nihstrokescale.org/>
- Ordem dos enfermeiros (2011). *Parecer n.º12/2011. Parecer sobre Atividades de Vida Diária*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Ordem dos enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2007). Sistema de Informação em Enfermagem – Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. Disponível:[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq\\_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf)
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ªed.). St. Louis: Mosby
- Organização Mundial de Saúde/Direção Geral de Saúde, [OMS] [DGS], (2004) *CIF-Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: DGS
- Petronilho, F. (2007) *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau – Formação e saúde, Lda
- Plano Nacional de Promoção da Acessibilidade (2007). *Diário da República n.º 12/ de 17 de Janeiro de 2007 - 1ª série*. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa

- Regulamento n.º 350/2015 - *Diário da República* n.º 119/ de 22 junho – 2ª série — Ordem dos Enfermeiros: Lisboa. pp. 16655- 16660
- Regulamento n.º 125/2011 – *Diário da República* n.º 35/ de 18 fevereiro - 2ª série. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa. pp. 8658-8659
- Regulamento n.º 122/2011 – *Diário da República* n.º 35/ de 18 fevereiro - 2ª série. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa. pp 8648-8653.
- Regulamento n.º 618/2010 - *Diário da República* n.º 139/ de 20 julho – 2ª série — Instituto Politécnico de Santarém: Lisboa
- Unidade cerebrovascular [UCV] (2003) *Guia de integração do Enfermeiro à UCV*. Lisboa: Hospital de São José, Centro Hospitalar de Lisboa.
- Winstein, C.; Stein, J. Arena, R.; Bates, B.; Cherney, L.; Cramer, S.;...& Zorowitz, R. (2016) Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 47(6), pp. e98-e169
- World Health Organization Regional Office for Europe [WHO] (2015). *Helsingborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies*. Copenhaga, Dinamarca. Disponível em: [http://www.geriatrie.cz/dokumenty/Helsingborg\\_Declaration\\_06.pdf](http://www.geriatrie.cz/dokumenty/Helsingborg_Declaration_06.pdf)

ANEXOS

ANEXO I

PROJETOS INDIVIDUAIS DE ESTÁGIO



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**

**2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO  
2º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO  
UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO II E RELATÓRIO**

**PROJETO DE ESTÁGIO**

**EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO A  
PESSOA/FAMILIA COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS NÃO TRAUMÁTICAS**

Hospital S. José - Unidade Cerebrovascular

Elaborado por: Ana Filipa Reis  
N.º 100430013

Cooperante: Enf.ª Maria João Duarte

Orientador: Prof. Joaquim Simões

Santarém, fevereiro, 2012

## **INDICE**

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>3</b>
<b>1- PLANO DE ACTIVIDADES</b>	<b>5</b>
<b>2 - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>9</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>10</b>

## INTRODUÇÃO

Este projeto surge no âmbito do ensino clínico do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, mais concretamente, na unidade curricular Estágio II e Relatório.

O estágio tem a duração de 4 semanas, no contexto específico de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alteração neurológica não traumática. Decorrerá entre 27 de fevereiro e 23 março de 2012, na Unidade de Cerebrovasculares (UCV), do Hospital de São José. Este é considerado uma referência ao nível do sistema de saúde, uma vez que dispõe de capacidades reconhecidas, no que diz respeito aos recursos humanos, às tecnologias praticadas e ao saber acumulado. Tem como objetivo garantir a equidade e universalidade no acesso, assistência eficaz, eficiente e promoção da qualidade e excelência, com satisfação dos utentes e dos profissionais. A UCV do Hospital de São José é uma unidade de referência a nível nacional, assim, partimos para a realização deste estágio com elevadas expectativas. Consideramos que pode constituir um momento de aprendizagem enriquecedor, pois, prestamos cuidados num serviço de medicina onde estas situações são recorrentes, daí a necessidade na aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com alterações neurológicas não traumáticas.

A escolha deste local de estágio advém de expectativas individuais pelo interesse pessoal nesta área e pelo facto de cuidar de pessoas/famílias com alterações neurológicas não traumáticas ser uma constante com que nos deparamos na nossa atividade profissional. Por outro lado, consideramos que o Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER), nesta unidade, na prestação de cuidados à pessoa com alteração neurológica não traumática intervém com o objetivo de se iniciar o mais precocemente possível o programa de reabilitação. Terá uma visão global da situação individual de cada pessoa complementada com a análise dos meios complementares de diagnóstico permitindo a implementação de programas de reabilitação sempre de acordo com as necessidades da pessoa e família. Deste modo, o EEER intervém quer na avaliação inicial como no planeamento, implementação e monitorização de programas de reabilitação, de acordo com as necessidades da pessoa /família com vista a otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motores, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação e sexualidade, maximizando a funcionalidade, capacitando a pessoa para a reinserção e exercício da cidadania, competências do EEER, presentes no regulamento n.º125/2011.

Pretendemos desenvolver, além das competências específicas em cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, competências comuns ao enfermeiro especialista, patentes no regulamento n.º122/2011.

Para este estágio foram delineados pela equipa pedagógica os seguintes objetivos gerais:

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

O projeto contemplará os objetivos supracitados face aos quais serão identificados os objetivos específicos, as atividades previstas a desenvolver para os atingir, bem como os intervenientes e os tempos em que decorrerão essas atividades. Na elaboração deste projeto de estágio foram consideradas as necessidades individuais, assim como as do local de estágio detetadas até à elaboração do mesmo. Procuraremos delinear objetivos específicos mensuráveis e atingíveis, contudo estaremos atentos a outras situações de aprendizagem e que poderão ser incluídas neste projeto já que este não é estanque e pode ser reformulado.

Este trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma: esta pequena nota introdutória seguido de um plano de atividades com objetivos específicos para o contexto de ensino clínico os quais nos propomos atingir, atividades a desenvolver para alcançar os objetivos, intervenientes e definição cronológicas. Por fim um capítulo para as considerações finais.

## 1 - PLANO DE ATIVIDADES

OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES	INTERVENIENTES	QUANDO
Compreender a organização e âmbito de funcionamento da UCV, enfatizando a intervenção do EEER	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião e visita de acolhimento ao serviço, realizada pela enfermeira chefe e enfermeira cooperante:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Constituição e funcionamento da equipa interdisciplinar</li> <li>– Identificação da intervenção do EEER</li> <li>– Conhecimento de circuitos de admissão de utentes na unidade pela Via Verde AVC</li> <li>– Consulta de documentação, nomeadamente manuais, normas e protocolos do serviço/ instituição</li> <li>– Rentabilização do contacto com os recursos materiais, nomeadamente os utilizados pelo EEER</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira chefe</li> <li>• Enfermeira cooperante</li> <li>• Mestranda</li> <li>• Equipa Interdisciplinar</li> </ul>	Primeira semana de estágio
Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração neurológica não traumática: AVC (Acidente Vascular Cerebral)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação inicial, direcionada para os cuidados de enfermagem de reabilitação:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Avaliação neurológica (considerando os pares cranianos e avaliação dos défices por AVC com a escala do NIH SS (Stroke Scale do National Institute of Health))</li> <li>– Mobilização de escalas de avaliação (MMSE: Mini Mental State Examination; escala de Lower; Escala Modificada de Ashworth; ou outras consideradas pertinentes)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mestranda</li> <li>• Enfermeira cooperante</li> <li>• Equipa Interdisciplinar</li> </ul>	Ao longo do ensino clínico

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Consulta do processo clínico: antecedentes pessoais e fatores de risco, história da doença atual, exames complementares de diagnóstico</li><li>• Planeamento das intervenções de acordo com avaliação inicial efetuada, atendendo à especificidade da pessoa (necessidades e potencial de reabilitação).</li><li>• Implementação das intervenções planeadas com vista a otimizar e ou reeducar a função, nomeadamente procedimentos de intervenção específica:<ul style="list-style-type: none"><li>- Facilitação cruzada</li><li>- Posicionamento em padrão anti-espástico</li><li>- Estimulação propriocetiva</li><li>- Mobilizações passivas, ativas, ativas assistidas e ativas resistidas</li><li>- Atividades terapêuticas: rolar, ponte e/ou rotação controlada da coxo-femural; auto mobilizações; carga no cotovelo; exercícios de equilíbrio; transferência; treino de marcha</li><li>- Exercícios de reeducação dos músculos da face</li><li>- Ensino e treino sobre técnicas específicas para a promoção dos autocuidados: higiene, vestir e despir, alimentação e eliminação</li><li>- Ensino estratégias compensatórias da deglutição</li><li>- Estratégias reeducação da linguagem</li></ul></li></ul>		
--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação dos cuidados prestados com a pessoa/família face aos objetivos definidos e se necessário reformular na perspetiva dos ganhos em saúde a nível pessoal, familiar e/ou social (capacitação, autonomia, qualidade de vida)</li> <li>• Avaliação dos cuidados prestados partilhando informação relevante com a equipa acerca das atividades desenvolvidas no âmbito da reabilitação,</li> <li>• Registo dos cuidados de enfermagem de reabilitação no processo individual</li> <li>• Planeamento do regresso a casa e continuidade de cuidados perspetivando a reintegração sociofamiliar: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Identificação das condições habitacionais, barreiras arquitetónicas, promovendo a melhoria da mobilidade e acessibilidade</li> <li>– Avaliação dos conhecimentos e necessidades de ensino da pessoa /família, promovendo a sua participação ativa no programa de reabilitação</li> <li>– Reforço e /ou ensino a pessoa/família sobre técnicas específicas para a promoção dos autocuidados: higiene, vestir e despir, alimentação e eliminação</li> </ul> </li> </ul>		
<p>Gerir os cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, em</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organização e gestão dos cuidados de enfermagem de reabilitação a prestar de acordo com as necessidades do serviço</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mestranda</li> <li>• Enfermeira cooperante</li> </ul>	<p>Ao longo do ensino clínico</p>

