



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**



3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM REABILITAÇÃO NA ATIVIDADE BÁSICA DE VIDA DIÁRIA VESTUÁRIO
DA PESSOA COM ALTERAÇÃO DA MOBILIDADE DECORRENTE DE
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

CATARINA MAÇARICO CARVALHO PEREIRA ALVES

Santarém, abril, 2015



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM



3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO II E RELATÓRIO

**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM REABILITAÇÃO NA ATIVIDADE BÁSICA DE VIDA DIÁRIA VESTUÁRIO
DA PESSOA COM ALTERAÇÃO DA MOBILIDADE DECORRENTE DE
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Relatório de estágio apresentado para obtenção do grau de Mestre
em Enfermagem de Reabilitação

CATARINA MAÇARICO CARVALHO PEREIRA ALVES

Aluna: 110430006

ORIENTADOR: MESTRE JOAQUIM SIMÕES

Santarém, abril, 2015

PENSAMENTO

“Senhor, dai-me a serenidade de aceitar o que não posso mudar, a coragem de mudar o que posso e a sabedoria para reconhecer a diferença.”

Gilbert Heith Chersterton

AGRADECIMENTOS

Ao professor Joaquim Simões, orientador deste trabalho, pelo seu empenho, disponibilidade e atenção demonstrada.

Aos enfermeiros cooperantes de estágio, por toda a disponibilidade e ajuda, contributos para o sucesso do meu percurso.

Ao meu marido e filhos, por todo o apoio e carinho, o que me deu força para superar os obstáculos e a distância que tivemos de enfrentar.

A todos aqueles que não foram mencionados e de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

A todos, os meus sinceros agradecimentos.

ABREVIATURAS E SIGLAS

APER - Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação

AV – Atividade de Vida

AVD – Atividade de Vida Diária

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diárias

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DGS – Direção-Geral da Saúde

DR – Diário da República

ed. – edição

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

Et al – e outros

MeSH – *Medical Subject Headings*

nº - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – página

PICO – População Intervenção Comparação *Outcome*

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

RESUMO

Tema: O enfermeiro especialista em reabilitação e as intervenções desenvolvidas com a pessoa com AVC, maximizando as suas capacidades funcionais, em particular na ABVD vestuário, tendo em vista a qualidade de vida, reintegração e participação social.

Questão de investigação: *“De que forma a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação contribui na reacquirição da autonomia na ABVD vestuário da pessoa adulta com afeção neurológica decorrente de AVC?”*

Objetivos: Demonstrar as competências do enfermeiro especialista em reabilitação no processo de cuidados à pessoa com AVC; evidenciar as aprendizagens realizadas a partir de um processo formativo, de pesquisa e reflexão sobre a prática clínica no estágio.

Metodologia: Recorreu-se à prática baseada na evidência, no sentido de analisar o conhecimento mais actualizado sobre esta temática, identificado a partir da metodologia PICO. O processo de pesquisa foi realizado através da *EBSCOhost Web* tendo-se seleccionado as bases de dados: *CINAHL Plus with full text* e *MEDLINE with Full text e a Nursing and Allied Health Collection: Basic*. Dos 7 artigos encontrados, apuraram-se 4 artigos para analisar de acordo com os critérios de inclusão/exclusão; após leitura integral, seleccionaram-se os 3 artigos para análise mais relevantes para o nosso trabalho.

Principais conclusões: O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação poderá ter um papel preponderante na capacitação e maximização das capacidades funcionais da pessoa com AVC. A pessoa com AVC beneficia com a implementação precoce de cuidados de enfermagem de reabilitação, em conjunto com a equipa interdisciplinar e a sua família. O treino para o vestuário, associado a alguns produtos de apoio, consegue compensar significativamente a limitação motora, com ganhos para a autonomia e auto-estima da pessoa com AVC.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; AVC; Atividades de vida diária.

ABSTRACT

Theme: The specialist nurse in rehabilitation and the interventions developed with the person with stroke, maximizing their functional capabilities, particularly in the Basic Activity of Daily Living clothing, considering the quality of life, reintegration and social participation.

Research question: *“How the intervention of Nurse Rehabilitation Nursing Specialist contributes to the reacquisition of autonomy in ABVD adult attire with neurological impairment due to stroke?”*

Objectives: Demonstrate the skills of the specialist nurses in the rehabilitation process of care to the person with stroke; evidence the learning performed from a formative process of research and reflection on practice on stage.

Methodology: Is used evidence-based practice, in order to analyze the most updated knowledge on this subject, identified from the PICO methodology. The research process was conducted through the *EBSCOhost Web* having been selected databases: *CINAHL Plus with full text and MEDLINE with Full Text and the Nursing and Allied Health Collection: Basic*. Of 7 articles found, ascertained by 4 articles to analyse according to the criteria for inclusion/exclusion; after full reading, is selected the 3 most relevant articles for analysis to our work.

Main conclusions: The nurse specialist in rehabilitation nursing may have an important role in capacity and maximize the functional capabilities of people with stroke. The person with stroke benefits from the early implementation of rehabilitation nursing care, in conjunction with the interdisciplinary team and his family. Training for clothing, associated with some supporting products, can significantly compensate for the motor limitation, with gains for the autonomy and self-esteem of the person with stroke.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Stroke; Activities of daily living.

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	9
1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA TEMÁTICA	14
1.1 - ALTERAÇÕES DECORRENTES DA SITUAÇÃO DE AVC COM INFLUÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO DA ABVD VESTUÁRIO.....	14
1.1.1 – Alterações nas funções motoras.....	16
1.1.2 – Alterações a nível prático/cognitivo.....	18
1.1.3 – Alterações na percepção.....	19
1.1.4 – Alterações no comportamento.....	20
1.1.5 – Alterações na linguagem.....	21
1.2 - AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO.....	21
2 - METODOLOGIA DE PESQUISA COM RECURSO ÀS BASES DE DADOS CIENTÍFICAS	30
3 - ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ENSINO CLÍNICO	32
3.1 – CONTEXTO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM LESÃO NEUROLÓGICA TRAUMÁTICA.....	33
3.2 – CONTEXTO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM LESÃO NEUROLÓGICA NÃO TRAUMÁTICA.....	39
3.3 – CONTEXTO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA/FAMÍLIA NA COMUNIDADE (COMPONENTE OPCIONAL)	49
4 – PRINCIPAIS CONCLUSÕES DA PRÁTICA EM ENSINO CLÍNICO	56
5 – BIBLIOGRAFIA	58
ANEXOS	62
Anexo I – Critérios de inclusão/exclusão de artigos.....	63
Anexo II – Tabela com os resultados do cruzamento dos descritores na base de dados.....	65

Anexo III – Artigos selecionados para o relatório.....	67
Anexo IV – Tabelas de análise por artigo.....	105
Anexo V – Projeto individual de estágio em contexto de pessoa/família com alterações neurológicas traumáticas	109
Anexo VI – Projeto individual de estágio em contexto de pessoa/família com alterações neurológicas não traumáticas.....	128
Anexo VII – Folha de “Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação”.....	147
Anexo VIII – Projeto “Preparação do regresso a casa da pessoa com AVC e seu cuidador”	150
Anexo IX – Apresentação do projeto “Preparação do regresso a casa da pessoa com AVC e seu cuidador” à equipa de enfermagem.....	161
Anexo X – Projeto individual de estágio em contexto de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família na comunidade.....	169

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares constituem, segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2013), a causa de morte mais relevante em toda a Europa, sendo mais relevante o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e o acidente vascular cerebral (AVC).

O AVC é o responsável a nível global por 10% de todas as mortes, sendo em Portugal também a principal causa de morte, de dependência e de incapacidade (Sá, 2009).

Nas últimas duas décadas, tem ocorrido uma progressiva diminuição das taxas de mortalidade, fenómeno atribuído à vertente preventiva (promovendo a adoção de hábitos de vida saudáveis) e à melhoria no diagnóstico e correção dos fatores de risco modificáveis como a hipertensão arterial ou a dislipidémia (DGS, 2013).

Porém, a taxa de mortalidade ainda permanece elevada. A maioria das pessoas com AVC sobrevive à fase aguda da doença, em parte, graças aos avanços no tratamento e assistência por equipas vocacionadas. No entanto, a sobrevivência à doença pode originar um número elevado de pessoas com problemas funcionais/sequelas, bem como a existência de comorbilidades. As incapacidades e desvantagens que o AVC provoca conduzem a diversas modificações significativas na vida das pessoas, das suas famílias e das próprias sociedades.

A população, no geral, tem aumentado as expectativas relativamente à manutenção da saúde, sendo a Reabilitação cada vez mais importante na sociedade, quer pela expectativa pessoal, social e/ou económica. A Reabilitação torna-se eficaz na redução da sobrecarga da incapacidade e na potenciação das oportunidades de vida para as pessoas incapacitadas, pois a ênfase está voltada para o restabelecimento da independência da pessoa ou recuperação do seu nível de função pré-lesão ou pré-incapacidade. De acordo com (Gutenbrunner, Ward, Chamberlain, 2009), os custos envolvidos são frequentemente iguais ou inferiores aos necessários e assumidos pelos serviços de saúde.

A Reabilitação enquanto área especializada tem por objetivo reduzir a incapacidade provocada pela doença aguda, crónica ou as suas sequelas, de modo a maximizar o seu potencial funcional e independência, prevenir as complicações e permitir a participação na sociedade; abrange um vasto grupo de profissionais distintos, porém com áreas comuns de interesse para a respetiva intervenção. Na Reabilitação, deverá

considerar-se o contexto pessoal, cultural e ambiental da pessoa e a sua prática desenvolve-se em diversos contextos, desde as unidades de cuidados agudos, aos centros de reabilitação até aos contextos comunitários.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação identifica as necessidades de intervenção, de modo a assegurar a manutenção das capacidades funcionais, prevenir complicações e evitar incapacidades, bem como proporcionar intervenções que visem melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida (Regulamento nº 125/2011, de 18 de fevereiro). Trata-se do profissional que interage e capacita a pessoa, no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades, para regressar o mais rapidamente para a sua casa/família, com o máximo possível de autonomia, para as suas relações de vizinhança e acesso aos espaços da sua comunidade, mantendo o gosto pelo seu vestuário habitual, por vezes com algumas adaptações, mantendo sempre que possível as suas rotinas/hábitos anteriores.

De acordo com o planeamento do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (CMER), que inclui o Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação (CPLEER), surge a Unidade Curricular Estágio II e Relatório que tem como finalidade “Promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área da especialização do conhecimento em enfermagem numa perspectiva de aprendizagem ao longo da vida, através da auto-formação e reflexividade sobre a prática” (Escola Superior de Saúde de Santarém [ESSS], 2011).

O presente relatório, que será objeto de apreciação e discussão pública, pretende revelar as aprendizagens efetivadas através de um processo formativo de pesquisa sistemática e de reflexão em contexto da prática clínica, numa perspetiva de Enfermagem Avançada (ESSS, 2011).

Trata-se de um documento referente ao Estágio II, que foi realizado em contextos/serviços de pessoas com alterações neurológicas (traumáticas e não traumáticas) e outras específicas de enfermagem de reabilitação, quer em âmbito hospitalar, quer na comunidade. Foi um percurso realizado concretamente no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (de 4 de março a 19 de abril de 2013), no Serviço de Medicina 4 (Unidade de Homens), no Hospital Distrital de Santarém (de 22 de abril a 17 de maio de 2013) e no ACES Médio Tejo, na UCC do Centro de Saúde do Entroncamento (de 27 de maio a 21 de junho de 2013).

A seleção dos locais de estágio adveio do facto de abranger diferentes contextos de cuidados de reabilitação, de serem serviços com boas referências na comunidade e onde os

enfermeiros com especialização em reabilitação prestam cuidados de qualidade, procurando dar resposta às nossas opções e expectativas pessoais.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), um dos objetivos do processo de reabilitação é capacitar a pessoa para o autocuidado, entendido como “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 actividades de vida (...). O termo actividades de vida diária (AVD) refere-se, no contexto da reabilitação, ao conjunto de actividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia”, podendo-se dividir em dois grupos: o cuidado pessoal ou Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVD) e atividades domésticas e comunitárias ou Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), (OE, Parecer nº12/2011).

Podendo-se considerar ABVD, a atividade que se refere à função e estruturas do corpo envolvidas, bem como as atividades e participação para a sua execução, nomeadamente: a Higiene pessoal; o Controlo da eliminação vesical e intestinal e uso de sanitários; o Vestuário; a Alimentação; a Locomoção e a Transferência. As AIVD vão referir-se à capacidade da pessoa para gerir o ambiente onde se encontra inserido, surgindo: preparar refeições; fazer tarefas domésticas; lavar roupa; gerir dinheiro; tomar medicamentos; usar o telefone; fazer compras e utilizar os meios de transporte (OE, Parecer nº12/2011).

O treino de AVD faz parte do processo de reabilitação conduzido pelo enfermeiro especialista nessa área, no sentido de proporcionar à pessoa a oportunidade de adquirir o máximo de funcionalidade possível após um acidente ou doença, pelo treino de capacidades e/ou através de estratégias adaptativas, com produtos de apoio (Regulamento nº 125/2011, 18 de fevereiro).

Surgiram distintas situações de experiência com pessoas com lesões neurológicas (traumáticas e não traumáticas) vivenciadas no Estágio II, constatando-se diferentes realidades, onde se encontram pessoas com alterações neurológicas em diferentes estádios. Porém, verificamos que em todos estes contextos existiu uma preocupação comum demonstrada pelo enfermeiro especialista em reabilitação: a preparação para as AVD's, podendo-se destacar a **ABVD Vestuário**. Por este motivo, por também ser uma preocupação já existente no nosso contexto de trabalho e uma área de interesse mútuo, a temática selecionada para a elaboração deste relatório refere-se à intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação com a pessoa com lesão neurológica não

traumática, especificamente em situação de AVC, pois ocorreu a possibilidade de o vivenciar nos três diferentes contextos de estágio.

De acordo com a OE, a ABVD Vestuário, enquadra-se no pretendido, pois o vestuário, enquanto termo refere-se a: “Ir buscar as roupas ao armário, bem como vestir: roupas íntimas, roupas externas, apertar botões, fechos e cintos, calçar meias e sapatos” (OE, Parecer nº12/2011:2).