<p>articulação com a equipa interdisciplinar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaboração nas tomadas de decisão relativamente ao processo terapêutico da pessoa, no que se refere à especificidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação.</li> <li>• Participação em reuniões de equipa interdisciplinar e nas passagens de turno, sobre as atividades desenvolvidas e reformulação de estratégias de intervenção</li> <li>• Mobilização de conteúdos teóricos, fazendo uma adequada articulação teórico prática</li> <li>• Partilha e discussão de experiências com a enfermeira cooperante e restantes elementos da equipa no sentido de esclarecer dúvidas e permitir um maior intercâmbio teórico-prático</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipa Interdisciplinar</li> </ul>	
<p>Colaborar na formação em serviço de acordo com as necessidades identificadas e os interesses pessoais</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Integração no plano de formação existente, aprofundando os aspetos considerados importantes na formação;</li> <li>♦ Discussão com enfermeira chefe/ enfermeiros do serviço, com o intuito de identificar necessidades de formação do serviço/necessidades de formação pessoais;</li> <li>♦ Apresentação de sugestões visando implementação de intervenções, tendentes à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, tendo por base mais-valias de estágios anteriores e vivências como profissional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira chefe</li> <li>• Enfermeira cooperante</li> <li>• Mestranda</li> <li>• Equipa Interdisciplinar</li> </ul>	<p>Ao longo do ensino clínico</p>

## **2 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a elaboração deste projeto de estágio, consideramos estarem reunidas as condições para o poder concretizar. Surge como uma mais-valia em todo o percurso pois irrompe como uma linha orientadora para o desenrolar de todo o estágio. Consideramos que traduz o empenho e satisfação perante este estágio, sendo encarado como um momento para aprofundar/ consolidar conhecimentos, mas também de adquirir outros, devido não só à especificidade deste serviço mas ao processo de aprendizagem contínua. Pretendemos realizar este estágio numa perspetiva de crescimento profissional e de aprendizagem.

Consideramos importante a sua realização pois permite dar uma visibilidade do que pretendemos fazer, com a definição de objetivos individuais para o estágio, onde contemplamos áreas de intervenção que consideramos serem fulcrais na prática profissional.

Foi-nos possível definir as atividades que pretendíamos desenvolver ao longo das 4 semanas, optando por esquematizá-las num quadro para mais fácil consulta. Todavia, e sendo um documento que pautará todo o desempenho durante este período de tempo, será passível de alterações através de uma avaliação constante das atividades planeadas, de modo a desenvolver as competências que serão o resultado de todo um trabalho de perseverança e grande empenho. Partimos para este estágio com a expectativa de que existirão momentos, bastante enriquecedores e que decerto contribuirão para um crescimento e maturação pessoal/profissional, que se revelarão uma mais-valia no desempenho profissional como EEER.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Regulamento n.º 122/2011 – *Diário da República* n.º 35/ de 18 fevereiro - 2ª série. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa. pp. 8648-8653.

Regulamento n.º 125/2011 – *Diário da República* n.º 35/ de 18 fevereiro - 2ª série. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa. pp. 8658-8659



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**

**2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO  
2º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO  
UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO II E RELATÓRIO**

**PROJETO DE ESTÁGIO**

**EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO A PESSOA/FAMILIA  
COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS TRAUMÁTICAS**

Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão – Serviço de Lesões Vertebro-Medulares

Elaborado por: Ana Filipa Reis  
N.º 100430013

Cooperante: Enf.ª Mafalda Machado

Orientador: Prof. Joaquim Simões

Santarém, Abril, 2012

## **INDICE**

	<b>f.</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>3</b>
<b>1 - PLANO DE ACTIVIDADES</b>	<b>5</b>
<b>2 - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>10</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>11</b>

## INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, na unidade curricular Estágio II e Relatório. O mestrando, em contexto de estágio, desenvolve a sua aprendizagem integrando as respetivas equipas dos contextos com base num projeto individual de trabalho negociado com os cooperantes dos locais, especialistas em enfermagem de reabilitação e o professor com recurso à orientação tutorial.

O estágio tem a duração de 5 semanas no contexto específico de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração neurológica traumática, decorrerá entre 9 de Abril e 11 de Maio de 2012, no serviço de lesões vertebro medulares do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão. A escolha deste local de estágio, apesar de ser uma área com a qual não contactamos na prática diária e apesar do distanciamento em relação à área de residência, relaciona-se com a curiosidade e interesse que temos de conhecer o trabalho que é desenvolvido numa unidade de excelência na área da Reabilitação e mais concretamente os cuidados específicos prestados pelo Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER) mas também pelas competências que poderemos desenvolver.

Ao longo deste estágio pretendemos desenvolver competências específicas em cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação, considerando o regulamento n.º125/2011 mas desenvolver, além das competências específicas do EEER, também competências comuns ao enfermeiro especialista, patentes no regulamento n.º122/2011.

Para este estágio foram delineados pela equipa pedagógica os seguintes objetivos gerais:

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

O projeto contemplará os objetivos de estágio definidos pela equipa pedagógica, face aos quais se identificam os objetivos específicos, as atividades, os intervenientes e os tempos em que estas decorrerão. Importa realçar que aquando da elaboração deste projeto de estágio foram

refletidas as necessidades individuais mas também as do local de estágio detetadas até à elaboração do mesmo. Todavia, este projeto não é estanque, a sua reformulação é passível, caso surjam oportunidades de aprendizagem não incluídas no mesmo.

Este trabalho encontra-se organizado em capítulos com início nesta pequena nota introdutória, seguido de um plano de atividades com objetivos específicos que nos propomos atingir, para o contexto de ensino clínico, respetivas atividades, intervenientes e definição cronológicas, terminando com as considerações finais.

## 1 - PLANO DE ATIVIDADES

OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES	INTERVENIENTES	QUANDO
<p>Prestar cuidados específicos de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alterações neuro-traumatológicas, nomeadamente lesões vertebromedulares (LVM)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento a pessoa/família, realizando a avaliação inicial, direcionada para os cuidados de enfermagem de reabilitação, privilegiando:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Identificação condições habitacionais/ barreiras arquitetónicas,</li> <li>– Mobilização de escalas: ASIA; Escala de Lower; Escala de Braden; Escala de Morse; Escala de Ashworth; MIF (Medida de Independência Funcional) ou outras consideradas pertinentes</li> <li>– Capacidade funcional da pessoa para realizar os autocuidados</li> </ul> </li> <li>• Planeamento das intervenções de acordo com avaliação inicial efetuada, atendendo à especificidade da pessoa (necessidades e potencial de reabilitação)               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Participação numa reunião de equipa interdisciplinar/ de definição de objetivos</li> </ul> </li> <li>• Implementação das intervenções planeadas com vista a otimizar e ou reeducar a função, nomeadamente ensino/treino/instrução de técnicas específicas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Atividades terapêuticas:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plano inclinado, exercícios no leito, exercícios cadeira rodas (exercício do avião; Exercícios de Push-Up; Exercícios de Flexão do Tronco; exercícios de cruzar e</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mestranda</li> <li>• Enfermeira cooperante</li> <li>• Equipa Interdisciplinar</li> <li>• Utente/família</li> </ul>	<p>Ao longo do ensino clínico</p>