Ao enfermeiro especialista de reabilitação são atribuídas competências específicas que lhe permitem tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa (Regulamento nº 125/2011, 18 de fevereiro). Ao interagir com a pessoa com AVC, concebe, implementa e avalia planos e programas/atividades, que permitem maximizar as suas capacidades funcionais na ABVD vestuário, tendo em vista a qualidade de vida, reintegração e a participação na sociedade.

Enquanto enfermeiro especialista deve desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, promovendo a melhoria contínua da qualidade, gerindo os cuidados, otimizando os recursos às situações e contextos, visando a otimização da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 122/2011, 18 de fevereiro).

A prática de cuidados de reabilitação teve como uma fonte de influência para a abordagem do assunto, o modelo teórico de Roper, Logan e Tierney. Permitiu ajudar na estrutura, a mobilizar e valorizar aspetos reais para justificar a temática. Os componentes principais são as atividades de vida e as atividades da vida diária (AVD), enquadradas num *continuum* de dependência-independência, a que posteriormente faremos referência para justificar a temática.

Assim, este relatório tem como objetivos:

- Enquadrar as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no processo de cuidados à pessoa/família com alterações decorrentes de AVC, nomeadamente no âmbito da temática selecionada;
- Demonstrar o desenvolvimento de competências adquiridas no decorrer das experiências vividas na prática de enfermagem especializada em reabilitação;
- Analisar a prática de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, baseada na evidência, com recurso à revisão sistemática da literatura;
- Refletir criticamente sobre o contributo das experiências vivenciadas para a importância da consciencialização das competências da prática especializada em enfermagem de reabilitação.

Estruturalmente, o documento encontra-se dividido em duas partes: na primeira parte, é realizado o enquadramento teórico, que diz respeito à contextualização da problemática em estudo. Na segunda parte, é efetuada uma análise das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, enquadrando a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica (metodologia PICO) e procurando estabelecer uma ligação prática e objetiva entre a mesma e a experiência concreta vivenciada em contexto cuidativo.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA TEMÁTICA

Neste capítulo, faremos uma breve revisão da literatura referente à temática selecionada para elaboração do relatório. Serão abordadas as principais alterações decorrentes na pessoa com lesão neurológica, especificamente no AVC. Posteriormente, referenciamos as competências do enfermeiro especialista em reabilitação e as intervenções desenvolvidas por este ao interagir com a pessoa com AVC, que permitem maximizar as suas capacidades funcionais, visando a manutenção da qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade, tendo como uma fonte de influência para a abordagem do assunto o modelo teórico de Roper, Logan e Tierney.

No mesmo, as atividades de vida (AV) representam tudo o que uma pessoa faz durante um dia, num *continuum* de dependência-independência, sendo também o modelo usado na nossa instituição, ajustando-se bem a esta situação, pois na reabilitação não é só capacitar para a independência ou máximo de funcionalidade possível, é também ajudar a pessoa até o conseguir, quer seja através de estratégias adaptativas, quer seja com produtos de apoio.

1.1 – ALTERAÇÕES DECORRENTES DA SITUAÇÃO DE AVC COM INFLUÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO DA ABVD VESTUÁRIO

O AVC é uma doença neurológica que surge como resultado de uma diminuição súbita do aporte de sangue a uma determinada região do cérebro. Poderá ter como origem o “entupimento” de uma artéria cerebral, ficando impossibilitada a chegada de sangue a essa região do cérebro (AVC isquémico) ou o “rompimento” de uma artéria (AVC hemorrágico). É uma situação de urgência médica e, em Portugal, é a primeira causa de morte (Portal da Saúde, 2012).

Para a European Stroke Organisation (ESO) (Organização Europeia do AVC), este pode ser classificado em dois tipos principais: o isquémico e o hemorrágico. O isquémico é o mais frequente, ocorre em aproximadamente 87% dos casos, sendo o resultado de uma obstrução dentro de um vaso sanguíneo que fornece sangue ao cérebro. A condição básica

para este tipo de obstrução é o desenvolvimento de depósitos de gordura que revestem as paredes dos vasos (ESO, 2011).

O AVC é identificado nos indivíduos de forma distinta, devido aos diferentes tipos que existem e às diferentes zonas afetadas, bem como os fatores de risco presentes em cada pessoa e com a sua saúde antes (ESO, 2011). Pode ser hemorrágico ou isquémico, no entanto, devem considerar-se os seus subtipos. De acordo com (Menoita, 2012), o AVC isquémico pode ser trombótico, embólico ou lacunar e o AVC hemorrágico pode ser intracerebral, parenquimatoso ou subaracnoide.

Também a OMS (Organização Mundial de Saúde) refere que o AVC é resultante da interrupção da circulação do sangue no cérebro, sendo o sintoma mais comum a fraqueza ou perda de sensação no rosto ou num membro súbita, geralmente num lado do corpo. Outros sintomas incluem confusão mental, dificuldade para falar ou compreender, alterações na visão, dificuldade em andar, tonturas, perda de equilíbrio ou coordenação, dor de cabeça severa, desmaio ou perda de consciência. As consequências do AVC dependem da parte do cérebro afetada e da gravidade da interrupção da circulação, uma muito grave pode causar morte súbita (OMS, 2014).

O AVC pode ser definido como o início abrupto ou em forma de crise de sintomas neurológicos focais ou globais causados por isquemia ou hemorragia no cérebro ou à sua volta de acordo com Radanovic (2005), citado por ESO (2011) e que pode levar a distúrbios incapacitantes, como alterações do campo espacial e visual, fala, sensibilidade, movimentos, dificuldades de execução das atividades de vida diária, alterações do humor entre outras.

As manifestações neurológicas do AVC dependem do local do encéfalo, rapidez do começo, tamanho da lesão, presença de circulação colateral e o tempo que decorreu até a procura de tratamento médico. Para além dos défices cognitivos que ocorrem, muitas pessoas sofrem problemas comportamentais e emocionais. O riso ou choro compulsivo, referido frequentemente como labilidade emocional, surge como um comportamento clássico (Hoeman, 2011).

Algumas das complicações do AVC (trombose venosa profunda, úlceras de pressão, contraturas, obstipação e pneumonia de aspiração) estão relacionadas com a imobilidade; assim sendo, a mobilização é uma componente fundamental da reabilitação precoce.

Os déficits resultantes de um AVC são variados, podendo ser sensitivos, como motores e/ou cognitivos e causar diferentes alterações na capacidade funcional da pessoa, com óbvias implicações na sua independência e também na sua qualidade de vida.

1.1.1 - Alterações nas funções motoras

Como se sabe, o cérebro é uma estrutura altamente vascularizada com inúmeras artérias a ramificarem-se no interior do tecido cerebral para levar oxigénio e os nutrientes necessários para seu o funcionamento adequado. Quando uma dessas artérias sofre oclusão (AVC isquémico), o território que deveria ser irrigado por ela entra em processo de anóxia e muitos neurónios morrem. Já o AVC hemorrágico acontece quando uma artéria se rompe e o sangue que deixa escapar dá origem a um hematoma ou coágulo, que provoca sofrimento no tecido cerebral. Como cada área do cérebro coordena determinada função do organismo, os sintomas provocados pelo AVC são assim muito variáveis.

De acordo com a organização do sistema nervoso central, uma lesão num dos lados (hemisférios) do cérebro afeta o lado oposto do corpo. Assim sendo, uma pessoa com uma lesão no lado direito do cérebro pode ter alterações motoras (pode perder os movimentos e/ou as sensações do braço e/ou da perna) no lado esquerdo do corpo e vice-versa.

A *hemiplegia* ou *hemiparésia* surge como uma disfunção motora que mais surge no AVC e que se caracteriza pela diminuição ou perda da mobilidade e da força dos membros de um lado do corpo. No entanto, o grau da função motora lesada é determinado pelo local e extensão da lesão. Pode-se dizer que numa pessoa com AVC, as reações posturais automáticas não se encontram funcionantes no hemicorpo lesado, o que vai impedir uma diversidade de padrões de postura e de movimento, por sua vez essenciais para a realização de atividades funcionais e realização de atividades de vida diária (Branco e Santos, 2010).

Quando o AVC ocorre no hemisfério direito as possíveis alterações motoras manifestam-se no lado esquerdo do corpo, como maioritariamente as pessoas são dextros, não é o seu lado dominante que sofre o atingimento, o que cria à partida diferentes expectativas para a nossa intervenção. A pessoa ser dextra ou esquerdina, torna-se relevante para o que consegue ou não executar de início, pois o comprometimento do seu lado dominante ou não, vai determinar a nossa intervenção.

Para os mesmos autores, numa fase inicial do AVC o hemicorpo apresenta-se flácido. Na fase seguinte, instala-se um quadro de *hipertonía*, onde se verifica um aumento

da resistência ao movimento passivo, sendo típico dos padrões espásticos. A *espasticidade* é responsável pela adoção de posturas anormais e movimentos estereotipados e é uma das condições mais importantes no aparecimento das alterações motoras e do equilíbrio, a sua instalação implica o desenvolvimento de contraturas musculares e de padrões estereotipados de movimento de acordo com (Branco e Santos, 2010). Dificulta a reabilitação neuro motora das pessoas com AVC, podendo diminuir a amplitude do movimento articular, causar dores, limitar as atividades dos membros, como também pode dificultar as atividades funcionais e de vida prática, ou seja, nas ABVD's, como por exemplo, o vestuário.

O mecanismo de controlo postural é a base para a realização dos movimentos voluntários normais e especializados. Este mecanismo está dependente de um trabalho muscular contínuo no sentido de vencer a gravidade, bem como, de um tónus postural normal e da capacidade de efetuar movimentos seletivos. É constituído por três grupos de reações posturais automáticas: reações de retificação (mantêm a posição normal da cabeça no espaço); reações de equilíbrio (respostas automáticas a alterações de postura e movimento) e as reações de extensão protetiva (ativadas quando as reações de equilíbrio e de retificação se mostram insuficientes).

Na pessoa que sofreu um AVC, as reacções posturais automáticas não funcionam ou estão alteradas no hemicorpo afetado, o que impede a pessoa de usar uma variedade de padrões normais de postura e movimento, essenciais para a realização de atividades funcionais e realização de atividades de vida diária.

De acordo com Kluding e Billinger (2005), citados em ESO (2011) a função do membro superior afetado limita a autonomia das pessoas nas atividades da vida diária após o AVC e podem levar à incapacidade permanente.

As limitações na amplitude dos movimentos podem originar diferentes dificuldades na ABVD vestuário. Para além da amplitude dos movimentos, torna-se relevante a destreza, os movimentos finos, como a capacidade de preensão, tão importante para se abotoar botões ou puxar um fecho. Nalguns casos, um treino de vestir/despir, calçar/descalçar é suficiente; noutros casos, é necessário implementar adaptações nas roupas e/ou calçado, podendo ser utilizados produtos de apoio. O enfermeiro de reabilitação, segundo (Menoita, 2012), adequa as suas intervenções de modo a atenuar um problema, recorrendo se necessário a produtos de apoio, referenciado como sendo uma área de intervenção da sua competência pela OE (Regulamento nº125/2011, de 18 de fevereiro).

A Reabilitação pode favorecer a reaprendizagem motora, melhorando o seu desempenho, como resultado de um treino sistemático (Menoita, 2012). Porém, o treino sistemático, por vezes, numa fase inicial, ou em alguns casos não é suficiente para a total execução de determinada tarefa, pelo que então se pode complementar com os produtos de apoio; por exemplo, um abotoador para botões ou a adaptação de uma argola para melhor puxar um determinado fecho.

1.1.2 - Alterações a nível prático/cognitivo

De acordo com Collette *et al* (2005), citados em ESO (2011), as áreas de projeção e de associação formam as áreas funcionais do cérebro, onde as primeiras recebem ou dão origem a fibras relacionadas com a sensibilidade e motricidade. Quando lesionadas, podem causar alterações sensitivas ou motoras. Já as áreas de associação são relacionadas às funções cognitivas complexas, inclusive do comportamento emocional, movimento voluntário, linguagem e percepção sensorial.

A incapacidade da pessoa lesionada de realizar aprendizagem associativa está correlacionada com o *deficit* temporal de memória. As lesões frontais perturbam a memória prospectiva que permite ter acesso a informações ordenadas no tempo e espaço, a fim de acionar as estratégias necessárias à memorização sequencial das ações à resolução de problemas de acordo com Brass *et al* (2005), citados em ESO (2011). As dificuldades de atenção das pessoas com lesão frontal podem ser mostradas pela distração das tarefas por estímulos vindos do meio ambiente. Assim, a atenção pressupõe orientação e concentração mental dirigidas para uma tarefa e inibição de atividades concorrentes de acordo com Naghavi e Nyberg (2005), citados em ESO (2011).

A *apraxia*, de acordo com (Menoita, 2012) é a perda da capacidade de executar gestos aprendidos, podendo esta dificuldade decorrer de uma perturbação nos diversos passos que intervêm na realização do gesto, do seu planeamento e execução. Existe uma variedade de apraxias, classificadas de acordo com o segmento corporal envolvido, o padrão de erros apresentados e o facto de ser ou não específica de tarefa. Salienta-se a apraxia do vestir, em que a pessoa não consegue realizar a sequência de gestos necessária para se vestir, resultado de lesões do hemisfério cerebral direito.

1.1.3 - Alterações na percepção

As alterações sensoriais mais frequentes e que podem ser observáveis aquando de uma lesão neurológica do hemicorpo são os *deficits* sensoriais superficiais, propriocetivos e visuais de acordo com Shiv, Loewenstein e Bechara (2005), citados por ESO (2011), em que referem ser a diminuição e/ou abolição da sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa) responsável para o aparecimento de disfunções perceptivas (alterações da imagem corporal, negligência unilateral) e para o risco de auto-mutilações. O amortecimento da sensibilidade propriocetiva (postural e vibratória) contribui para a perda da capacidade para executar movimentos eficientes e controlados, para a diminuição da sensação e noção de posição e de movimento, impedindo e diminuindo novas aprendizagens motoras no hemicorpo afetado.

As alterações da imagem corporal, o *neglect* unilateral (incapacidade de responder a objetos ou estímulos sensoriais de uma metade corporal, geralmente o lado afetado) e o risco de auto-lesões são consequências da ausência ou diminuição da sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa). A incapacidade de executar movimentos eficientes e controlados, a diminuição da sensação e noção de posição e movimento, impedindo e diminuindo novas aprendizagens motoras do hemicorpo afetado, devem-se à diminuição da sensibilidade profunda (postural e vibratória). As alterações visuais nomeadamente a diminuição da acuidade visual, hemianopsia, diplopia e agnosia também podem predispor a pessoa a acidentes (Branco e Santos, 2010).

As lesões do hemisfério esquerdo raramente provocam *neglect*, pois sendo dominante o hemisfério contra-lateral para essa função, consegue compensar o defeito de atenção seletiva resultante da lesão esquerda (Menoita, 2012).

As pessoas com lesões hemisféricas olham para a direção oposta ao lado afetado, enquanto que, pessoas com lesões do tronco cerebral conseguem olhar para ambos os lados de acordo com Stokes (2004). Em consonância, Sullivan *et al* (2006) referem que as limitações do campo visual contribuem para a ausência geral da consciência do lado afetado. Pode-se referir o exemplo da Sr^a. S., que só maquilhava o rosto do lado direito, caso descrito no livro de Sacks (1985), ambos citados em ESO (2011).

A pessoa com perda da capacidade para executar movimentos eficientes e controlados, de um dos lados vai vivenciar uma dificuldade para o vestir e calçar. As limitações que possam existir ao nível do campo visual podem contribuir para a ausência

geral da consciência do lado afetado, com as consequências inerentes também ao nível do vestuário.

De acordo com Black e Matassarini-Jacobs (1996) e Stokes (2004), ambos citados em ESO (2011), a perda de sensação do lado afetado (hemianestesia), sensação de peso, parestesia, dormência, formigamentos e alterações na maneira de sentir as dimensões e posição do lado afetado constituem alterações propriocetivas que se caracterizam por perda da consciência muscular e articular, afetando significativamente o equilíbrio da pessoa e a atividade reflexa.

1.1.4 - Alterações no comportamento

As pessoas com lesão no hemisfério esquerdo e direito diferem amplamente nos seus efeitos comportamentais. Pode surgir labilidade emocional, que é geralmente encontrada nos casos de hemiplegia (Branco e Santos, 2010).

De acordo com Joubert *et al* (2006), citados em ESO (2011), nos transtornos de humor parece haver uma falha nos processos inibitórios de comportamento.

A *depressão* está entre os transtornos neuropsiquiátricos mais comuns que ocorrem após o AVC, estando a sua presença associada a uma pior recuperação da capacidade de realização das atividades da vida diária, assim como a um risco maior de mortalidade de acordo com Gupta, Pansari e Shetty (2002); Jokinen *et al* (2004); Kanner (2004); Marmorato *et al* (2002), citados em ESO (2011).

De acordo com Carota, Staub e Bogousslavsky (2002), citados em ESO (2011) existem vários fatores que indicam que o AVC pode levar à ocorrência de depressão devido a alterações fisiopatológicas e não apenas psicológicas.

As alterações no comportamento podem interferir com a auto-estima e potenciar um descuido com a imagem, contribuindo para uma menor necessidade de cuidar da sua imagem, com repercussões também ao nível do vestuário. Deve ser incentivado e promovido as condições necessárias para a ABVD vestuário ser implementada de acordo com a capacidade da pessoa, quer seja com estratégias adaptativas e/ou produtos de apoio.

1.1.5 - Alterações na linguagem

Os problemas da linguagem são frequentes nas pessoas que sofreram um AVC de acordo com Brass *et al* (2005), citados em ESO (2011) devido à obstrução da artéria cerebral média no hemisfério esquerdo. A *afasia* é a perda das capacidades de linguagem, causadas por lesão geralmente no hemisfério dominante, de acordo com Lundy-Ekman (2007), citado em ESO (2011). A fala é difícil e frustrante para estas pessoas, o que pode contribuir para a diminuição das tentativas de comunicação; por outro lado, a compreensão de acordo com Wade (1998) citado em ESO (2011) é normal ou próxima do normal.

A pessoa pode também apresentar alterações da fala resultantes da perturbação do aparelho fonador. As mais comuns são *disartria* (dificuldade para articular a palavra) e a *disfonia* (alteração ou enfraquecimento da voz) de acordo com Nys *et al* (2005), citados em ESO (2011).

As alterações na linguagem vão também influenciar a ABVD vestuário, pois, por exemplo, a pessoa pode ter dificuldade em exprimir o que deseja vestir, se a roupa está apertada ou larga para si, etc.

Podem surgir outras alterações, que não são mencionadas, pois não interferem ou condicionam o foco de intervenção escolhido.

1.2 - AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO

A Reabilitação começa a desenvolver-se nalguns países após a Segunda Grande Guerra. No entanto, a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação em Portugal surge, em parte devido a uma lacuna existente no nosso país quanto ao tratamento dos grandes deficientes motores. O primeiro centro de Medicina de Reabilitação surge em Alcoitão, concelho de Cascais; em 1964, por despacho ministerial. As primeiras enfermeiras fizeram a especialização em Enfermagem de Reabilitação nos EUA (Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação [APER], 2003).

Ao longo dos anos de exercício da especialidade de enfermagem de reabilitação, muito de positivo se alcançou na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE):

O Enfermeiro Especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade. (Decreto-lei nº 161/1996, de 4 de setembro).

A enfermagem de reabilitação não se limita à recuperação das funções perdidas ou alteradas. Trata-se de uma especialidade que aborda a pessoa em constante interação com a sociedade e o meio ambiente. O processo de reabilitação vai envolver as diferentes componentes, quer sejam: cognitivas, físicas, sociais ou espirituais e económicas, sendo muitas vezes um desafio para a pessoa e sua família, bem como para o próprio enfermeiro.

Em 18 de Fevereiro de 2011, foi publicado no Diário da República, 2ª série - n.º 35, o **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº122/2011, 18 de fevereiro)**, definindo o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização de enfermagem.

Simultaneamente foram publicadas as **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento nº125/2011, 18 de fevereiro)**, que veio enquadrar a sua intervenção no processo de cuidados e definir as suas competências específicas:

- a) Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. (Regulamento nº125/2011 de 18 de fevereiro).

Segundo este regulamento, os cuidados de reabilitação permitem ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência.

O enfermeiro especialista em reabilitação vai identificar as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, quer seja, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, sendo de natureza permanente ou temporária.

O enfermeiro de reabilitação nas suas funções deve promover a máxima função da pessoa, maximizando as pequenas habilidades e realizando as modificações necessárias e possíveis, com o recurso a produtos de apoio, que procurem diminuir a diferença entre

dependência e independência, tal como é preconizado pela OE (Regulamento n.º125/2011, de 18 de fevereiro).

O enfermeiro especialista em reabilitação ao ensinar, demonstrar e treinar técnicas, tem em vista a promoção do autocuidado e a continuidade dos cuidados nos diferentes contextos. A sua intervenção é de extrema importância no contexto da comunidade onde poderá reduzir a dependência e promover a autonomia e qualidade de vida da pessoa/família com incapacidade, bem como a reintegração e a participação na sociedade.

Poder avaliar a capacidade funcional da pessoa para realizar as AVD's de forma independente, conceber planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade, que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas, quer seja, por doença ou acidente (Regulamento n.º 125/2011, de 18 de fevereiro), constituem o grande universo de intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação.

Na reaprendizagem motora após o AVC, a orientação e demonstração visual efetuadas pelo enfermeiro especialista em reabilitação servem para conseguir a participação ativa da pessoa. Este encoraja a pessoa a sentir o movimento e a distinguir um movimento intencional de um não intencional. A terapia pelo movimento inclui exercícios como a aprendizagem do controlo motor, controlo do membro superior e inferior, treino de equilíbrio e marcha (Hoeman, 2011).

Pode-se dizer que “a reabilitação é uma intervenção activa para conseguir a máxima funcionalidade e para melhorar a qualidade de vida (...)” (Hoeman, 2011:1). Os cuidados de reabilitação estão direcionados para o restabelecimento da independência da pessoa ou recuperação do seu nível de função antes do AVC. A qualidade de vida destas pessoas subentende a adaptação à deficiência com redução de incapacidades e abolição de desvantagens no menor tempo possível. Também (Branco e Santos, 2010), referem que a ênfase da reabilitação está voltada para o restabelecimento da independência da pessoa ou recuperação, do seu nível de função pré-lesão ou pré-incapacidade, com redução de incapacidades e abolição de desvantagens no menor tempo possível.

De acordo com (Hoeman, 2011), uma completa avaliação integrada dos sistemas músculo-esqueléticos e nervoso habilita os enfermeiros para formularem diagnósticos e objetivos realistas para a pessoa, que completam as intervenções de outros membros da equipa de reabilitação. O ensino à pessoa e família acerca das razões e dos métodos de

otimização da mobilidade, podem aumentar a possibilidade de progressão e manutenção de uma independência. A imobilidade e a limitação funcional representam enormes desafios, bem como a mobilidade é essencial para a capacidade de interação da pessoa com o meio ambiente.

A importância da mobilidade segundo (Hoeman, 2011), relaciona-se com a prevenção da síndrome de desuso e outras complicações, bem como para o desempenho ideal das atividades de vida diária e das atividades de vida instrumentais. Ao começar-se a praticar atividades desde a estabilização da situação, como praticar a função do braço enquanto necessário para o vestuário/calçado, pode conduzir a uma experiência de sucesso. De acordo com (Menoita, 2012), o enfermeiro de reabilitação constitui uma mais-valia na avaliação e melhoria dos resultados, conseguindo melhores níveis de capacidade funcional, promovendo a qualidade de vida e a satisfação.

O papel do enfermeiro de reabilitação, na reabilitação da pessoa com AVC é encarado como essencial mas a sua exata contribuição permanece indefinida. A colaboração entre os diferentes profissionais na reabilitação de uma pessoa que tenha tido um AVC é importante. Os enfermeiros compreenderem algumas estratégias de fisioterapia e terapia ocupacional, deverá ser encarado como uma mais-valia para a pessoa a reabilitar, porque apesar de profissões distintas, têm áreas comuns de interesse.

O modelo teórico de Roper, Logan e Tierney é um dos modelos de referência do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na sua prática de cuidados especializados, sendo utilizados alguns aspetos que apresentam interesse para a intervenção do enfermeiro de reabilitação na pessoa com AVC, em relação ao vestuário.

Para Roper *et al*, referidas por Hoeman (2011), os componentes principais são as atividades de vida e as atividades de vida diária, cada uma num *continuum* de dependência-independência. Podem ser consideradas atividades de vida, todas as atividades que as pessoas fazem no seu quotidiano durante as suas vidas no cumprimento dos seus papéis. Quando as pessoas são incapazes de cumprir as suas atividades de forma independente, estarão perante uma situação de necessidade de ajuda.

São valorizados os dados objetivos, tanto como os subjetivos, neste modelo. Os factores que podem influenciar tanto podem ser biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais ou político-económicos. Para se juntar à complexidade do modelo deve-se referir ainda o facto de que os factores se relacionam entre si e afetam o funcionamento da pessoa como um todo. São contempladas 12 *atividades de vida*: manter um ambiente seguro, comunicar, respirar, comer e beber, higiene pessoal e vestir, eliminar, manter a

temperatura corporal, mobilizar, trabalhar e divertir-se, dormir, expressar-se sexualmente e morrer, de acordo com Roper *et al*, segundo Hoeman (2011).

O modelo combina os passos do processo de enfermagem (avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação final). Conceptualizam várias dimensões e muitas atividades específicas que poderão relacionar-se com cada atividade de vida. Estas estão inter-relacionadas e afetam a pessoa como um todo. Utiliza o processo de enfermagem para atividades de enfermagem como prevenção, o conforto e máxima independência nas atividades de vida (Roper *et al*, 2001).

Existem diversas teorias e vários modelos conceituais que podem ser úteis para a enfermagem de reabilitação. Um outro modelo que enquadra a visão/perspetiva do enfermeiro de reabilitação é o modelo de Orem.

A Teoria do Défice de Autocuidado de Orem para a enfermagem, tal como é referido em (Hoeman, 2011), é composta por três sub-teorias: a teoria do autocuidado, a teoria do défice no autocuidado e a teoria do sistema de enfermagem. Na teoria de Orem de acordo com (Hoeman, 2011), um objetivo da enfermagem é assistir as pessoas nas suas necessidades de autocuidado e permitir o retorno ao autocuidado, em que as intervenções de enfermagem relacionadas com o autocuidado podem ser plenamente compensatórias, parcialmente compensatórias e de suporte educativas.

Tendo em consideração os objetivos deste trabalho, iremos focar a nossa atenção fundamentalmente nas atividades de vida *mobilizar-se, higiene e vestir-se*, pois são ambas as mais importantes e relevantes para focar a intervenção do enfermeiro de reabilitação em relação à ABVD vestuário (OE) na pessoa com AVC. A higiene pessoal e o vestir estão interligados, pois o vestir surge frequentemente após a higiene da manhã, porém para o tema apenas será abordado o vestuário, em que a mobilidade vai condicionar a capacidade para a execução do mesmo.

A **mobilidade** é uma condição relativa de movimento, sendo uma das capacidades mais importantes do ser humano. Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a mobilidade é entendida como o “movimento voluntário e psicomotor do corpo, incluindo a coordenação dos movimentos musculares e articulares, bem como o desempenho do equilíbrio, o posicionamento corporal e o deslocamento” (OE, 2006).

Interpretada como uma atividade de vida segundo (Roper *et al*, 2001), mobilizar-se ou mobilidade inclui o movimento produzido por grupos de grandes músculos, permitindo a pessoa adquirir a posição de sentado, ortostática, marcha, assim como pequenos

músculos incluídos que produzem movimento tais como a expressão facial, movimentos finos e respiratórios. A mobilidade é um adjuvante para a realização das restantes atividades de vida. É de ter em consideração para o desenvolvimento desta atividade de vida a capacidade de contração muscular, a força, coordenação, equilíbrio e cinestesia. Muitas vezes não se valoriza a capacidade de um indivíduo saudável se mobilizar fisicamente sem ajuda, até que alguma circunstância interfira. Qualquer pessoa dependente nesta atividade deverá ser ajudada a ter uma vida o mais independente possível, no contexto da sua capacidade individual.