	<p>descruzar as pernas), mesa verticalização/standing frame;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Posicionamentos terapêuticos</li><li>- Auto mobilizações e/ou mobilização articulares passivas, ativo-assistidas e ativas, consoante as capacidades das pessoas,</li><li>- Treino equilíbrio postural estático e dinâmico</li><li>- Estimulação da proprioção e sensibilidade pelo manuseamento e aplicação de talas pneumáticas</li><li>- Transferências (cama /cadeira/banheira/sanita/carro)</li><li>- Treino de deambulação</li><li>- Promoção do autocuidado: higiene, vestir e despir, alimentação</li><li>- Programas de esvaziamento intestinal e vesical (nomeadamente auto esvaziamento, observação da realização de estudo uro dinâmico)</li><li>- Reeducação funcional respiratória (nomeadamente: Exercícios de consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios; respiração diafragmática; reeducação costal global e seletiva; Drenagem postural; técnicas de limpeza das vias aéreas; rentabilização do contacto e manuseamento do Cough Assist)</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliação dos cuidados prestados com a pessoa/família face aos objetivos definidos e se necessário reformular na perspetiva dos ganhos em saúde</li></ul>		
--	--	--	--

	<p>a nível pessoal, familiar e/ou social (capacitação, autonomia, qualidade de vida)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação dos cuidados prestados partilhando informação relevante com a equipa acerca das atividades desenvolvidas no âmbito da reabilitação</li> <li>• Registo dos cuidados de enfermagem de reabilitação no processo</li> </ul>		
<p>Capacitar a pessoa/família com alterações neurotraumatológicas para o autocuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação dos conhecimentos e necessidades de ensino da pessoa/família, promovendo a sua participação ativa no programa de reabilitação</li> <li>• Orientação da pessoa/família para a eliminação de possíveis barreiras arquitetónicas no seu contexto social e habitacional</li> <li>• Orientação da pessoa/família para a aquisição e utilização de produtos de apoio tendo em vista a sua máxima capacidade funcional</li> <li>• Ensino à pessoa/família técnicas específicas de autocuidado</li> <li>• Ensino e supervisão da utilização de produtos de apoio, maximizando a autonomia da pessoa/família</li> <li>• Validação junto da pessoa/família os ensinamentos realizados, identificando dúvidas e reforçando, se necessário, o ensino/ treino</li> <li>• Colaboração na realização de treinos específicos de autocuidados mais concretamente no departamento das AVD's: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Acompanhamento e observação do EEER, enfatizando a sua intervenção</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mestranda</li> <li>• Enfermeira cooperante</li> <li>• Equipa Interdisciplinar</li> <li>• Utente/família</li> </ul>	<p>Ao longo do ensino clínico</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreensão e participação na dinâmica de funcionamento do departamento de AVD's</li> <li>- Ensino, treino e instrução sobre técnicas a utilizar para maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</li> <li>- Participação numa reunião de família</li> </ul>		
Gerir os cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, em articulação com a equipa interdisciplinar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organização e gestão dos cuidados de enfermagem de reabilitação a prestar de acordo com as necessidades do serviço.</li> <li>• Colaboração nas tomadas de decisão relativamente ao processo terapêutico da pessoa, no que se refere à especificidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação.</li> <li>• Participação em reuniões de equipa interdisciplinar e nas passagens de turno, sobre as atividades desenvolvidas e reformulação de estratégias de intervenção</li> <li>• Mobilização de conteúdos teóricos, fazendo uma adequada articulação teórico prática</li> <li>• Partilha e discussão de experiências com a enfermeira cooperante e restantes elementos da equipa no sentido de esclarecer dúvidas e permitir um maior intercâmbio teórico-prático</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mestranda</li> <li>• Enfermeira cooperante</li> <li>• Equipa Interdisciplinar</li> </ul>	Ao longo do ensino clínico
Desenvolver competências na área formativa que possam	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Conhecimento e/ ou mobilização das normas e protocolos existentes no serviço no âmbito da qualidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira cooperante</li> <li>• Mestranda</li> </ul>	4ª ou 5ª semana do ensino clínico

contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados no serviço	♦ Validação dos conteúdos a incluir na ação de formação destinada aos utentes, com tema a definir	• Utente/família	
--	---	------------------	--

## **2 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O plano de atividades proposto visa estruturar toda a aprendizagem em contexto de estágio. Este é um momento único de vivências, contacto com outras realidades, mobilização de conhecimentos e aquisição de competências.

Pretendemos que todos os momentos deste estágio sejam bastante enriquecedores possibilitando prestar cuidados específicos de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alterações neuro-traumatológicas, nomeadamente lesões vertebro medulares, capacitar a pessoa/família com alterações neuro traumatológicas para o autocuidado, gerir os cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, em articulação com a equipa interdisciplinar, desenvolver competências na área formativa que possam contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados no serviço. Possibilitando de competências nos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alterações neuro traumatológicas mas também competências comuns ao enfermeiro especialista.

Foi-nos possível definir as atividades que pretendíamos desenvolver ao longo das 5 semanas, optando por esquematizá-las num quadro para mais fácil consulta. Todavia, e sendo um documento que pautará todo o desempenho durante este período de tempo, será passível de alterações através de uma avaliação constante das atividades planeadas, de modo a desenvolver as competências que será o resultado de todo um trabalho de perseverança e grande empenho. Partimos para este estágio com a expectativa de que existirão momentos, bastante enriquecedores e que decerto contribuirão para um crescimento e maturação pessoal/profissional, permitindo a aquisição e o desenvolvimento de competências, que se revelarão uma mais-valia no desempenho profissional como EEER.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Regulamento n.º 122/2011 – *Diário da República* n.º 35/ de 18 fevereiro - 2ª série. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa. pp. 8648-8653.

Regulamento n.º 125/2011 – *Diário da República* n.º 35/ de 18 fevereiro - 2ª série. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa. pp. 8658-8659



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**

**2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO  
2º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO  
UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO II E RELATÓRIO**

**PROJETO DE ESTÁGIO**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO A PESSOA/FAMILIA EM CONTEXTO DA  
COMUNIDADE**

Centro de Saúde de Torres Vedras – ACES Oeste Sul II– UCC Torres Vedras

Elaborado por: Ana Filipa Reis  
N.º 100430013

Cooperante: Enf.º Fernando Godinho

Orientador: Prof. José Lourenço

Santarém, Maio, 2012

## **INDICE**

	<b>f.</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>3</b>
<b>1 - PLANO DE ACTIVIDADES</b>	<b>5</b>
<b>2 - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>11</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>12</b>

## INTRODUÇÃO

Este trabalho surge contextualizado no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, mais concretamente na unidade curricular Estágio II e Relatório. Integrados nas respetivas equipas dos contextos os mestrandos, no estágio desenvolvem as suas aprendizagens com base num projeto individual de trabalho negociado com os cooperantes dos locais, especialistas em enfermagem de reabilitação e o professor com recurso à orientação tutorial.

O estágio tem a duração de 4 semanas, de 21 Maio a 16 junho no contexto específico de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/ família em contexto da comunidade, decorrerá na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Torres Vedras, na Extensão de Saúde de Freiria, local onde está sediado o Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER).

Foi proposto pela equipa pedagógica que, neste estágio, os mestrandos escolhessem o local consoante a sua preferência e áreas de interesse. A nossa escolha recaiu, prontamente, para o contexto da comunidade por considerarmos tal como Hoeman (2011) que regressar a casa é frequentemente um dos maiores desejos das pessoas envolvidas em programas de reabilitação. A medida de uma reabilitação bem-sucedida é refletida pela generalização ou a transferência de competências para o ambiente natural, ou seja a casa de cada um. Além disso, todos os outros 4 estágios foram em contexto hospitalar, onde também decorre a nossa atividade profissional. Faz todo o sentido o contexto da comunidade, é aí que a pessoa/família estarão aquando do regresso a casa e onde é dada continuidade ao plano de reabilitação então iniciado. O EEER deve conhecer os recursos da comunidade e mobilizá-los, pelas suas competências intervém visando a reintegração da pessoa na família e na comunidade, proporcionando-lhes o direito à dignidade e a qualidade de vida.

A realização deste estágio, apesar do distanciamento em relação à área de residência, relaciona-se com a curiosidade e interesse que temos em conhecer o trabalho que é desenvolvido pelo EEER na comunidade, mais concretamente os cuidados específicos prestados pelo mesmo, mas também pelas competências que poderemos desenvolver.

Ao longo deste estágio pretendemos adquirir e desenvolver competências específicas em cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação, considerando o regulamento n.º125/2011 mas desenvolver, além das competências específicas do EEER, também competências comuns ao enfermeiro especialista, patentes no regulamento n.º122/2011.

Para este estágio foram delineados pela equipa pedagógica os seguintes objetivos gerais:

- Demonstrar competências adequadas à prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas multidisciplinares/ interdisciplinares à pessoa/família em

situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular, neurológica e neuro-traumatológica visando a sua independência máxima.

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

O projeto contemplará os objetivos referidos anteriormente dos quais emanam os objetivos específicos que nos propomos atingir para o contexto específico de cuidados. A respetivas atividades, que concorrem para a consecução dos objetivos bem como os intervenientes e os tempos para sua operacionalização. Procuraremos delinear objetivos específicos mensuráveis e atingíveis, contudo estaremos atentos a outras situações de aprendizagem e que poderão ser incluídas neste projeto já que este não é estanque e pode ser reformulado.