De acordo com (Hoeman, 2011), no **vestir**, deve-se ter em consideração as modificações na roupa, os dispositivos adaptados ou de apoio e as técnicas de vestir, que permitem que as pessoas com amplitude de movimentos restrita atinjam a independência ideal. Antes da pessoa começar a aprender técnicas para se vestir, a mesma deve ser avaliada em relação ao seu estado físico, emocional e cognitivo, dando atenção especial à mobilidade. Promovendo uma atmosfera de encorajamento e com distrações mínimas no ambiente em redor, a roupa deve ser adequada à condição da pessoa. Usar roupa personalizada significa bem-estar e também melhora a imagem corporal.

Também para (Roper *et al*, 2001), as roupas podem ser um meio de comunicação não-verbal, na medida em que podem transmitir informação sobre o humor. Se as pessoas se sentem bem geralmente mantêm as roupas em condições, mas quando abatidas, não parecem notar a falta de apuro. A maioria das pessoas veste-se por razões de adorno pessoal, tirando satisfação de tal, associado a uma seleção adequada das roupas também permite reduzir o esforço para regular a temperatura do corpo.

O vestuário deve ser escolhido pela pessoa, porém, o enfermeiro deve sugerir algumas adaptações com o objetivo de facilitar a atividade de vestir/despir (Branco e Santos, 2010).

Os produtos de apoio e/ou adaptações na roupa e calçado devem ser escolhidos na perspetiva da pessoa, de acordo com as suas preferências e capacidades, para potenciar a sua autonomia.

O processo de reabilitação é único e pessoal terminando, apenas quando a pessoa se torna autónoma, ou o mais possível, no seu meio ambiente. Não se limitam ao contexto hospitalar, pois também podem e devem ser prestados em centros de cuidados especializados ou na própria comunidade, de acordo com as necessidades de cada pessoa. Independentemente do contexto, os cuidados de reabilitação têm como objetivo manter as

capacidades funcionais, assegurar a segurança, evitar complicações e modificar o meio no sentido de conseguir a máxima autonomia e independência.

Assim, em contexto hospitalar, as atividades devem ser iniciadas na fase aguda da ocorrência de um AVC, logo após a estabilização, tendo como referência a melhoria da função e a prevenção de uma maior incapacidade por prevenção de complicações secundárias.

De acordo com (Branco e Santos, 2010), o sucesso de um programa de reabilitação em pessoas com AVC depende de um “crescimento” lento, repetitivo, persistente, com rotinas de exercícios que não devem evoluir para além da capacidade individual de cada pessoa.

Para que o enfermeiro especialista em reabilitação possa prestar cuidados adequados ao problema/incapacidade apresentado pela pessoa com uma lesão neurológica, como o AVC, necessita efetuar uma correta avaliação dessa pessoa. Uma das unidades de competência do enfermeiro especialista em reabilitação é “avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades” (Regulamento nº 125/2011, de 18 de fevereiro).

Ao avaliar a incapacidade funcional apresentada pela pessoa com lesão neurológica, o enfermeiro de reabilitação utiliza instrumentos validados como a escala de Lower e a Escala de Ashword modificada; estas permitem avaliar o grau de força muscular e o tónus muscular de cada segmento corporal, respetivamente. A força e o grau de espasticidade apresentados vão condicionar o que a pessoa de início consegue executar com ajuda parcial, total ou sem ajuda em relação ao seu vestuário. O tipo de treino está relacionado com as capacidades que a pessoa apresenta, sendo reajustado à medida que o seu processo de reabilitação se vai desenvolvendo.

O Índice de Barthel e a MIF (Medida de Independência Funcional) são escalas que se reportam a atividades de vida diária e medem um conjunto de parâmetros essenciais para a independência, permitindo avaliar a progressão na reabilitação.

Após avaliação da funcionalidade, o enfermeiro especialista em reabilitação concebe, implementa e avalia planos de intervenção especializados com o objetivo de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e autocuidado (Regulamento nº 125/2011, de 18 de fevereiro).

Para tal, discute práticas de risco com a pessoa/família, concebe planos, selecciona e prescreve intervenções e define com a pessoa/família quais as estratégias a implementar,

os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e qualidade de vida (Regulamento nº 125/2011, de 18 de fevereiro).

A elaboração de programas de reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva podem contribuir para a redução da incapacidade, quedas, problemas emocionais e sociais das pessoas com lesões neurológicas.

O enfermeiro especialista em reabilitação gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, em articulação com a equipa multiprofissional, garantindo a segurança e qualidade (Regulamento nº 122/2011, de 18 de fevereiro).

De acordo com a Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação (APER) a reabilitação na comunidade tem como objetivos fundamentais assegurar que as pessoas mantenham a sua saúde e as com doença crónica, designadamente, as portadoras de deficiência possam desenvolver ao máximo as suas capacidades físicas e mentais. Promovendo o acesso aos serviços e às mesmas oportunidades, bem como serem intervenientes ativos na comunidade e sociedade em geral (APER, 2010).

Segundo (Hoeman, 2011), a enfermeira de reabilitação na comunidade desempenha um papel chave numa reintegração comunitária bem-sucedida, porque dá atenção às diversas variáveis com impacto neste processo. A comunidade em que se processa a integração da pessoa incapacitada ou doente crónica envolve o ambiente, transporte, a habitação, profissionais de saúde, recursos, localização geográfica, suporte familiar e o acesso aos serviços locais.

Ao enfermeiro especialista de reabilitação é atribuída a competência de promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social, pois tem conhecimentos sobre legislação e normas técnicas promotoras de integração e participação cívica que lhe permite sensibilizar a comunidade para a adopção de práticas inclusivas, identificar barreiras arquitetónicas e orientar para a eliminação dessas barreiras no contexto de vida da pessoa (Regulamento nº 125/2011, de 18 de fevereiro).

A intervenção no vestuário torna-se necessária para promover a participação social. A pessoa que atinja a independência parcial ou total, com a utilização de roupa personalizada ou modificada melhora o seu bem-estar e a sua imagem corporal, sendo determinante na hora de se deslocar à rua, quer seja por necessidade ou por recreação.

O seu papel é determinante para o sucesso da reintegração da pessoa na comunidade. Para que isso aconteça, a pessoa e a sua família e/ou cuidador têm de ser

envolvidos em todo o processo de reabilitação, para que desta forma esteja motivada e seja responsável pela manutenção/recuperação da sua saúde.

Em pessoas com incapacidade como a resultante de um AVC, a educação para a saúde assume particular importância na promoção da qualidade de vida da pessoa e família. Ao capacitar a pessoa/família com conhecimentos, estratégias adaptativas ou produtos de apoio de modo a maximizar a sua funcionalidade na ABVD vestuário, tornando-a mais autónoma, o enfermeiro de reabilitação contribuirá para que esta fique menos dependente de terceiros. Com a utilização de roupas e calçado adequados à sua condição, tem menos riscos de sofrer lesões, como por exemplo o uso de calçado com biqueira sólida sempre que estão fora da cama, pois com a alteração da sensibilidade podem não sentir o calor ou as pancadas que poderão ocorrer e sofrer lesões. Consequentemente, a utilização de roupas e calçados adequados traduz-se num menor risco de desencadear lesões, com menos custos, maior qualidade de vida e proporcionam ganhos económicos para a pessoa, família e toda a comunidade.

Cada pessoa é um caso único, necessitando de um tempo para poder aprender as diferentes habilidades, dependente do tipo de sequela consequente do AVC e motivação.

2 - METODOLOGIA DE PESQUISA COM RECURSO ÀS BASES DE DADOS CIENTÍFICAS

Com a finalidade de estruturar a abordagem da problemática em análise através do recurso às bases de dados científicas, foi definida a pergunta em formato PI[C]O, que surge como um guia nas opções estratégicas e metodológicas de pesquisa e consequente análise.

Nesta nomenclatura, inclui-se a definição específica da População (P) que deve ser circunscrita a um grupo com características comuns (género, idade, etnia, etc.), da Intervenção (I) do enfermeiro (que pode ser de variados tipos), da Comparação (C) que não sendo impreterível, serve de controlo (exercida como “placebo” entre uma determinada abordagem e outra alternativa) e, por fim, do *Outcome* (O), ou seja, os resultados a alcançar.

Na lógica de que esta metodologia deve ser enquadrada numa necessidade concreta do enfermeiro (que procura por sua vez dar resposta a uma necessidade concreta da pessoa), identificou-se como problemática o processo de cuidados de reabilitação à pessoa com AVC. Desta forma, foi definida a seguinte pergunta PI[C]O:

“De que forma a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação contribui na re aquisição da autonomia na ABVD vestuário da pessoa adulta com afeção neurológica decorrente de AVC?”

Após definição da pergunta, iniciou-se o processo de pesquisa, através das seguintes palavras-chave: enfermagem de reabilitação, AVC e atividades de vida diária.

Os termos definidos no contexto desta pesquisa foram submetidos a validação na plataforma (MeSH (Medical Subjects Headings) Browser, 2014). Sem este passo, corríamos o risco de não utilizar a mesma linguagem que os autores dos artigos científicos. As palavras-chave são descritores. Traduzindo os conceitos chave para língua inglesa, obtiveram-se os seguintes resultados:

- Enfermagem de Reabilitação/Rehabilitation Nursing
- AVC/Stroke
- Atividades de vida diária/Activities of daily living

Em anexo figuram os critérios de inclusão/exclusão de artigos a analisar (**Anexo I**).

O passo seguinte constituiu-se na escolha das bases de dados a consultar, tendo-se selecionado a CINAHL Plus with Full Text, a MEDLINE with Full Text e a Nursing and Allied Health Collection: Basic através da (EBSCOhost Web, 2014). Definiu-se a pesquisa apenas de artigos disponíveis em *full text* no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2013 (10 anos), resumo disponível, língua inglesa e iniciou-se o cruzamento dos descritores, cujos resultados estão discriminados no **Anexo II**.

Procedeu-se, nesta fase, à leitura dos títulos e resumos (*abstracts*) dos 7 artigos encontrados, resultando numa seleção de 4 artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Da leitura integral do conteúdo dos referidos documentos, selecionaram-se os 3 artigos (**Anexo III**) para análise, mais relevantes para o nosso estudo. Em anexo, são apresentadas as tabelas de análise de cada artigo (**Anexo IV**) e o respetivo nível de evidência científica, segundo (Galvão, 2006).

A avaliação dos títulos, dos resumos (*abstracts*) e dos artigos identificados foi realizada por dois pesquisadores, de forma independente e cega, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão definidos no protocolo de pesquisa.

O recurso à revisão sistemática permitiu a análise de artigos com conteúdo científico atualizado e com validade, numa perspetiva de enquadramento da temática trabalhada e da realidade da prática vivenciada. Assim, revelou-se um contributo fundamental na sustentação e validação das vivências experienciadas e referidas no capítulo da análise reflexiva sobre as atividades desenvolvidas em estágio.

A revisão sistemática permitiu conhecer a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, através de artigos científicos, que demonstram a contribuição na reaquisição da autonomia na ABVD vestuário da pessoa adulta com afeção neurológica decorrente de AVC.

3 – ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ENSINO CLÍNICO

Neste capítulo iremos retratar o percurso desenvolvido no Estágio II, enquadrando a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica. De entre um conjunto de atividades vividas e refletidas, selecionamos uma das que consideramos relevantes na nossa aprendizagem, a qual iremos analisar e fundamentar com recurso à revisão sistemática da literatura.

Em todos os contextos do Estágio II verificámos que o enfermeiro especialista em reabilitação tinha a preocupação de desenvolver atividades que contribuíssem para a promoção e maximização da capacidade funcional da pessoa com AVC. De entre as atividades desenvolvidas, o treino de ABVD's despertou-nos interesse, pois era algo que também ia de encontro a um interesse comum.

Optámos por realizar este estágio em três contextos/serviços distintos: no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA), no Serviço de Medicina 4, na Unidade de Homens, no Hospital Distrital de Santarém e no ACES Médio Tejo, na UCC do Centro de Saúde do Entroncamento. Graças aos três contextos primarem pela sua diferença e diversidade, foi possível prestar cuidados de enfermagem de reabilitação nas várias fases de recuperação, após a lesão neurológica.

No entanto, seremos específicos relativamente a uma lesão neurológica em concreto, o AVC: na fase aguda, logo após a lesão (Serviço de Medicina 4 na Unidade de Homens, no Hospital Distrital de Santarém), na fase pós alta hospitalar (ACES Médio Tejo, na UCC do Centro de Saúde do Entroncamento) e no período após a lesão em centro de recuperação (Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão). Em todos estes contextos, existiu uma preocupação comum demonstrada pelo enfermeiro especialista em reabilitação, a promoção das ABVD's, em que se opta por dar ênfase ao **vestuário**.

Em cada contexto, elaborámos um projeto individual de estágio tendo em consideração a população a quem se destinava e as características específicas de cada serviço. Para cada projeto definimos o respetivo plano de atividades, com o objetivo geral e específicos, os intervenientes e cronograma.

Seguidamente, tendo em conta a pergunta PICO definida e com base nos artigos encontrados e selecionados, faremos uma análise crítica, reflexiva e fundamentada das atividades desenvolvidas em cada contexto. No entanto, apenas analisaremos os objetivos específicos relacionados com a nossa temática, ou seja, a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na **ABVD vestuário**.

3.1 – CONTEXTO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM LESÃO NEUROLÓGICA TRAUMÁTICA

Este estágio decorreu no Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão, no período de 4 de março a 19 de abril de 2013.

Os objetivos definidos no projeto individual neste contexto de estágio relacionaram-se com a prestação de cuidados de reabilitação à pessoa com lesão neurológica traumática, nomeadamente à pessoa com TVM, por ser a população alvo do estágio. Contudo outras situações neurológicas não traumáticas foram também aproveitadas, de forma a maximizar o processo de aprendizagem, em específico a pessoa com alteração neurológica, em concreto no caso de AVC (**Anexo V**).

Nesta instituição, durante o internamento, a pessoa desenvolve um conjunto de atividades de reabilitação, que estão de acordo com um plano de atividades definido para si. Passa grande parte do seu dia em programas de reabilitação, quer seja no serviço de internamento ou nos diferentes departamentos onde procede a diferentes atividades: como treinos de ABVD's (higiene pessoal e cuidados pessoais, alimentação, vestuário), reeducação funcional motora (transferências, posicionamentos, mobilizações, treinos de marcha e de equilíbrio, de controlo de esfíncteres (vesical e intestinal), quer no ginásio ou noutros espaços de trabalho onde realiza sessões de fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional e psicologia, de acordo com as suas necessidades. Nem todos vão aos mesmos departamentos, nem com a mesma periodicidade, está adaptada às necessidades de cada um.

Na instituição, a pessoa apenas permanece com o pijama/camisa de dormir na hora de permanecer a descansar na cama, após a higiene pela manhã a pessoa utiliza roupa e calçado adequado a se deslocar entre os vários departamentos, promovendo o uso de roupas confortáveis, mas também ao gosto e capacidades de cada um.

Desde logo, foi possível constatar que apertar as roupas é também muitas vezes sinónimo de dificuldade, pois os movimentos necessários para tal exigem alguma destreza, uma boa visão e sensibilidade táctil. Uma solução encontrada foi a utilização de roupas que apertem à frente, aumentar o tamanho das casas e dos botões, utilizar abotoadores ou recorrer a fechos de maior tamanho. Em casos de maior dificuldade pode-se observar que as roupas estavam adaptadas com bandas de velcro.

O calçar sapatos e/ou sapatilhas por vezes também se revelou problemático para algumas pessoas, em que nalguns casos apenas bastou a utilização de uma calçadeira de cabo longo.

Para complementar, foi possibilitada a permanência de alguns turnos no Departamento de Atividades de Vida Diária, em que foi possível observar e participar no ensino e treino de AVD's, num local destinado especificamente para tal, com tempo específico/determinado para o treino e onde estavam a apenas enfermeiros de reabilitação. Constatou-se a importância do treino para as AVD's, pois foi possível observar diferenças no desempenho entre as pessoas com limitações semelhantes. Com o decorrer das sessões de treino, verificou-se uma maior capacitação.

Durante o estágio tivemos a oportunidade de contactar diretamente com vários dos elementos da equipa interdisciplinar, que se mostraram disponíveis e contribuíram para a nossa compreensão do papel de cada elemento no processo de reabilitação da pessoa com AVC.

Um dos objetivos definidos para este estágio foi o **prestar cuidados específicos de enfermagem de reabilitação à pessoa com TVM, com vista à sua máxima autonomia e independência**. Para tal, foi fundamental conhecer a pessoa na sua totalidade: a história clínica, os seus hábitos de vida, nível de independência no desempenho das atividades de vida diárias e o seu envolvimento social e familiar. Esta avaliação é o ponto de partida para a elaboração de um plano de cuidados individualizado com objetivos adequados às reais necessidades da pessoa/família. Objetivo que posteriormente no decorrer do estágio foi possível de também implementar de forma indireta para o AVC, que inicialmente não estava previsto, pois estávamos num contexto de alterações neurológicas traumáticas, mas ocorrendo essa possibilidade de enriquecimento, foi aproveitada.

Existem vários instrumentos de avaliação da funcionalidade. No CMRA, é utilizada a MIF que permite avaliar o grau de independência da pessoa com lesão neurológica nas AVD's, medindo a incapacidade num conjunto de categorias de desempenho; a Escala de Lower para avaliação da força muscular e a Escala de Ashworth modificada para avaliação

do tónus muscular. Estas escalas permitem avaliar com objetividade a evolução da pessoa quer ao nível de ganhos de força muscular e amplitude articular quer ao nível do desempenho nas AVD's e cognição social.

Ao longo do estágio procurou-se aplicar estes instrumentos, referenciando e validando com a restante equipa interdisciplinar as alterações verificadas, desta forma foi possível avaliar em conjunto a evolução da pessoa no processo de reabilitação. A MIF na instituição é conhecida pela equipa interdisciplinar, porém não são os enfermeiros que a aplicam, apenas colaboram de acordo com as indicações prévias de outros elementos da equipa.

Após avaliação das necessidades de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, planeava-se e implementava-se as intervenções dirigidas às necessidades de cada pessoa, otimizando e/ou reeducando as funções com necessidade de intervenção.

Ao longo do estágio, tivemos a oportunidade de observar e dar atenção a dadas características e vivências nas pessoas com AVC, sem descurar o facto de se estar a realizar o mesmo, num contexto de alterações neurológicas traumáticas. Aproveitando também o facto de ser uma mais-valia para o estágio seguinte, bem como pela importância que é dada no departamento o treino de AVD's.

Ao se efetuar ensinamentos e treinos à pessoa com AVC ao nível das AVD's, pode-se desde o início dar atenção aos produtos de apoio, que se previam ser pertinentes para os dois estágios seguintes.

De referir que na unidade de internamento também está contemplado, porém por vezes por contingências/limitações de tempo, as mesmas são em tempo reduzido, o que por vezes condiciona a capacidade da pessoa o realizar atempadamente, pelo que o executa com ajuda parcial, em detrimento de “dar mais tempo” para diminuir a necessidade de ajuda. Enquanto, que no Departamento de AVD como está planificado, a AVD treinada nesse dia dispõe por vezes de mais tempo, o que se constata que nalgumas pessoas, em determinadas AVD's, no departamento conseguissem mais autonomia. No que se refere à atividade de vestir, de acordo com Leal (2001:148) citado em Menoita (2012), refere que “a experiência demonstra que o treino desta AVD necessita de um período de tempo mais longo.”

Na instituição, mais em concreto no Departamento de AVD, foi possível encontrar pessoas com AVC, com diferentes e distintas limitações, com diversas necessidades de treino nas várias AVD's, porém, tinham como fator comum o facto de estarem numa fase de reabilitação mais intensa, com muitas capacidades já melhoradas e potenciadas.

Nestas atividades, destacamos a utilização de alguns produtos de apoio como: as calçadeiras, o abotoador, o dispositivo para calçar meias, todos eles utilizados pela pessoa com o objetivo de melhorar a sua autonomia no vestuário, e conseqüentemente contribuir para a sua qualidade de vida, pois potencia as suas capacidades. É da competência do enfermeiro de reabilitação elaborar e implementar um programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida, tal como é referido pela OE (Regulamento n.º125/2011, de 18 de fevereiro). Ao associar-se o treino com os produtos de apoio, conseguiu-se constatar o aumento da autonomia.

Neste serviço foi possível colaborar e executar o treino de atar sapatos e/ou sapatilhas com atacadores, apenas com a utilização de uma mão, por a pessoa não conseguir com as duas. Segundo a OE, o enfermeiro de reabilitação ensina à pessoa técnicas específicas de autocuidado (Regulamento n.º 125/2011, de 18 de fevereiro). Este treino requer já uma maior destreza, do que calçar uns sapatos e/ou sapatilhas, sem a necessidade de os atar, porém deve-se realçar a satisfação da pessoa ao conseguir realizá-lo. Calçar calçado ao seu gosto, sem a preocupação de depender de terceiros para o efeito, bem como não se apresentar como limitação a escolha aquando a compra de como calçar e sim do que gosta de usar. Constata-se que o ganho de autonomia é bastante valorizado, por ambas as partes.

Infelizmente o custo de alguns produtos de apoio, torna-se um obstáculo para algumas pessoas/famílias e tendo presente a limitação económica para a aquisição destes produtos, revela-se necessário por vezes arranjar alternativas mais económicas, recorrendo a objetos já existentes na casa e propor adaptações.

A reeducação funcional motora foi outra das atividades efetuadas em conjunto com os fisioterapeutas e o enfermeiro cooperante, dando especial ênfase às transferências, treino de equilíbrio e marcha.

Os enfermeiros devem procurar conhecer algumas das técnicas utilizadas por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, pela utilidade, que as mesmas possam ter nas situações, de acordo com (Seneviratne e Reimer, 2004), tal como é referido no artigo, para se criar um ambiente de estratégia terapêutica colaborativa.

O ênfase dado às transferências, revela-se muito pertinente pela importância que tem na temática do trabalho, pois são essenciais para facilitar/promover a independência noutras atividades como a higiene e/ou o banho, bem como ir ao armário buscar as roupas necessárias. Para executar as mobilizações e transferências cama/cadeira e cadeira/cama,

deve-se referir como vantagem o facto de todas as camas serem eléctricas, com possibilidade de se adequar a altura pretendida, com as vantagens inerentes que o mesmo representa para a pessoa e para o profissional que lhe presta os cuidados (minimiza o esforço necessário e maior segurança). As tábuas de transferência são produtos de apoio disponíveis e utilizados no serviço, que também facilitam a transferência.

De referir que os quartos estão organizados de modo a que na pessoa em que seja possível à própria transferir-se da cama para a cadeira de rodas, com ajuda parcial ou supervisão, consiga ir ao seu armário buscar o calçado e escolher as roupas para o dia.

Tivemos a oportunidade de realizar ensinamentos ao nível dos posicionamentos terapêuticos, principalmente em cadeira de rodas e cama com vista a uma correção postural, bem como exercícios de mobilidade articular e fortalecimento muscular, treino de equilíbrio postural estático e dinâmico sentado e em pé, todos relevantes, pois vão condicionar as condições para o treino do vestuário.

Os treinos de marcha de pessoa com TVM e AVC são habitualmente realizados no ginásio, pelo fisioterapeuta; porém no serviço existiu a oportunidade de o realizar na pessoa com AVC. Não estava previsto, como tem sido mencionado, mas realizar cuidados de reabilitação a pessoas com AVC, nomeadamente no treino de marcha, foi mais uma das mais-valias. Os treinos de marcha podiam ser com utilização de andarilho, tripé e bastão, porém para se deslocarem entre os diferentes departamentos, atendendo que são distâncias longas, a grande maioria das pessoas deslocavam-se entre os mesmos de cadeira de rodas, para sua maior segurança e conforto. Dado que a deambulação é um objetivo muito ambicionado pela pessoa, os profissionais de reabilitação, particularmente o enfermeiro especialista em reabilitação, tem de estar muito atento às questões de segurança.

No CMRA, existe uma grande diversidade de cadeiras de rodas adaptáveis a cada pessoa consoante o tipo de lesão. O seu uso adequado requer um período de treino, que deve ser sempre estimulado na própria pessoa, pois desta forma aumentará o seu nível de independência.

Através dos cuidados prestados e das questões colocadas à pessoa/família com AVC sobre as condições do domicílio, foi possível identificarmos algumas barreiras arquitetónicas e indicarmos também os produtos de apoio que poderiam contribuir para uma maior independência e qualidade de vida da pessoa, competências do enfermeiro de reabilitação (Regulamento nº125/2011, de 18 de fevereiro).

Poder participar na gestão dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados à pessoa com TVM, promovendo a otimização e a qualidade dos cuidados

de enfermagem, em articulação com a equipa interdisciplinar, era outro dos objetivos, que foi também implementado indirectamente na pessoa com AVC, só foi possível pois foram definidas estratégias e planificados os cuidados, para melhor se rentabilizar o tempo, para se realizarem os cuidados de enfermagem de reabilitação.

De acordo com a OE (Regulamento nº122/2011, de 18 de fevereiro), nas competências comuns do enfermeiro especialista vem mencionada a competência em otimizar o trabalho de equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados.

O conceito de interdisciplinaridade está patente na instituição, pois os elementos trabalham em equipa para promover a autonomia da pessoa. Tal como nos refere (Hesbeen, 2003:70) o conceito de interdisciplinaridade diz respeito a um “ (...) grupo de intervenientes com especificidades diferentes, que se complementam, mas revelam, sobretudo, uma maneira de atuar em que a noção de equipa é primordial.”. Também em alguns momentos foi possível participar na gestão dos cuidados prestados à pessoa com AVC, no internamento, dando-se primazia em relação às AVD's.

A consulta da folha de cada pessoa onde estavam descritas as atividades diárias e semanais, com o respetivo horário foi uma mais-valia. Deve-se referir a condicionante e limitação que decorre da existência prévia de horários para as pessoas se deslocarem a outros departamentos/serviços, para realizarem diferentes atividades, que estão inerentes ao seu programa específico de reabilitação. Desta forma, a pessoa passa grande parte do seu dia em programas de reabilitação, quer seja no serviço de internamento, quer no ginásio ou outros espaços de trabalho. Foi facilitador a possibilidade de realizar turnos ao fim de semana, pois essas condicionantes não se verificavam.

De acordo com (Seneviratne e Reimer, 2004), tal como é referido no artigo, os enfermeiros são um elemento ativo e essencial na reabilitação das pessoas com AVC. Enfermeiros coordenam, estimulam, facilitam e cuidam de pessoas com AVC. Os enfermeiros permanecem continuamente com as pessoas ao longo de todo o dia e semana. Os fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais depois de algumas horas e nos fins-de-semana não se encontram presentes. O papel da enfermagem na reabilitação no AVC é visto como essencial, mas a exacta contribuição permanece indefinida. Os enfermeiros de acordo com Waters e Luker (1996), citados por Seneviratne e Reimer (2004), são um recurso sub-valorizado e sub-utilizado na reabilitação.

3.2 – CONTEXTO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA COM LESÃO NEUROLÓGICA NÃO TRAUMÁTICA

Este estágio decorreu no Serviço de Medicina 4, na Unidade de Homens, no Hospital Distrital de Santarém, no período de 22 de abril a 17 de maio de 2013. O projeto individual de desenvolvimento de estágio foi direcionado essencialmente à reabilitação da pessoa com AVC, uma vez que foi esta a lesão neurológica não traumática identificada como sendo a mais frequente neste serviço (**Anexo VI**).

A maioria das pessoas com AVC neste serviço é idosa, com grau de dependência variável, com diferentes antecedentes pessoais, algumas pessoas com um AVC prévio ao atual, tendo tido maioritariamente AVC do tipo isquémico. No decorrer do estágio não surgiu qualquer situação de AVC hemorrágico.