Organizamos este trabalho da seguinte forma: esta pequena nota introdutória seguido de um plano de atividades com objetivos específicos, atividades a desenvolver, intervenientes e definição cronológicas, terminando com as considerações finais.

## 1 - PLANO DE ATIVIDADES

OBJECTIVOS ESPECIFICOS	ATIVIDADES	INTERVENIENTES	QUANDO
<p>Compreender a organização e âmbito de funcionamento da UCC, enfatizando a intervenção do EEER</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião e visita de acolhimento ao serviço pelo enfermeiro cooperante:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Caracterização da população inscrita no Centro de Saúde (CS)</li> <li>○ Caracterização da população no âmbito da reabilitação</li> <li>○ Área de abrangência do CS</li> <li>○ Acessibilidades ao CS (barreiras arquitetónicas)</li> <li>○ Recursos da comunidade no âmbito da reabilitação</li> <li>○ Consulta de documentação diversa (manuais, normas e protocolos)</li> </ul> </li> <li>• Constituição e funcionamento da equipa interdisciplinar</li> <li>• Identificação da intervenção do EEER</li> <li>• Conhecimento do circuito de referência de utentes com necessidade de intervenção do EEER</li> <li>• Rentabilização do contacto com os recursos materiais, nomeadamente os utilizados pelo EEER</li> <li>• Projetos existentes no âmbito da enfermagem de Reabilitação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeira chefe</li> <li>• Enfermeiro cooperante</li> <li>• Mestranda</li> <li>• Equipa Interdisciplinar</li> <li>• Normas, protocolos</li> <li>• Relatórios da UCC</li> </ul>	<p>Primeira semana de estágio</p>
<p>Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação inicial, direcionada para os cuidados de enfermagem de reabilitação, privilegiando:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidade funcional da pessoa para realizar os autocuidados</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mestranda</li> <li>• Enfermeira cooperante</li> </ul>	<p>Ao longo do ensino clínico</p>

<p>necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida em contexto comunitário, promovendo a sua autonomia, contribuindo para uma melhoria na qualidade de vida, nomeadamente:</p> <p>a) Pessoa/família com alterações cardio-respiratórias</p> <p>b) Pessoa/família com alteração neurológica não traumática: AVC (Acidente Vascular Cerebral)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aspectos facilitadores e inibidores para a realização dos autocuidados de forma independente no contexto de vida da pessoa/família</li> <li>- Mobilização de escalas de avaliação (Escala de Lower Escala Modificada de Ashworth, Borg, dor, Bartel, Euro Qol ou outras consideradas pertinentes)</li> <li>- Consulta do processo individual do utente: documento da sua referenciação, antecedentes pessoais e fatores de risco, exames complementares de diagnóstico</li> <li>- Identificação condições habitacionais/ barreiras arquitetónicas</li> <li>- Identificação do núcleo familiar/familiar cuidador</li> <li>- Avaliação situações potencialmente dificultadoras do processo de reabilitação (outras patologias associadas)</li> <li>- Avaliação física: inspeção, palpação, percussão, auscultação</li> <li>- Avaliação de sintomas (tosse, dispneia, expetoração, dor)</li> <li>- Avaliação de sinais vitais, padrão respiratório</li> <li>- Avaliação neurológica</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planeamento das intervenções de acordo com avaliação inicial efetuada, atendendo à especificidade da pessoa/família (necessidades e potencial de reabilitação)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipa Interdisciplinar</li> <li>• Utente/família</li> </ul>	
---	---	---	--

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Implementação das intervenções planeadas com vista a otimizar e ou reeducar a função, nomeadamente procedimentos de intervenção específica:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Ensino/instrução/treino sobre técnicas de relaxamento;<ul style="list-style-type: none"><li>a)Ensino/instrução/treino sobre:<ul style="list-style-type: none"><li>- Exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios;</li><li>- Terapêutica de posição</li><li>- Técnica da tosse, se secreções (tosse dirigida/ assistida</li><li>- Técnicas de conservação de energia na realização dos autocuidados</li><li>- Sobre uso de broncodilatadores, postura de descanso muscular (cocheiro e apoio do tronco)</li><li>- Exercícios de reeducação diafragmática; costais globais; costais seletivos</li></ul></li><li>a)Realização de técnicas de vibração e percussão na expiração</li><li>a)Realização de drenagem postural modificada</li><li>b)Ensino, instrução/treino sobre:<ul style="list-style-type: none"><li>- Facilitação cruzada</li><li>- Posicionamento em padrão anti-espástico</li><li>- Estimulação propriocetiva</li><li>- Mobilizações passivas, ativas, ativas assistidas, ativas resistidas</li></ul></li></ul></li></ul></li></ul>		
--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atividades terapêuticas: rolar, ponte e/ou rotação controlada da coxo-femural; Auto mobilizações; carga no cotovelo; exercícios de equilíbrio; transferência; treino de deambulação</li> <li>- Exercícios de reeducação dos músculos da face</li> <li>- Ensino estratégias compensatórias da deglutição</li> <li>- Estratégias reeducação da linguagem</li> <li>o Orientações a pessoa/família para que possam dar continuidade ao processo de reabilitação na ausência do enfermeiro de reabilitação</li> <li>o Entrega de folhetos informativos que complementem a informação transmitida/ensinos/treinos realizados</li> <li>o Promoção da saúde e redução do risco incentivando/ implementando sessões de treino de exercício; vigilância de fatores de risco, prevenção das infeções, evicção tabágica</li> <li>• Avaliação dos cuidados prestados com a pessoa/família face aos objetivos definidos e se necessário reformular na perspetiva dos ganhos em saúde a nível pessoal, familiar e/ou social (capacitação, autonomia, qualidade de vida)</li> <li>• Registo dos cuidados de enfermagem de reabilitação no processo individual/ SAPE (Sistema de Apoio Prática Enfermagem)</li> </ul>		
<p>Capacitar a pessoa/família para o</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação dos conhecimentos e necessidades de ensino da pessoa /família, promovendo a sua participação ativa no programa de reabilitação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mestranda</li> <li>• Enfermeiro cooperante</li> </ul>	<p>Ao longo do ensino clínico</p>

<p>autocuidado, reinserção e exercício da cidadania</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforço e /ou ensino sobre técnicas a utilizar para maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</li> <li>• Reforço e /ou ensino a pessoa/família sobre técnicas específicas para a promoção dos autocuidados: higiene, vestir e despir, alimentação e eliminação</li> <li>• Ensino e supervisão da utilização de produtos de apoio, maximizando a autonomia da pessoa/família</li> <li>• Realização de treinos específicos de autocuidados, nomeadamente utilizando produtos de apoio</li> <li>• Identificação de barreiras arquitetónicas <ul style="list-style-type: none"> <li>– Orientação pessoa/família para a eliminação barreiras arquitetónicas no seu contexto de vida promovendo a melhoria da mobilidade e acessibilidade</li> </ul> </li> <li>• Validação com pessoa/família os ensinamentos realizados, identificando dúvidas e reforçando, se necessário, o ensino/ treino</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utente/família</li> </ul>	
<p>Gerir os cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, em articulação com a equipa interdisciplinar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação das competências do enfermeiro especialista na coordenação dos cuidados de enfermagem</li> <li>• Organização e gestão dos cuidados de enfermagem de reabilitação a prestar de acordo com as necessidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mestranda</li> <li>• Enfermeiro cooperante</li> <li>• Equipa Interdisciplinar</li> <li>• Normas, protocolos</li> </ul>	<p>Ao longo do ensino clínico</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomada de decisão relativamente ao processo terapêutico da pessoa, no que se refere à especificidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação</li> <li>• Participação em momentos de partilha e reflexão sobre as atividades desenvolvidas e reformulação de estratégias de intervenção</li> <li>• Pesquisa e mobilização de conteúdos teóricos, fazendo uma adequada articulação teórico-prática</li> <li>• Partilha e discussão de experiências com o enfermeiro cooperante e restantes elementos da equipa no sentido de esclarecer dúvidas e permitir um maior intercâmbio teórico-prático</li> </ul>		
<p>Desenvolver competências na área formativa que possam contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Conhecimento e/ ou mobilização das normas e protocolos existentes no serviço no âmbito da qualidade</li> <li>◆ Apresentação de sugestões visando implementação de intervenções, tendentes à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da reabilitação, tendo por base mais-valias de estágios anteriores e vivências como profissional, como a introdução da escala MIF (Medida de Independência Funcional)</li> <li>◆ Discussão com enfermeiro cooperante, com o intuito de identificar necessidades de formação do serviço/necessidades de formação pessoais;</li> <li>◆ Elaboração de um folheto acerca das transferências</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiro cooperante</li> <li>• Mestranda</li> </ul>	<p>Ao longo do ensino clínico</p>

## 2 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao terminarmos a elaboração deste projeto de estágio, consideramos estarem reunidas as condições para o poder concretizar. Estamos convictos que este surge como uma mais-valia em todo o percurso pois irrompe como uma linha orientadora para o desenrolar de todo o estágio. Traduz o empenho e satisfação perante o mesmo sendo encarado como um momento para aprofundar/ consolidar conhecimentos, mas também adquirir outros, devido não só à especificidade deste contexto mas ao processo de aprendizagem contínua

O plano de atividades proposto visa estruturar toda a aprendizagem em contexto de estágio. Como tal pretendemos compreender a organização e âmbito de funcionamento da UCC, enfatizando a intervenção do EEER; prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida em contexto comunitário, promovendo a sua autonomia, contribuindo para uma melhoria na qualidade de vida, nomeadamente: Pessoa/família com alterações cardiorrespiratórias e com alteração neurológica não traumática; capacitar a pessoa/família para o autocuidado, reinserção e exercício da cidadania; gerir os cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, em articulação com a equipa interdisciplinar; desenvolver competências na área formativa que possam contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados.