Para identificação dos défices da pessoa com AVC, procedeu-se à sua avaliação neurológica e avaliação funcional motora. Para esse efeito foi utilizada uma “Folha de Avaliação Inicial de Enfermagem de Reabilitação”, que havia sido criada pela enfermeira cooperante baseada na NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) com algumas adaptações. No início do estágio foi iniciada a sua validação/implementação no serviço pela cooperante com a participação da mestrandia. Verificando-se a necessidade de pequenos ajustes, que foram efetuados com a colaboração da mesma. A existência deste documento de colheita de dados (**Anexo VII**), foi facilitador.

Nesta avaliação, os pares cranianos eram pesquisados na sua totalidade. Na avaliação da sensibilidade superficial era testado o tacto, a dor e a temperatura. Na sensibilidade profunda apenas era testado a postura, não sendo avaliado a vibração por ausência de um instrumento de diapasão. Na avaliação da força muscular utilizou-se a escala de Lower, no tónus muscular a escala de Ashworth modificada. A aplicação da escala de Barthel, permitiu identificar o grau de dependência nas AVD's. Os instrumentos de avaliação referenciados são os utilizados no serviço pela enfermeira cooperante, pelo que se optou por utilizar os mesmos. Para a sua aplicação salienta-se a colaboração e o apoio disponibilizado pela enfermeira cooperante, o que contribuiu na aquisição de conhecimentos e na melhoria dos cuidados prestados.

O enfermeiro de reabilitação, ao avaliar a funcionalidade e ao diagnosticar as alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades, está a desempenhar uma das suas competências, tal como é referido pela OE (Regulamento nº125/2011, de 18 de fevereiro). Uma avaliação completa e integrada dos sistemas músculo-esqueléticos e

nervosos segundo (Hoeman, 2011) habilita os enfermeiros a formularem objetivos realistas para uma pessoa, que complementam as intervenções dos outros membros da equipa de reabilitação.

Por vezes, foi difícil identificar numa pessoa com anterior AVC, se alguns dos défices eram também anteriores ou não, ou se tinham sofrido agravamento. Tal dificuldade, por vezes partilhada pela equipa médica, sendo ainda mais difícil num doente com alterações cognitivas prévias. Após identificação dos défices da pessoa, eram implementadas as intervenções planeadas, com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções que necessitavam da intervenção da enfermeira de reabilitação.

Pode-se dizer que, de acordo com a (European Stroke Initiative, 2008), a elegibilidade para a reabilitação depende da gravidade inicial do AVC, da existência de um défice prévio e outros fatores como o género, a etiologia do AVC, a idade e a topografia da lesão, foram estudados como preditores potenciais do resultado funcional. No entanto, não existe evidência de que estes fatores não modificáveis, devam influenciar as decisões em termos de reabilitação.

A reabilitação para pessoas que tiveram um AVC não começa quando a pessoa é transferida para uma unidade de recuperação, a reabilitação é um processo que começa logo que a pessoa é diagnosticada como tendo um acidente vascular cerebral isquémico ou hemorrágico, de acordo com Hickey (2003) citado por Seneviratne e Reimer (2004).

O défice mais identificado nas pessoas com AVC, no decorrer do estágio, foi a hemiparésia (“diminuição da força muscular do hemicorpo”), alguns casos de alterações da deglutição e disartria (“diminuição da força ou paralisia, descoordenação ou alteração do tônus da musculatura envolvida na fala”). A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com AVC incidiu principalmente ao nível da **mobilidade** e no treino de **AVD's**. Refere-se que é da competência do enfermeiro de reabilitação elaborar e implementar um programa de treino de AVD's, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida, tal como é referido pela OE (Regulamento n.º125/2011, de 18 de fevereiro).

Opta-se por dar destaque à **ABVD vestuário**, porém a mobilidade condiciona a capacidade de a pessoa o realizar de forma autónoma, ou não, pelo que se vão mencionar as duas.

De acordo com a OE (Regulamento n.º125/2011, de 18 de fevereiro), o enfermeiro de reabilitação concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e autocuidado nos processos de transição

saúde/doença e ou incapacidade. As intervenções planeadas são implementadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis: motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

De acordo com Kirkevold (1997), citado por Seneviratne e Reimer (2004) no artigo, já refere que a enfermagem tem um papel na reabilitação de pessoas com AVC, quer seja na maneira como os enfermeiros ajudam as pessoas e suas famílias a entenderem o processo e o resultado de um AVC; quer seja, no apoio emocional; quer seja, em manter funções, prevenindo complicações e apoio às necessidades básicas das pessoas; quer seja, o enfermeiro ajudar a pessoa nas AVD's. Um exemplo disso é a prática de sair da cama, vestir, lavar e comer.

Um plano de ensino e treino de exercícios de mobilidade deve ser iniciado logo desde a admissão e/ou o mais precocemente possível, pois estes visam: manter a integridade das estruturas articulares; manter a amplitude dos movimentos, conservar a flexibilidade, evitar aderências ou contraturas, melhorar a circulação de retorno e ajudam a manter a imagem psico-sensorial e psico-motora. Porém, infelizmente no serviço, tal facto por vezes não é possível de realizar, pois as duas enfermeiras especialistas em enfermagem de reabilitação estão na prestação de cuidados gerais e não existe implementado um programa de reabilitação, pelo que estão condicionadas, fazendo apenas pontuais exercícios nos doentes.

Consoante o grau de força apresentado pela pessoa, procedia-se ao ensino, execução e treino de exercícios de mobilidade passivos, ativos-assistidos, ativos ou resistidos. Os exercícios implementados eram parte integrante num plano concebido e implementado, tendo em vista a otimização e/ou reeducação da função ao nível motor, sendo realizados com a amplitude que a pessoa conseguia efetuar sem dor.

De acordo com Borella e Sacchelli (2009), citado em Menoita (2012:68) “a Reabilitação pode favorecer a reaprendizagem motora, que é um processo neurobiológico, pelo qual os organismos modificam temporária ou definitivamente as suas respostas motoras, melhorando o seu desempenho, como resultado do treino sistemático.”

O ensino e treino de atividades terapêuticas (rolar, ponte, facilitação cruzada e as auto-mobilizações) foram ensinadas e incentivadas. Com a sua execução pretendia-se aumentar a sensibilidade e a força muscular, contrariar o padrão anti-espástico, recuperar o mecanismo de reflexo postural, estimular o tónus muscular, integrar o hemisfério lesado, evitar a rigidez articular e as aderências das articulações da pessoa. Sendo também importante para o vestuário.

A facilitação cruzada promove a estimulação da ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado, a reeducação do reflexo postural e estimulação da sensibilidade postural de forma a reintegrar o esquema corporal (Rodrigues, 2008).

Foi utilizada a Técnica Inglesa de Margareth Johnstone (estimulação e abordagem centrada sobre o lado afetado), em que, ao promover-se a utilização do lado afetado, se procura reduzir a assimetria entre as duas metades do corpo. Ao utilizar-se os posicionamentos opostos aos padrões da espasticidade, antes desta surgir, tentando evitar o estabelecimento de posições viciosas que a espasticidade habitualmente determina. Reeducação a função motora e sensitiva do lado afetado através de estimulação dos reflexos posturais normais, tentando executar atividades bilaterais, com o intuito de aumentar o equilíbrio entre o lado são e afetado.

A Técnica Americana (utilização do lado não afetado) também foi utilizada no ensino e treino do levantar/transferência da pessoa, pois permite uma maior segurança e autonomia para a pessoa. Com a utilização desta técnica, é potenciado o lado são, sendo utilizada em pessoas com menor força muscular ou com o equilíbrio mais deficiente. Antes de efetuar o levantar, testava-se o equilíbrio estático e dinâmico da pessoa sentada na cama, só quando este estivesse mantido, procedia ao ensino e treino do equilíbrio estático e dinâmico em pé.

Foi sendo promovido ao longo do estágio o uso de calçado fechado com sola antiderrapante em detrimento do uso de chinelos, que se encontra ainda muito usual no hospital. Era incentivado o uso de calçado fechado por uma questão de segurança e também para treino de estratégias adaptativas. Surgia apenas a oportunidade para falar nos produtos de apoio, não sendo possível a sua utilização neste estágio, pois infelizmente não existiam no serviço.

Quando se incentiva o uso tanto do lado hemiplégico como o uso do lado não hemiplégico, segundo (Seneviratne e Reimer, 2004) a pessoa com a ajuda da enfermeira, se necessário, pode alimentar-se, lavar-se ou vestir-se de forma mais eficaz. As vantagens do uso tanto do lado hemiplégico como o uso do lado não hemiplégico foram sentidas na prática, sendo também baseadas na evidência, pois com recurso à revisão sistemática da literatura o mesmo também é mencionado.

O equilíbrio é fundamental, para a manutenção e realização das AVD's, pelo que para a pessoa conseguir vestir-se e calçar-se em segurança, o equilíbrio deve estar mantido. As pessoas com AVC mostram muitas vezes défice de equilíbrio, como a redução da estabilidade postural durante a posição estática, atraso e descoordenação motora tanto nas

perturbações de equilíbrio auto-induzidos como externas, pelo que o treino de equilíbrio se revela primordial.

Em caso de dificuldade no equilíbrio, pode-se desenvolver o treino do vestir na cama, quer recorrendo ao exercício da ponte, quer sentando-a na beira da cama. Quando possível fica sentada numa cadeira com os pés apoiados no chão. O hemicorpo afetado é o primeiro a vestir e o último a despir (Menoita, 2012).

Por uma questão de segurança para a própria pessoa, a mesma realizava o treino de vestir/despir e calçar/descalçar na posição de sentada, no decorrer do estágio.

Constatou-se que no treino de vestir/despir, calçar/descalçar necessita-se de tempo e continuidade para a mesma ser otimizada, o que vai de encontro a Leal (2001:148), citado em Menoita (2012), que refere: “ a experiência demonstra que o treino desta AVD necessita de um período de tempo mais longo”.

De acordo com Korpershoek, Bijl e Hafsteinsdóttir (2011), referem no artigo, que o conceito de auto-eficácia é descrito como a confiança na própria capacidade de realizar uma tarefa ou comportamento específico citando Bandura (1994), como sendo mais influenciada a auto-eficácia pela experiência, através de um bom desempenho de uma tarefa. Vários autores descrevem o papel do enfermeiro na reabilitação de pessoas com AVC. Os estudos mostraram que as enfermeiras gastam uma quantidade limitada de tempo, proporcionando intervenções terapêuticas para pessoas com AVC, porém os mesmos estão sozinhos e inativos por mais de 60% do tempo, isto é interessante, tendo em conta o facto de que os enfermeiros de reabilitação têm a responsabilidade de ajudar e treinar as pessoas na mobilidade, AVD's e fornecer intervenções terapêuticas para prevenir a depressão e melhorar a qualidade de vida. Os achados encontrados nesta revisão demonstram que as pessoas com maior auto-eficácia tiveram um melhor funcionamento em mobilidade e AVD's, porém devido à heterogeneidade dos estudos incluídos, bem como a variedade de desenhos de estudo, etc, torna impossível reunir resultados.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação permitiram que a algumas pessoas com limitações da mobilidade, fosse maximizada a sua funcionalidade, desenvolvendo as suas capacidades na realização das AVD's, procedendo ao ensino, instrução e treino da pessoa/família de forma a dotá-las da maior autonomia possível. De acordo com a OE (Regulamento n.º125/2011, de 18 de fevereiro), o enfermeiro de reabilitação tem competência para elaborar e implementar um programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

Os enfermeiros de acordo com (Korpershoek *et al*, 2011) podem começar por praticar atividades simples de auto-atendimento, como praticar a função do braço enquanto vestir. A experiência ao praticar as AVD's, tais como vestir, comer ou beber, pode conduzir a uma experiência de sucesso. Constatou-se na prática que a pessoa que começava mais precocemente a fazer exercícios de auto mobilização do membro superior e que os repetia ao longo do dia, posteriormente apresentava menos limitação de alguns movimentos necessários para o vestir e calçar.

O enfermeiro de reabilitação nas suas funções deve promover a máxima capacitação da pessoa, maximizando as pequenas habilidades e realizando as modificações necessárias e possíveis, com o recurso a produtos de apoio, que procurem diminuir a diferença entre dependência e independência, tal como é preconizado pela OE (Regulamento n.º125/2011, de 18 de fevereiro), promovendo a qualidade de vida e a satisfação.

De salientar que as camas não são reguláveis em altura e quanto à regulação do plano superior e inferior é feita mecanicamente, apenas em algumas, o que se considera como fator limitador. O espaço entre camas permite otimizar a transferência/mobilização de pessoas da cama/cadeira.

Considera-se que os cuidados prestados promovem o desenvolvimento da máxima independência da pessoa, preparando-a para o regresso a casa. A preparação no regresso a casa, enquadra-se no âmbito dos cuidados de enfermagem gerais, porém o enfermeiro especialista em reabilitação consegue ter uma visão mais ampla e uma intervenção mais especializada nestes cuidados. A OE refere que o enfermeiro especialista em reabilitação nas suas competências "... concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e participação na sociedade" (Regulamento n.º125/2011, de 18 de fevereiro).

Com a reabilitação pretendíamos melhorar a sensibilidade e a força muscular, estimular o tónus muscular, contrariar o padrão anti-espástico, recuperar o mecanismo de reflexo postural, integrar o hemicorpo lesado, evitar a rigidez articular e as aderências das articulações da pessoa, tentando evitar futuras complicações e aumentar a segurança e autonomia na mobilidade e na capacidade de vestir/despir. O enfermeiro de reabilitação, segundo (Branco e Santos, 2010), deve planear desde o início os seus cuidados, de modo a minimizar ou contrariar o surgimento do padrão espástico, com a adoção de posturas inibitórias da espasticidade.

Com a mobilidade otimizada, o treino da ABVD vestuário era implementado, tendo em consideração o nível de dependência, adequando as suas intervenções de modo a atenuar um problema, recorrendo se necessário a produtos de apoio.

O treino da ABVD vestuário na pessoa com AVC é um processo contínuo, progressivo e também educativo, por vezes longo e nem sempre o resultado será a capacidade funcional total. A gravidade do AVC, a particularidade da pessoa, a disponibilidade e diversos outros fatores podem condicionar o treino. Porém, ganhos na atividade, na procura da autonomia e independência, traduzem-se por ganhos na qualidade de vida.

De acordo com Dixon *et al* (2007), citado por Korpershoek *et al* (2011) em que descrevem a experiência de pessoas a realizarem as suas atividades de AVD's como forma de reabilitação, com o autocuidado em AVD's, reconhecendo melhorias próprias, empurrando limites e estabelecendo metas. No decorrer do estágio foi notório, que para algumas pessoas a execução das AVD's era importante para o seu processo de recuperação.

A comunicação terapêutica, segundo (Menoita, 2012), é fundamental para a reabilitação, sendo constituída pela comunicação oral, pela comunicação não-verbal (gestos, posturas, expressões faciais, orientações do corpo, organização dos objetos no espaço e distância mantida entre pessoas), sendo um recurso para o enfermeiro interpretar os sentimentos da pessoa, dúvidas, medos e anseios, criando um maior vínculo terapêutico.

As características do vestuário deverão ser adaptadas às dificuldades presentes, no sentido de facilitar a pessoa, permitindo vestir e despir-se sem ajuda, ou com a menor ajuda possível (Menoita, 2012). O vestuário deve ser escolhido pela pessoa, porém o enfermeiro deve sugerir algumas adaptações com o objetivo de facilitar o vestir/despir (Branco e Santos, 2010).

Como o estágio decorreu no serviço de Homens, não foi possível implementar o treino de vestir/despir soutien; porém, o mesmo foi possível no estágio anterior.

No vestuário, para além da amplitude dos movimentos, torna-se relevante a destreza, os movimentos finos, como a capacidade de preensão, tão importante para se abotoar botões ou puxar um fecho.

Uma das estratégias adoptadas pela mestranda para potenciar os movimentos da mão e preensão foi implementar o uso de mudar cliques com recurso à mão do lado lesado, de um copo para outro, bem como tentar apertar e desapertar tampas de garrafas de água, o que se mostrou ser útil em complementação com o treino. O serviço não disponha de

material específico, utilizando-se o existente. O enfermeiro especialista deve otimizar os recursos existentes.

De acordo com a OE (Regulamento n.º125/2011, de 18 de fevereiro), o enfermeiro de reabilitação ensina a pessoa e ou cuidador técnicas específicas de autocuidado.

A marcha é a última atividade a ser implementada no decorrer da reabilitação, devendo ser iniciada quando a pessoa sinta segurança e quando houver equilíbrio (Rodrigues, 2008). Quando é possível realizar a marcha, a mesma torna-se importante para a pessoa por vários motivos, sendo um deles, a possibilidade de ir ao armário buscar as suas roupas. Promovendo a marcha quando possível e melhorando-a, também se facilita futuramente as deslocações, até para ir às compras comprar roupas e calçado ao gosto da mesma.

Durante a realização do ensino e treino de marcha, era tido em consideração a correção da postura corporal. A pessoa efetuava a sua marcha controlada pelas enfermeiras (mestranda e cooperante), pois como fator limitador, tem-se a referir a inexistência de andador e/ou tripé no serviço, o que condicionava o treino. De realçar que os treinos, por esse motivo, foram efetuados em interação com a enfermeira cooperante. Enquanto enfermeiro especialista cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º122/2011, de 18 de fevereiro).

Relativamente ao objetivo **gerir os cuidados de enfermagem de reabilitação, promovendo a otimização e a qualidade dos cuidados de enfermagem, em articulação com a equipa interdisciplinar**, procurou-se ao longo do estágio efetuar uma gestão de cuidados adequada às necessidades da pessoa.

A gestão dos cuidados é uma das competências atribuídas ao enfermeiro especialista descritas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro).

A gestão de unidades de AVC nos hospitais, centros de reabilitação e lares de idosos, segundo (Korpershoek *et al*, 2011), necessitam de criar tempo, espaço e apoio financeiro na sua política para possibilitar que os enfermeiros possam oferecer às pessoas a oportunidade para aprender sobre auto-eficácia e praticar e partilhar experiências com outras pessoas. Enfermeiros com práticas em enfermagem avançada têm um papel importante na implementação deste conhecimento na prática diária.

Para além da prestação de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, houve sempre disponibilidade para colaborar com toda a equipa interdisciplinar, transmitindo as informações que se considerava relevantes para o processo de tomada de

decisão dos cuidados. Sempre que se considerava pertinente para o processo de cuidados à pessoa, eram orientados e delegados alguns cuidados de saúde na equipa de enfermagem para o turno seguinte, otimizando desta forma a qualidade dos cuidados prestados, tal vai ao encontro de (Hesbeen, 2003), pois o mesmo refere que os profissionais devem permitir a otimização de todas as energias e promover um verdadeiro trabalho interdisciplinar.

Realça-se a boa relação interpessoal existente com todos os elementos da equipa interdisciplinar e a atitude de cooperação que demonstraram. De acordo com (Seneviratne e Reimer, 2004), é essencial que todos os membros da equipa de saúde colaborem no tratamento de reabilitação de um AVC, a fim de otimizar a reabilitação e a recuperação.

De acordo com (Booth *et al*, 2004), embora haja reconhecimento geral da contribuição da enfermagem para resultados na reabilitação, o mesmo tem recebido pouca atenção de pesquisa específica. Em parte da literatura analisada para o artigo, acima mencionado, o que falta é o que as enfermeiras, na verdade fazem com as pessoas com AVC e uma análise da existência ou não, se o mesmo pode ser denominado “reabilitação”. Existe uma necessidade de maior atenção ao delinear as atividades específicas, que os enfermeiros realizam com as pessoas com AVC e é importante também o modo como as mesmas são realizadas. Para efeitos de avaliação do estudo, o foco estava nos processos e práticas de enfermeiros durante os cuidados e atividades da manhã, que incluía a higiene pessoal e vestir-se. Os resultados sugerem que a educação dos enfermeiros os habilitam a adotar uma abordagem mais propícia para a reabilitação quando estão a auxiliar as pessoas com AVC nos cuidados da manhã.

Para concretizar o objetivo **desenvolver competências na área formativa para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com AVC, promovendo a otimização e a qualidade dos mesmos em articulação com a equipa interdisciplinar**, conseguiu-se através de uma reunião informal com enfermeira chefe e a enfermeira cooperante, onde foi constatada a necessidade de serem melhoradas as condições em que eram preparados os regressos a casa, em especial a pessoa com AVC. Foi proposta a elaboração de um Projeto **“Preparação do regresso a casa da pessoa com AVC e seu cuidador”** (Anexo VIII) em colaboração com a enfermeira cooperante, tendo sido posteriormente apresentado à equipa de enfermagem pela mestrande e cooperante (Anexo IX), no dia agendado para decorrer formação em serviço.

O projeto tem como objetivo geral preparar o regresso a casa da pessoa com AVC e o seu cuidador, com vista à máxima autonomia e independência, pelo que também se tornou pertinente na temática trabalhada, na medida em que se potenciava a ABVD

vestuário, promovendo estratégias e direcionando para produtos de apoio e/ou adaptações na roupa e/ou calçado. Os enfermeiros especialistas em reabilitação de acordo com (Seneviratne e Reimer, 2004), estão numa posição importante de poder garantir que a pessoa e a sua família aprenderam técnicas de reabilitação, de modo a continuá-las em casa.

No geral, constatou-se que as pessoas/cuidadores tinham poucos conhecimentos sobre o AVC, pelo que o projeto se prevê que seja uma mais-valia em diferentes vertentes. No serviço, não existe um folheto informativo para ser entregue à pessoa/cuidador, o que se considera dificultador para a equipa e família/cuidador.

Inicialmente, as AVD podem ter de ser realizadas totalmente pelo enfermeiro; porém, de acordo com (Menoita, 2012), como o programa de reabilitação é gradual e adequado às necessidades da pessoa, deve-se integrar e envolver precocemente e sempre que possível a família, especialmente o elemento que será o cuidador.

De uma forma geral, verificámos que com a intervenção da enfermeira de reabilitação, com os cuidados prestados, ensinamentos e incentivo à pessoa e sua família, houve uma evolução positiva na aprendizagem das capacidades funcionais e na aquisição da autonomia da pessoa com AVC no desenvolvimento das suas AVD's, o que certamente contribuiu para a melhoria e qualidade de vida, bem como para o aumento da sua independência, com ganhos para a sua autoestima. Foi gratificante para ambos, o poder acompanhar a crescente independência na ABVD vestuário, entre outras.

Aquando do regresso a casa da pessoa com AVC, efetuámos conjuntamente com o enfermeiro de reabilitação do serviço, a referência da situação para o enfermeiro da comunidade. Nem todos os centros de saúde dispõem de enfermeiro de reabilitação, pelo que no imediato em casa, nem todas as pessoas vão ter acesso a esses cuidados especializados. No entanto, as pessoas tinham a possibilidade de serem referenciadas e avaliadas pela Equipa de Gestão de Altas (EGA), que podia encaminhar para diferentes tipologias de unidades, sendo abrangente na instituição em todos os serviços de acordo com as necessidades da pessoa e não em exclusivo para a pessoa com AVC.

A informação personalizada das necessidades da pessoa e seu cuidador segundo (Petronilho, 2007), na carta de transferência de enfermagem, constitui uma estratégia fundamental para a promoção da continuidade dos cuidados, em articulação com a equipa de enfermagem, dos cuidados de saúde primários.

Através dos cuidados prestados e das questões colocadas à pessoa/família com AVC sobre as condições do domicílio, identificámos algumas barreiras arquitetónicas e

indicámos os produtos de apoio que poderiam contribuir para uma maior independência e qualidade de vida da pessoa, competências do enfermeiro de reabilitação (Regulamento nº125/2011, de 18 de fevereiro).

3.3 – CONTEXTO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA/FAMÍLIA NA COMUNIDADE (COMPONENTE OPCIONAL)

Este bloco de estágio decorreu no ACES Médio Tejo, na UCC do Centro de Saúde do Entroncamento, no período de 27 de maio a 21 de junho de 2013.

O projecto individual de desenvolvimento deste estágio foi elaborado tendo em conta as orientações fornecidas pela enfermeira cooperante que, conhecendo o contexto comunitário, sugeriu as situações mais pertinentes para a atuação do enfermeiro especialista em cuidados de enfermagem de reabilitação (**Anexo X**).

O acompanhamento das atividades efetuadas pela enfermeira cooperante, assim como as várias entrevistas informais realizadas durante o estágio, também contribuíram para uma melhor compreensão sobre o papel do enfermeiro de reabilitação na comunidade.

Em contexto comunitário, o enfermeiro de reabilitação poderá ter um papel determinante na formação, para garantir as condições necessárias ao nível arquitetónico, particularmente no que respeita às acessibilidades em organizações públicas e nas empresas, podendo também ser mais um recurso no âmbito da segurança social, para colaborar na avaliação das necessidades de produtos de apoio, indispensáveis à promoção da autonomia. A educação para a saúde, em doentes com incapacidade, doença crónica, ou resultantes do envelhecimento também assume importância na promoção da qualidade de vida da pessoa e sua família (APER, 2010).

A enfermeira de reabilitação na comunidade, segundo (Hoeman, 2011), desempenha um papel chave numa reintegração comunitária bem sucedida, porque dá atenção às diversas variáveis com impacto neste processo. A comunidade em que se processa a integração da pessoa incapacitada ou doente crónica envolve o ambiente, transporte, a habitação, profissionais de saúde, recursos, localização geográfica e o acesso aos serviços locais.

Também (Branco e Santos, 2010) referem que o papel do enfermeiro especialista de reabilitação é determinante para o sucesso da reintegração da pessoa na comunidade. Para que isso aconteça, a pessoa/família (cuidador) têm de ser envolvida em todo o

processo de reabilitação, para que desta forma esteja motivada e seja responsável pela manutenção/recuperação da sua saúde. O respeito, a partilha, a integração e a articulação constituem assim, a componente chave do regresso a casa.

Ao se envolver e capacitar a família/cuidador para os cuidados necessários no domicílio, consegue-se por vezes antecipar, prevenir e/ou eliminar possíveis focos de complicações, diminuindo a probabilidade de novos internamentos.

Em pessoas com incapacidade resultante de um AVC, a educação para a saúde, assume particular importância na promoção da qualidade de vida da pessoa e família. Ao capacitar a pessoa e maximizar a sua funcionalidade, tornando-a mais autónoma, o enfermeiro de reabilitação, contribuirá para que esta fique menos dependente de terceiros e, conseqüentemente, para a diminuição dos custos associados, traduzindo-se em ganhos económicos para a comunidade.

Através da observação durante o estágio, foi possível perceber que a enfermeira especialista em reabilitação nesta unidade de saúde presta cuidados de reabilitação no domicílio à pessoa/família que está impossibilitada de executar as suas atividades de vida de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência ou incapacidade. A sua intervenção tem como principal objetivo a melhoria da qualidade de vida da pessoa/família.

A UCC do Entroncamento tem uma vasta parceria com as diferentes entidades que existem no concelho, o que possibilita potenciar e rentabilizar recursos, bem como antecipar eventuais focos prováveis de origem de problemas, pelo que intervém nos mesmos de forma precoce. De salientar que estão vários projetos implementados na sua UCC, sendo de mencionar que a enfermeira especialista de reabilitação é a gestora dos mesmos, fazendo a articulação com os outros membros da equipa interdisciplinar.

Os objetivos definidos no projeto individual direcionaram-se principalmente para a vertente da prestação de cuidados de reabilitação na área da reabilitação funcional motora, tendo sido possível acompanhar algumas pessoas com AVC, com diferentes graus de dependência de terceiros.

Contudo, não foram esquecidas outras áreas essenciais na enfermagem de reabilitação como a reintegração social e familiar, o exercício da cidadania e a promoção da autonomia.

De entre os objetivos propostos, apenas iremos analisar aquele que está mais relacionado com a nossa temática de estudo, **prestar cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação na área da reabilitação funcional motora à pessoa com**

deficiência/ incapacidade e família/cuidador, em contexto domiciliário e comunitário, com vista à sua máxima autonomia e independência.