Consideramos importante a realização deste trabalho pois permite dar visibilidade do que pretendemos fazer, com a definição de objetivos individuais para o estágio, onde contemplamos áreas que consideramos fulcrais na nossa prática profissional mas também no contexto onde vai decorrer o estágio. Foi-nos possível definir as atividades que pretendíamos desenvolver ao longo das 4 semanas, optando por esquematizá-las num quadro para mais fácil consulta. Todavia, e, sendo um documento que pautará todo o desempenho durante este período de tempo, será passível de alterações através de uma avaliação constante das atividades planeadas, de modo a desenvolver as competências que serão o resultado de todo um trabalho de perseverança e grande empenho.

Partimos para este estágio com a expectativa de que existirão momentos, bastante enriquecedores e que decerto contribuirão para um crescimento e maturação pessoal/profissional, permitindo a aquisição e o desenvolvimento de competências, que se revelarão uma mais-valia no desempenho profissional como EEER.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Hoeman, S. (2011) *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*.

4ª edição, Loures: Lusodidacta

Regulamento n.º 122/2011 – *Diário da República* n.º 35/ de 18 fevereiro - 2ª série. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa. pp. 8648-8653.

Regulamento n.º 125/2011 – *Diário da República* n.º 35/ de 18 fevereiro - 2ª série. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa. pp. 8658-8659

ANEXO II

PROTOCOLO DE PESQUISA

CRITÉRIOS PARA A FORMULAÇÃO DA QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

		CONCEITOS	PALAVRAS-CHAVE
<p>P</p> <p>PARTICIPANTES</p> <p>Quem foi estudado?</p>	<p>Pessoa/Família em situação de AVC</p>	<p>Pessoa</p> <p>Família</p> <p>AVC</p>	<p>Nurs*</p> <p>Rehabilitation</p> <p>Self-care</p> <p>Stroke</p>
<p>I</p> <p>INTERVENÇÕES</p> <p>O que foi feito?</p>	<p>Intervenção do EEER, tendo em vista o regresso a casa</p>	<p>Enfermeiro</p> <p>Reabilitação</p>	
<p>(C) Comparações</p>	<p>—</p>	<p>—</p>	
<p>O</p> <p>OUTCOME</p> <p>Resultados/ Efeitos/ Consequências</p>	<p>Capacita para o autocuidado</p>	<p>Autocuidado</p>	

CONCEITO DAS PALAVRAS-CHAVE SEGUNDO A MeSH Browser

PALAVRAS - CHAVE	CONCEITO
<b>NURS*</b>	Profissionais qualificados por graduação de uma escola de enfermagem acreditada para a prática de enfermagem. Prestam cuidados às pessoas que necessitam de assistência para recuperar ou manter sua saúde física ou mental
<b>REABILITATION</b>	Restituição das funções humanas no grau máximo possível em uma pessoa ou pessoas que sofram de doença ou lesão
<b>SELF-CARE</b>	Desempenho de atividades ou tarefas tradicionalmente realizadas por prestadores de cuidados de saúde profissionais. O conceito inclui o cuidado de si próprio ou de sua família e amigos.
<b>STROKE</b>	Grupo de condições patológicas caracterizadas por perda súbita de função neurológica devido a isquemia cerebral ou hemorragia intracraniana. O AVC é classificado pelo tipo de necrose do tecido, como a localização anatômica, vascularização envolvida, etiologia, idade da pessoa afetada e natureza hemorrágica e não hemorrágica

LIMITADORES DE PESQUISA NAS BASES DE DADOS

BASES DE DADOS	LIMITADORES DE PESQUISA
<b>CINAHL plus with Full Text</b>	Texto completo; analisado por especialistas; Data de publicação de: 20060301-20160431; Resumo disponível; Prática Baseada em evidências; Humano; Qualquer autor é enfermeira; Texto completo em PDF
<b>MEDLINE with Full Text</b>	Texto completo; analisado por especialistas; Data de publicação de: 20060301-20160431; Resumo disponível; Humano.
<b>Nursing &amp; Allied Health Collection: Comprehensive</b>	Texto completo; analisado por especialistas; Data de publicação de: 20060301-20160431; Texto completo em PDF
<b>MedicLatina</b>	Texto completo; analisado por especialistas; Data de publicação de: 20060301-20160431; Texto completo em PDF

Número de artigos encontrados nas plataformas de pesquisa para cada palavra-chave

<b>Palavra-chave</b>	<b>N.º de Artigos</b>
<b>Nurs*</b>	86554
<b>Rehabilitation</b>	16151
<b>Self-care</b>	3997
<b>Stroke</b>	4574

Número de artigos pesquisados nas plataformas de pesquisa, resultantes do cruzamento entre as palavras-chave

<b>Conjugação de palavras-chave</b>	<b>N.º de Artigos</b>
<b>Nurs*+ Rehabilitation</b>	3294
<b>Nurs* + Self-care</b>	2408
<b>Nurs* + Stroke</b>	933
<b>Rehabilitation + Self care</b>	443
<b>Rehabilitation + Stroke</b>	1650
<b>Nurs* + Rehabilitation + Self care</b>	153

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO PARA SELECÇÃO DOS ARTIGOS

	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<b>P</b> (Participantes)	<b>Pessoas em situação de AVC:</b> adultos com idade superior a 19 anos com capacidade de decisão, Internados ou após o regresso a casa	Artigos publicados cuja população alvo sejam pessoas com outros tipos de afeção
<b>I</b> (Intervenções)	<b>Intervenções autónomas:</b> de enfermagem de reabilitação tendo em vista o regresso a casa	Artigos que não foquem intervenções de enfermagem de reabilitação
<b>(C) Comparações</b>	—	—
<b>O</b> (Outcome)	Capacitação para o autocuidado tendo em vista o regresso a casa	Artigos que cujos resultados não enfatizem a capacitação para o autocuidado
<b>D</b> (Desenho)	Estudos quantitativos e qualitativos	Estudos de RSL

ANEXO III

FICHA DE LEITURA RELATIVA À ANÁLISE DO ARTIGO

“Self-management following stroke”

FICHA DE LEITURA

<b>TITULO</b>	<b>“Self-management following stroke”</b>
<b>AUTORES</b>	Joice, S. (2012). Self-management following stroke. <i>Nursing Standard</i> , 26(22) pp 39-46
<b>MÉTODO</b>	Descritivo
<b>OBJECTIVOS</b>	Definir o conceito de autogestão; Descrever teorias psicológicas e técnicas de mudança de comportamento emergentes que podem ser mobilizadas pelos enfermeiros para promover o autocuidado em pessoas/famílias que tiveram um AVC.
<b>PARTICIPANTES</b>	As pessoas em situação de AVC têm que gerir as incapacidades resultantes do mesmo mas também a sua reabilitação. Daqui emerge a autogestão na medida em que permite a estas pessoas prevenir a recorrência do AVC, o desenvolvimento de atividades de autocuidado, maximizando a sua recuperação e reabilitação. A autogestão é encorajada para permitir que as pessoas sejam independentes e possam gerir a sua própria saúde e doença. Oferece uma forma alternativa de pensar sobre o autocuidado e estratégias que podem ser utilizadas pelas pessoas em situação de AVC que maximizem a funcionalidade desenvolvendo as suas capacidades. A formação do enfermeiro engloba o cuidado holístico, cuidando as pessoas como seres individuais, fornecendo-lhes informação, incentivando a sua reabilitação, atendendo às suas necessidades do dia-a-dia.
<b>INTERVENÇÕES</b>	São apresentadas uma amostra de intervenções usadas no cuidado às pessoas em situação de AVC com efeito na mudança de comportamento e discutidos os desafios que possam surgir para os enfermeiros ao incentivar autogestão. Contudo, a evidência de intervenções de autogestão não é conclusiva, o que se pode dever ao facto de existirem diferentes definições e medidas de resultados para definir atividades de autogestão. Tais inconsistências implica que os enfermeiros interpretem as diferentes fontes de informação e tentem aplica-las em contextos específicos, o que pode ser um aspeto dificultador. Este artigo descreve teorias que explicam como as pessoas podem pensar sobre sua saúde e doença, relacionando-as com a situação de AVC e sua reabilitação. São dados exemplos de como estas podem ser aplicadas na prática, ilustrando as complexidades de autogestão após um AVC. Alguns dos comportamentos associados a técnicas de mudança decorrentes destas teorias são também descritos de modo a que os enfermeiros possam usa-los na sua prática para permitir a autogestão após a situação de AVC. Os atuais desafios relacionados com os reduzidos recursos na prática e educação colocam os enfermeiros numa posição privilegiada para integrar uma ampla gama de técnicas de mudança de comportamento que podem adaptar às pessoas e suas famílias para autogerir a situação de AVC.

<b>RESULTADOS DISCUSSÃO</b>	<b>E</b> <p>Os enfermeiros têm acesso a uma série de técnicas de mudança de comportamento que podem ser utilizadas para promover a autogestão após uma situação de AVC. Encontram-se numa posição privilegiada para trabalhar com as pessoas e suas famílias, capacitando-as para o autocuidado e otimizando os resultados da reabilitação.</p> <p>Os termos autocuidado e autogestão são por vezes utilizados de forma indistinta. Autocuidado surge como a responsabilidade que cada pessoa adota pela sua própria saúde e bem-estar; cuidar de si próprio; inclui a participação em atividades para manter a saúde tanto física como mental; comportamentos para prevenir doenças e acidentes ou o uso adequado de medicamentos (Martyn 2003), pode envolver a ajuda de um enfermeiro apto para criar um ambiente no qual as pessoas possam ser capacitadas para o autocuidado.</p> <p>A autogestão surge como um meio para eliminar barreiras ao autocuidado, tais como as atitudes dos profissionais de saúde ou das pessoas em situação de AVC. Refere-se à capacidade de cada um gerir a sua saúde ou problemas de saúde no seu quotidiano. Este conceito não se restringe meramente ao fornecimento de informação, inclui estratégias para capacitar as pessoas a mudar o seu comportamento de saúde, apoiando-as no seu próprio cuidado, considerando as suas atitudes e crenças. Mais recentemente, a autogestão tem sido usada em programas de educação em saúde comportamental que incorporem teorias de mudança de comportamento desenvolvendo a confiança e motivação da pessoa/família no uso das suas próprias habilidades e conhecimentos para assumir o controlo efetivo sobre a sua vida com uma doença crónica (DH 2001).</p> <p>Autogestão é normalmente associada com a teoria social cognitiva (Bandura 1997) cujo constructo subjacente é a autoeficácia, ou seja, a confiança percebida por cada pessoa na sua capacidade de realizar um comportamento ou ação para alcançar o sucesso. Procurando aplica-la com pessoa em situação de AVC, o desafio que se coloca é como a encorajar na reabilitação. Esta teoria incorpora a noção de que cada pessoa pode estar numa fase diferente da doença ou recuperação, afetando a sua receptividade em aceitar conselhos de mudança de comportamento (DiClemente Prochaska e 1986). As pessoas em situação de AVC podem ter dificuldade em absorver e compreender informação e aconselhamento, explicando, em parte, porque é que algumas pessoas estão continuamente a solicitar informações ou a referir que se sentem mal informadas. Os enfermeiros devem ser sensíveis e perceber qual a perspetiva da pessoa em relação à sua recuperação através de observações e explorando as crenças de cada pessoa, como sugerido por Leventhal et al (1984). Por exemplo, as pessoas em situação de AVC, procurando dar sentido ao que lhes aconteceu, despendem uma grande quantidade de tempo procurando as causas do AVC, o enfermeiro deve procurar oferecer informações gradualmente, reconhecendo as crenças da pessoa/família e respostas emocionais à doença (Leventhal et al 1984) mesmo podendo, numa primeira fase, comprometer o processo de reabilitação (DiClemente e Prochaska 1986), estes, são aspetos da autogestão.</p> <p>Ao adquirir uma melhor compreensão da perceção da pessoa acerca da situação de AVC os enfermeiros podem efetivamente promover a autogestão. Por exemplo, quando se utiliza a fixação de metas e ajuda a pessoa a quebrar uma tarefa diária em atividades alcançáveis, os enfermeiros</p>
---------------------------------	--

podem perguntar como a pessoa se sente na consecução da mesma, transmitindo-lhe confiança. Se a pessoa expressar que se sente confiante na realização da tarefa específica procura concretiza-la com motivação. Se a pessoa se sente moderadamente confiante, é provável que a vá tentar realizar. Mas se a pessoa expressa falta de confiança na sua capacidade a probabilidade é de que não a irá executar, sugerindo que a atividade é provavelmente muito difícil e requer um reajuste. Dominar uma tarefa definida é uma conquista e melhora a confiança na habilidade. A intervenção do enfermeiro é incentivar, motivar, procurar o sucesso das pessoas por mais pequeno que seja.

Processos de pensamento negativo tornam difícil para os enfermeiros envolver as pessoas para a autogestão, pelo que, explorando as crenças de cada pessoa pode ajudar a assumir um papel ativo na sua reabilitação. A teoria do comportamento planeado remete para os processos de pensamento e sua influência na autogestão. Inclui a atitude em relação a um comportamento específico, a norma subjetiva (por exemplo, ideias da família ou amigos), o controle comportamental percebido (dificuldades percebidas que levam a determinado comportamento) e a intenção (Ajzen 1991).

Se a pessoa em situação de AVC têm uma atitude negativa para a reabilitação, interage com pessoas/família que a encaram dessa forma e, sente que tem pouco controle sobre a sua recuperação, pode não querer participar na reabilitação. Promover a autogestão eficaz no AVC implica que os enfermeiros entendam as atitudes, crenças e pensamentos da pessoa sobre sua condição e recuperação. Ao ouvirem ativamente e encorajarem as pessoas a expressar as suas preocupações e crenças, permitem o seu envolvimento e aprendizagem na participação ativa do seu tratamento e reabilitação. Para tal, os enfermeiros devem envolver os membros da família e amigos ouvindo as suas crenças e preocupações, bem como fornecer informações claras, adaptadas, compreensíveis, criando oportunidades para que as pessoas, em situação de AVC, possam desenvolver estratégias que permitam a autogestão.

O modelo de autorregulação do senso comum de Leventhal et al (1984) oferece um plausível quadro para explorar as crenças das pessoas, embora não seja muitas vezes utilizado no contexto de autogestão (Hale et al 2007).

Os seres humanos são naturalmente solucionadores de problemas, cujos pensamentos são moldados pela sua educação, a cultura e experiências, Daí que os pensamentos tanto da pessoa como do enfermeiro possam diferir embora sejam semelhantes, o que se pode dever às diferentes formas de comunicação possíveis. Leventhal et al (1984) sugeriram que as pessoas processam os seus pensamentos sobre saúde e problemas de doença por meio de dois caminhos separados (domínio cognitivo e crenças emocionais), mas relacionados para atingir o equilíbrio e sentir-se confortáveis nas suas crenças. Os enfermeiros podem fazer perguntas simples usando os cinco domínios cognitivos (identidade, dimensão temporal, causa da doença, consequências e possibilidade de cura/controlar) e crenças emocionais ou subjetivas (medo, ansiedade, depressão) como forma de avaliar a aplicabilidade das estratégias adotadas ou estabelecer a forma como cada pessoa encara a situação de AVC e sua reabilitação. A contínua reavaliação destes cinco domínios cognitivos e crenças emocionais fornece uma indicação se os procedimentos de enfrentamento escolhidos estão a ajudar a manter um equilíbrio no pensamento. Ambos permitem à pessoa conceber

	<p>um plano de enfrentamento/coping e como aceita as orientações dos enfermeiros.</p> <p>Assim, são variados os desafios para os enfermeiros na promoção da autogestão após AVC. Precisam ter maior sensibilidade às crenças da pessoa em situação de AVC para otimizar a autogestão e reabilitação (McKevitt et al 2004), para tal, são necessários recursos para a formação dos profissionais em estratégias de autogestão e para suportar continuamente a sua manutenção e eficácia. Investir na formação em autogestão, pode ser rentável, a longo prazo, beneficiando não só pessoa em situação de AVC como a sua família pela maximização da independência, prevenção da recorrência do mesmo e melhoria da utilização efetiva dos serviços de saúde. Joice et al (2007), demonstraram que enfermeiros e utentes apresentam crenças diferentes sobre a situação de AVC, por exemplo, os enfermeiros relataram que fumar era uma das principais causas de AVC enquanto os utentes destacam o <i>stress</i> como fator. Se uma pessoa em situação de AVC acredita que fumar alivia o <i>stress</i> então é pouco provável que abandone este hábito.</p> <p>O National Clinical Guideline for Stroke (Royal College of physicians Intercollegiate Stroke Working Parry, 2008) reconhecem que a cognição desempenha um papel importante na recuperação da pessoa, definindo a autoeficácia, locus de controlo e autoconfiança como "aspecto não-motor de reabilitação". Estas orientações sugerem que pessoas em situação de AVC devem ser capacitadas por meio de treino de habilidades de autogestão, como resolução ativa de problemas e definição de metas individuais.</p> <p>Kalra et al (2001) sugeriu que as atitudes e incentivo da equipa interdisciplinar, ao cuidar de uma pessoa em situação de AVC, podem estar correlacionados com a sua reabilitação.</p> <p>As evidências sugerem que o cuidado pode ser moldado pelas crenças e atitudes próprias dos enfermeiros (Becker e Kaufman 1995, Hamrin 2006), no entanto, estes tendem a supor que as suas avaliações são objetivas (Molzhan e Northcott 1989). Assim, os enfermeiros precisam reconhecer e compreender as suas próprias crenças e atitudes em relação ao AVC e sua reabilitação. Por exemplo, as informações dadas pelos profissionais de saúde são muitas vezes diferentes do que as pessoas em situação de AVC realmente querem (Choi-Kwon et al 2005, Wachters-Kaufman et al 2005).</p> <p>Possibilitar a autogestão nas pessoas em situação de AVC é complexo na medida em que implica viver com as incapacidades resultantes do mesmo, a longa reabilitação e a possibilidade de recorrência do AVC. Trata-se conjugar o fornecer de informação, apoio e educação sobre a mudança de comportamento, reconhecendo as crenças, atitudes e cognições das pessoas em situação de AVC, o seu círculo social e os profissionais de saúde que as cuidam.</p>
<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</b>	VI (Melnik & Fineout-overholt, 2005)

ANEXO IV

FICHA DE LEITURA RELATIVA À ANÁLISE DO ARTIGO

“Experiences of poststroke fatigue: qualitative meta-synthesis”

FICHA DE LEITURA

<b>TÍTULO</b>	<b>Experiences of poststroke fatigue: qualitative meta-synthesis</b>
<b>AUTORES</b>	Eilertsen G.; Ormstad H; Kirkevold M. (2013) Experiences of poststroke fatigue: qualitative meta-synthesis. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 69(3) pp.514–525.
<b>MÉTODO</b>	Meta-síntese qualitativa interpretativa
<b>OBJECTIVOS</b>	Interpretar e sintetizar experiências de cansaço após uma situação de AVC com o objetivo de orientar novas práticas e novas pesquisas
<b>PARTICIPANTES</b>	Uma pesquisa assistida por computador em PubMed, CINAHL, PsycINFO e Embase foi efetuada até abril de 2012. Realizou-se uma meta-síntese interpretativa qualitativa de 137 artigos identificados (inicialmente identificados 167 mas 30 estavam repetidos nas bases de dados), 12 foram incluídos. Estes exploram as experiências de cansaço pós AVC de 229 participantes (114 homens e 115 mulheres), com idades entre 30-94 anos dos EUA e Europa. Os critérios de inclusão foram: escrito em Inglês, desenho qualitativo; que sejam segundo as perspectivas das pessoas em situação AVC
<b>INTERVENÇÕES</b>	O processo de análise foi constituído por cinco etapas. Inicialmente foram extraídas citações diretas que descreviam as experiências de cansaço após uma situação de AVC para um formulário criado para o efeito. Para validar estas citações foi realizada uma análise independente por cada crítico, quando ocorriam diferenças procuravam resolvê-las através de discussão e consenso, se não fosse possível eram excluídos. Em segundo lugar, o texto extraído foi analisado para identificar as unidades de significado que refletissem as diferentes formas como as pessoas em situação de AVC têm experimentado o cansaço. O terceiro passo é uma versão abreviada das unidades de significado. No quarto passo, em todos os estudos as unidades de significado foram exploradas por semelhanças e diferenças sendo categorizadas em temas e subtemas. Para finalizar foram analisadas potenciais áreas de viés, com as diferenças a serem determinadas com retorno aos estudos primários. Todas as etapas nas análises foram realizadas independentemente por cada revisor que continuamente debateram as suas conclusões para chegar a um consenso e validar, sendo feitas pequenas alterações.
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	Este estudo sintetiza resultados qualitativos das experiências de cansaço das pessoas em situação de AVC com o objetivo de orientar novas práticas e novas pesquisas. Staub e Bogousslavsky (2001) descrevem o cansaço como uma "experiência subjetiva, complexa, que reflete a interação da pessoa com o meio ambiente" e sustentam que "difícil de definir e estudar, pois pode ser independente de aspetos objetivos ou comportamentais". Tyrrell e Smithard (2006) afirmam que "não existe uma definição exata de cansaço, por causa da subjetividade inerente". Dittner et al (2004) referem-se a cansaço como "o estado de cansaço após um período de esforço, físico ou mental, caracterizada por uma

diminuição da capacidade de trabalho e reduzida eficiência de responder a estímulos”.

Definir o cansaço pós-AVC (PSF) é um desafio, pois representa uma complexa interação de fatores biológicos, psicossociais e fenômenos comportamentais (Aaronson et al., 1999). Bogousslavsky (2002) definiu-o como uma diminuição reversível ou perda de habilidades associadas a uma sensação acrescida de tensão física ou mental, mesmo sem esforço visível, devido a um sentimento esmagador de fadiga o que leva a uma incapacidade de manter ou sustentar mesmo as atividades de rotina. O cansaço pós AVC, seja cognitivo e/ou físico, frequentemente surge como um obstáculo para voltar ao trabalho ou a outras atividades de vida diárias, qualidade de vida e reabilitação, especialmente durante o primeiro ano após a situação de AVC (Ingles et al., 1999, Staub e Bogousslavsky 2001, Glader et al. 2002).

O cansaço após a situação de AVC tem sido encontrado em vários estudos como uma dificuldade comum e angustiante experimentada pelas pessoas. Surge como um fenômeno complexo, subjetivo e o seu conhecimento na perspectiva da pessoa é limitado. Importa reconhecer o cansaço após a situação de AVC, as suas implicações na vida da pessoa, pois cada uma apresenta diferentes abordagens para o enfrentar bem como estratégias para gerir as consequências do mesmo.

Foram identificados três temas principais da experiência de cansaço pós-AVC. Em primeiro lugar, cinco características foram identificadas e interpretadas como nucleares, as características fundamentais da experiência de cansaço pós-AVC (1. Falta de energia para realizar atividades; 2. Necessidade anormal para sono de longa duração; 3. Cansaço fácil pela atividade e anormal necessidade de sesta ou descanso; 4. Sentimentos imprevisíveis de cansaço sem explicação; 5. Aumento da sensibilidade ao stress), as quais não parecem ser influenciadas pelo contexto. Foram identificadas duas características adicionais (1. Experiência de cansaço como uma disfunção oculta – invisibilidade complicada; 2. Uma condição indefinida – falta de conhecimento), interpretadas como sendo mais sensíveis ao contexto e que parecem impedir o reconhecimento e comprometer as estratégias de enfrentamento. Em segundo lugar, verificou-se que o reconhecimento do cansaço pós-AVC pelas pessoas/famílias em situação de AVC foram importantes para a experiência do cansaço pós-AVC e parece ser um tema consistente em todos os estudos e interpretado como tendo um importante impacto no terceiro tema identificado, ou seja, em lidar com o cansaço pós-AVC. Neste, dois principais padrões foram identificados: lutar para lidar com o cansaço e outro considerar a sua existência. O não reconhecimento do cansaço pós AVC compromete o processo de lidar com a mesma e invoca sofrimento emocional adicional.

Considerando os dois principais padrões para enfrentar o cansaço pós AVC. Um remete para as descrições de pessoas que lutam para lidar com o cansaço, estes participantes muitas vezes resistem dormindo e descansando menos do que consideram necessário, mencionam o cansaço como uma das principais fontes de sofrimento emocional adicional, frustração e culpa. A falta de reconhecimento das pessoas/famílias surge como um fator dificultador para lidar com o cansaço pós AVC. Relativamente ao outro padrão, as pessoas consideram o cansaço como existente e procuram ajustar-se a essa situação mudando as suas atitudes, expectativas e os seus pontos de vista sobre que atividades serão apropriadas. Algumas pessoas

	<p>começaram a adaptar-se aos sintomas de cansaço, alterando e reordenando as suas prioridades, diminuindo o seu nível de atividade em certas áreas que anteriormente eram consideradas como importantes. Outros identificaram novas atividades em substituição das realizadas antes da situação de AVC. Referem ainda adaptações às atividades de participação social, tais como a limitação do tempo de estar com outros e o tamanho dos grupos, incorporando a gestão de períodos de descanso na programação diária. Estas pessoas e famílias tiveram um maior grau de reconhecimento da situação de cansaço pós AVC. Enfatizaram que a flexibilidade, suporte e expectativas da família foram importantes na forma de lidar com o cansaço, contrastando com o outro padrão descrito anteriormente.</p> <p>É crucial que os enfermeiros cedo reconheçam o cansaço pós AVC como um distinto e possível fenómeno perturbador que pode eventualmente ser uma parte do percurso da doença. Para identificar o cansaço pós-AVC, os enfermeiros devem adquirir e transmitir conhecimento sobre as suas características principais. Além disso, deve haver uma consciência do invisível e da natureza incompreensível do mesmo bem como as suas consequências. As pessoas que o enfrentam podem sentir falta de reconhecimento quando estão a lidar com a situação e podem sentir frustração e culpa, em contraste com aqueles que experimentam apoio e compreensão.</p> <p>Além disso, é importante que as pessoas após a situação de AVC e suas famílias sejam informadas sobre a prevalência e as características do cansaço pós-AVC. Uma possível consequência do seu não reconhecimento é a não mobilização das estratégias para o enfrentar. Proporcionando mais conhecimento provavelmente vai ajudar pessoas/famílias em situação de AVC a adquirir um sentido mais realista do cansaço, evitar encargos adicionais e, assim, facilitar a forma como o encaram, por exemplo, gerindo períodos de atividade e repouso como uma possível estratégia.</p> <p>Existe necessidade de uma compreensão mais profunda sobre a experiência de cansaço em toda a trajetória da doença, incluindo os fatores que podem influenciar a experiência de cansaço, incluindo sexo, idade, situação familiar e cultural.</p>
<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA</b>	I (Melnyk & Fineout-overholt, 2005)

ANEXO V

FICHA DE LEITURA RELATIVA À ANÁLISE DO ARTIGO

“Eating difficulties among patients 3 months after stroke in relation to the acute phase”

FICHA DE LEITURA

<b>TÍTULO</b>	<b>“Eating difficulties among patients 3 months after stroke in relation to the acute phase”</b>
<b>AUTORES</b>	Medin J.; Windahl J.; Von Arbin M.; Tham K.; Wredling R. (2012). Eating difficulties among patients 3 months after stroke in relation to the acute phase. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 68(3), pp. 580–589.
<b>MÉTODO</b>	Longitudinal e comparativo
<b>OBJECTIVOS</b>	Comparar as dificuldades alimentares entre as pessoas 3 meses após o AVC em relação à fase aguda.
<b>PARTICIPANTES</b>	Foram incluídos num follow-up 3 meses após a situação de AVC, de março de 2007 a junho de 2008, 36 de 50 pessoas com AVC apresentando 2-7 dificuldades alimentares. A idade média dos participantes (58% mulheres) foi de 74,5 anos (dos 40-88 anos).
<b>INTERVENÇÕES</b>	As dificuldades foram detetadas utilizando um protocolo estruturado de observação de refeições. Além disso, a gravidade do AVC, estado funcional, negligência unilateral, bem-estar psicológico, estado nutricional e oral foram avaliados. O tempo para a primeira avaliação, na fase aguda, foi feito numa média de 5 dias após o AVC (dos 3-12 dias). A segunda, 3 meses após o AVC, numa média de 98 dias após o AVC (dos 77-114 dias).
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	As dificuldades alimentares podem ocorrer como consequência após uma situação de AVC. Poucos estudos se centram nas dificuldades alimentares nos primeiros 3 meses após a ocorrência do mesmo. Há necessidade de um maior conhecimento sobre o desenvolvimento de dificuldades alimentares, a fim de otimizar os cuidados de enfermagem e detetar possíveis consequências sociais e funcionais. Dificuldades alimentares são, de acordo com Westergren et al (2001) definidas como aquelas que por si só ou em combinação podem interferir negativamente com a preparação e ingestão de alimentos. São exemplos de dificuldades no processo de comer, após a situação de AVC, manter a posição sentada durante a refeição, problemas com a gestão de alimentos sobre o prato e transportar a comida para a boca (Jacobsson et al., 1996, McLaren & Dickerson 2000). Estas dificuldades têm sido descritas com sentimentos de vergonha e desconforto, medo de aspiração e sentir-se dependente dos outros (Jacobsson et al., 2000). Três meses após a situação de AVC as dificuldades alimentares foram experienciadas como uma luta pelo controle para comer em segurança, adequadamente e, por vezes, as atividades sociais eram evitadas (Medin et al. 2010). O objetivo deste estudo era comparar dificuldades alimentares entre pessoas 3 meses após a situação de AVC em relação à fase aguda. Resultados estatisticamente relevantes de melhoria foram observados entre os 3 primeiros meses após a situação de AVC em algumas das habilidades alimentares, severidade do AVC, estado funcional, estado alimentar (resultado total) e neglet unilateral. Em contraste, o estado oral, bem-estar

psicológico e a maioria das dificuldades observadas na alimentação permaneceram iguais ou até se deterioraram.

A proporção de participantes que tinha dificuldades com a “posição sentada”, “conseguir gerir comida no prato” e “manipular a comida na boca” decresceu significativamente desde a fase aguda até aos 3 meses após o AVC. Em comparação com a fase aguda, uma maior proporção dos participantes teve consumos insatisfatórios de comida 3 meses após a situação de AVC. “Alerta reduzido”, “velocidade de comer anormal” e dificuldades em “transportar comida para a boca”, “abrir e fechar a boca” e “deglutir” permaneceram proporcionalmente sem alterações.

Melhorias foram mostradas em quase todas as funções físicas, mas o bem-estar psicológico permanecia inalterado desde a fase aguda a 3 meses após a situação de AVC. Relativamente a este aspeto poderão existir outras maneiras de interpretar os resultados, mas, primeiro, a não existência de melhorias no bem-estar poderá ser parcialmente explicada pelas dificuldades alimentares porque está provado serem um indicador da qualidade de vida (QoL) 6 meses após o AVC (Perry&McLaren 2004). Adicionalmente, obstáculos na realização das atividades diárias, incluindo alimentação, foram negativamente associadas com a saúde subjetiva (Pajalic et al. 2006). Talvez melhorias no bem-estar possam ocorrer mais tarde que 3 meses. Noutro estudo, melhorias no QoL ocorreram entre 4-16 meses após a situação de AVC, não obstante o fato que os participantes reconheciam as suas capacidades físicas como piores (Jonsson et al. 2005). Outra explicação poderá ser que o aumento da auto consciencialização das deficiências melhora no primeiro ano após o AVC (Tham et al. 2000, Ekstam et al. 2007) e quando as pessoas encaram as suas deficiências, começam a aperceber-se das consequências a longo prazo das mesmas (Tham et al. 2000), o que pode interferir com o bem-estar. No entanto, um estudo holandês recentemente publicado revela que 43% das pessoas reconheceu um deteriorar do QoL 1 ano após a situação de AVC em comparação com o seu valor antes do mesmo (Muus et al. 2010).

Apesar do tamanho limitado da amostra, as restantes dificuldades alimentares nos 3 meses após o AVC sugerem a necessidade de repetidas observações estruturais das refeições entre as pessoas com dificuldades alimentares. Embora melhorias físicas pudessem ser observadas aos 3 meses após o AVC, deve ser dada atenção ao nível de bem-estar psicológico entre este grupo de pessoas.

Estes resultados sugerem a necessidade de repetidas e estruturadas observações de refeições, a fim de detetar pessoas com dificuldades alimentares para prevenir possíveis consequências sociais e funcionais. Fatores além da função física como o bem-estar psicológico devem ser tidos em consideração relativamente a avaliação das dificuldades alimentares das pessoas após a situação de AVC.

A possibilidade de generalizar os resultados deste estudo é restrita no sentido em que a amostra consistia apenas em pessoas com dificuldades alimentares relacionadas com a situação de AVC. A força deste estudo foi a observação sistemática, em cada participante, das refeições com uma proporção padrão em dois pontos temporais com o mesmo observador. Deve ser notado que há sempre o risco de viés pelo fato de ser um estudo através de observação (Polit & Beck 2004). No entanto, a observação pode ser um método apropriado na medida em que algumas das pessoas observadas em

		outros estudos não tinham conhecimento ou/e negavam a existência dos seus problemas alimentares (Axelsson 1988, Axelsson et al. 1989), podiam então passar despercebidos nas entrevistas (Axelsson 1988).
<b>NÍVEL EVIDÊNCIA</b>	<b>DE</b>	VI (Melnyk & Fineout-overholt, 2005)