No decorrer do estágio ocorreu um conjunto de fatores, que de forma indireta condicionaram e foram limitadores do mesmo. Nas visitas domiciliárias, iam vários elementos da ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados), o que limitava o número de pessoas que a carrinha podia levar, associado ao facto de serem duas mestrandas e uma enfermeira que estava no seu período de integração na UCC. Pelos motivos acima mencionados, as visitas domiciliárias eram geridas pela enfermeira cooperante, o melhor possível de forma a proporcionar oportunidades enriquecedoras para o estágio das mestrandas, porém apesar do seu empenho, as mesmas eram limitadas pelas condicionantes. De acordo com a OE (Regulamento nº122/2011, de 18 de fevereiro), nas competências comuns do enfermeiro especialista vem mencionada a competência em otimizar o trabalho de equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados.

Os planos de intervenção tiveram em conta o potencial de reabilitação de cada pessoa, bem como a mobilização dos recursos da própria família e da comunidade. A colheita de dados para elaboração dos respetivos programas de reabilitação funcional motora são efetuadas através da observação direta, entrevistas informais à própria pessoa e aos familiares (cuidadores), consulta do processo clínico e de exames complementares de diagnóstico. Na observação e avaliação objetiva foram utilizados instrumentos de medida de avaliação funcional motora como a Escala de Lower, a Escala de Ashworth modificada. O Índice de Barthel foi o instrumento utilizado para avaliação da capacidade funcional na realização de atividades de vida. A selecção destes instrumentos de avaliação motora deveu-se ao facto de já serem instrumentos validados em Portugal e utilizados pela enfermeira cooperante e por terem aplicabilidade nas situações clínicas destas pessoas.

A atuação ao nível da reabilitação funcional motora não se limita apenas a essa área, também se tentava minimizar o desconforto inerente à situação de incapacidade, com o envolvimento da família/cuidador no processo de reabilitação. A pessoa deve ser vista como um todo, não sendo descurado nenhum aspeto.

Para haver um ambiente terapêutico no domicílio da pessoa com AVC, segundo (Menoita, 2012), o mesmo deve ser seguro e acessível à pessoa que lá vive. Existiu a preocupação pela identificação de barreiras arquitetónicas no domicílio, pela cooperante e mestrandas, promovendo soluções em conjunto com a pessoa/família.

De uma forma geral, conseguiu-se orientar as pessoas/famílias na eliminação de algumas destas barreiras no seu contexto de vida. A enfermeira cooperante acompanha as

peças já há algum tempo, pelo que as suas sugestões são valorizadas pelas mesmas, tendo-se constatado que as pessoas as implementam dentro das suas possibilidades.

A enfermagem de reabilitação tem como finalidade ajudar as pessoas a aproveitar o máximo das suas capacidades, tendo o dever de desenvolver no âmbito das suas competências específicas, um modelo de exercício que implique a mobilização de todas as capacidades da pessoa, favorecendo o seu autocuidado e conseqüentemente operando como um parceiro (Branco e Santos, 2010).

Os ensinamentos à pessoa/família com AVC, foram mais reforços de ensinamentos, pois nos casos acompanhados no decorrer do estágio, as pessoas já haviam regressado ao domicílio e meio familiar à tempo suficiente para ter ocorrido a adaptação ao mesmo e a maioria das necessidades teriam sido identificadas e colmatadas. A nossa intervenção foi essencialmente promover a capacitação e autonomia nas AVDs. No entanto, no presente trabalho abordamos apenas na ABVD vestuário.

De acordo com (Branco e Santos, 2010), quando o equilíbrio está presente e a família previamente instruída poderá se iniciar um conjunto de estratégias que visam a aquisição de autonomia da pessoa em tarefas tais como: higiene, vestir, despir, alimentação e manobras de transferência.

Nas pessoas com AVC, foi visível a incapacidade para a realização do autocuidado. Nas atividades de vida diária, requerem a presença mais ou menos constante de outra pessoa. A forma como a dependência gerada é vivida pela pessoa e pela sua família, depende também como a própria doença é aceite em termos de autonomia, individualidade e coesão familiar (Branco e Santos, 2010).

A quando da chegada ao domicílio, era inquirida a pessoa como se havia vestido, se sozinha ou com ajuda, se com ajuda para que peça de vestuário, etc. Era validado o que conseguia e o que ainda precisava de treino e/ou ajuda para em conjunto se definirem estratégias e/ou produtos de apoio a fim de aumentar o grau de independência. Realizámos então, ensinamentos e treinos de técnicas específicas para o vestuário.

O enfermeiro de reabilitação deve maximizar a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa e ensinar a pessoa e ou cuidador técnicas específicas de autocuidado, tal como é referido pela OE (Regulamento nº125/2011, de 18 de fevereiro).

Foi incentivada a pessoa e a sua família à mudança de roupa, bem como a própria pessoa escolher a roupa que pretende vestir, em detrimento de permanecer com pijama no decorrer do dia pois, de acordo com (Menoita, 2012), envolver a pessoa na escolha da roupa motiva-a para se arranjar, mesmo que permaneça em casa.

Algumas pessoas tinham tendência para permanecerem em pijama/camisa de noite, durante todo o dia, não fazendo distinção entre a roupa utilizada para usar no dia ou para dormir. Situação que se foi tentando modificar, por vezes com alguma renitência inicial. Foi-se demonstrando que ao mudar de roupa para além de estar a estimular e a mobilizar os membros, potenciado a parte motora, também se contribui para o melhoramento da auto imagem, o que contribui para o aumento da sua qualidade de vida. Foi incentivado o calçado adequado para promover a segurança na marcha e como meio para prevenir possíveis complicações decorrentes de um calçado inapropriado.

Era incutido ao familiar/cuidador para não ser rígido nas técnicas e que era benéfico elogiar os progressos, por muito pequenos que fossem, o que também é defendido por Rensink *et al* (2009), citado por Korpershoek *et al* (2011) no artigo, em que referem que a pessoa precisa ser incentivada a fazer atividades que acha difícil de executar e prestar atenção, que enfermeiros e familiares precisam dar feedback positivo e elogio a cada melhoria, por pequena que seja.

Era-lhes transmitido que deviam incentivar as atividades com o lado afetado também, deviam auxiliar e não substituir a pessoa, bem como promover a escolha de roupa pela própria pessoa. Também se conversava com a pessoa e familiar/cuidador sobre adaptações na roupa e/ou calçado, bem como estratégias ou modificações possíveis de implementar que promovessem a ABVD vestuário.

A família desempenha um papel preponderante, segundo (Branco e Santos, 2010), não sendo apenas um meio de chegar à pessoa, mas também a principal impulsionadora da continuidade destes mesmos cuidados.

Tivemos em consideração as alterações identificadas, tendo incentivado os exercícios de auto mobilização do membro superior, dando também ênfase aos exercícios ativos, assistidos e resistidos nos membros, assim como ao treino do equilíbrio estático e dinâmico em pé. Os exercícios contribuem para a melhoria, ou pelo menos o não agravamento da mobilidade, o que por sua vez vai influenciar e ser facilitador na ABVD vestuário.

O caminho para a independência, segundo (Branco e Santos, 2010) requer um ajustamento progressivo às capacidades e a uma reaprendizagem em diferentes atividades, nomeadamente nas AVD's. Limitações na amplitude dos movimentos podem originar diferentes dificuldades na ABVD vestuário. Nalguns casos um reforço do treino de vestir/despir e calçar/descalçar revelou-se suficiente, noutros casos foi necessário implementar adaptações em algumas roupas e utilizar mesmo alguns produtos de apoio.

Existe uma grande variedade de produtos de apoio, devendo o enfermeiro de reabilitação mencioná-los e em conjunto com a pessoa/família “descobrir” quais são os mais adequados e/ou necessários, tal como é referenciado como sendo uma área de intervenção da sua competência pela OE (Regulamento n.º125/2011, de 18 de fevereiro). Porém, alguns dos produtos de apoio tem custos, que as pessoas/famílias tem dificuldade em suportar, pelo que também devem ser tentadas outras opções menos dispendiosas, com recurso a algumas coisas que já tenham em casa.

Apertar as roupas e/ou botões, mesmo passado algum tempo é também muitas vezes sinónimo de dificuldade. Uma solução pode ser a utilização de roupas que apertem à frente, aumentar o tamanho das casas e dos botões, utilizar abotoadores ou recorrer a fechos de maior tamanho. Em casos de maior dificuldade podem-se adaptar as roupas com bandas de velcro, como já foi anteriormente referido.

Em pessoas com menor mobilidade, os fatos de treino podem ser uma boa opção, pois são confortáveis, com as calças mais largas e, por sua vez, mais fáceis de vestir.

O enfermeiro de reabilitação juntamente com a pessoa/família deve promover o que se adapta melhor às reais necessidades da pessoa, bem como as suas possibilidades económicas para a aquisição de produtos de apoio e/ou para adaptações.

Os sapatos devem ser de um tamanho adequado, confortáveis, com uma sola antiderrapante. Os sapatos mais fáceis de calçar e descalçar são os do tipo “ténis”, com velcro, mais práticos do que os de atacadores. Para quem opta por continuar a usar sapatos mais “tradicionais”, com atacadores, o mesmo é possível, sendo uma calçadeira de cabo longo uma boa solução. Se ocorrer dificuldade em utilizar as duas mãos para atar os atacadores, deve-se ensinar a técnica de apertar com apenas uma, de modo a adaptar a pessoa, com dotação de maior autonomia. De acordo com (Hoeman, 2011) deve-se usar os princípios educacionais adequados para défices específicos e deficiências, quando uma pessoa está a aprender técnicas para se vestir.

As enfermeiras de reabilitação, segundo (Hoeman, 2011), ajudam as pessoas a desenvolver as suas capacidades, otimizar a função e aceitar a responsabilidade como parte da sua participação no processo da equipa de reabilitação, deve-se treinar assertivamente, de modo a potenciar as capacidades. A melhoria do movimento coordenado pode ser obtida através da repetição e da prática de movimentos funcionais direcionados às atividades da pessoa. Desta forma, a realização de exercícios para manter ou aumentar a força muscular, bem como uma maior estabilidade postural, através dos quais pretendíamos manter ou melhorar a capacidade funcional da pessoa na realização das

atividades de vida, marcha, manutenção de equilíbrio e aumento de força muscular. O que conseqüentemente melhora a sua qualidade de vida.

De uma forma geral, verificámos que com a intervenção da enfermeira de reabilitação, com os cuidados prestados, ensinamentos e incentivo à pessoa e sua família, houve uma evolução positiva na aprendizagem das capacidades funcionais e na aquisição da autonomia da pessoa com AVC, no desenvolvimento das suas AVD's, o que certamente contribuiu para a melhoria e qualidade de vida, bem como para o aumento da sua independência, com ganhos para a sua autoestima.

Os enfermeiros, que estejam em cuidados agudos, reabilitação ou *homecare*, devem ter um maior interesse na educação da reabilitação e tornarem-se ativos na terapia, segundo (Seneviratne e Reimer, 2004), pois estão numa posição importante de poder garantir que a pessoa e a sua família aprenderam técnicas de reabilitação, de modo a continuá-las em casa.

Pretende-se com a continuidade dos cuidados de reabilitação, na comunidade precaver a perda de capacidades que já possam ter sido adquiridas, bem como tentar impedir complicações, que possam originar novos reinternamentos. A reabilitação de acordo com (Hesbeen, 2003) para além de permitir lidar com a presente situação, deve preparar para situações que se sabe ou se teme que irão ocorrer no futuro.

O objetivo **gerir os cuidados de Enfermagem de Reabilitação, promovendo a otimização e a qualidade dos mesmos**, foi atingido através da colaboração na tomada de decisão relativamente às necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo-se promovendo uma organização e gestão adequada face às prioridades que cada pessoa apresentou, tal como é defendido pela OE (Regulamento nº122/2011, de 18 de fevereiro).

4 - PRINCIPAIS CONCLUSÕES DA PRÁTICA EM ENSINO CLÍNICO

O presente trabalho derivou da realização do Estágio II, no qual se constatou em todos os contextos a preocupação do enfermeiro especialista em reabilitação de estabelecer estratégias para melhorar a independência nas AVD's. A sua intervenção pode ser muito ampla e diversa, não se limitando apenas à reabilitação funcional motora, incluindo também outros aspetos essenciais ao processo de reabilitação como a integração/orientação da família nos cuidados, bem como a identificação e orientação para a eliminação de barreiras arquitetónicas no contexto de vida da pessoa. O enfermeiro especialista em reabilitação concebe planos de intervenção, tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade (Regulamento nº125/2011, de 18 de fevereiro).

A enfermagem de reabilitação visa potenciar uma recuperação e reintegração da pessoa, diminuindo a deficiência, a incapacidade e desvantagens que possam existir, de modo a que a mesma seja, a mais autónoma possível na ABVD vestuário. Verificou-se que o seu processo de reabilitação é único e pessoal, não surgiram situações iguais. Quando a pessoa se torna autónoma, ou o mais possível, no seu meio familiar e comunidade é que se considera que termina o seu processo de reabilitação.

A intervenção do enfermeiro de reabilitação não se limita ao contexto hospitalar, pois constatou-se que a sua ação é de extrema importância no contexto da comunidade, meio onde a pessoa se encontra inserida. O enfermeiro de reabilitação poderá desempenhar um papel considerável em reduzir a dependência e promover a autonomia e qualidade de vida da pessoa/família.

Considera-se uma vantagem ter tido a possibilidade de realizar estágios em diferentes contextos e em diferentes fases no processo de reabilitação da pessoa, sendo possível constatar diferentes realidades e condições, o que permitiu um conhecimento alargado do percurso da pessoa desde o internamento até à sua reinserção na comunidade e no seu meio familiar.

A pessoa com um AVC pode ter um longo percurso a percorrer para a sua recuperação e adaptação, mas será mais facilitador, se for aplicado precocemente cuidados de reabilitação de enfermagem, em conjunto com a equipa interdisciplinar e a sua família. Tal como é preconizado pela OE, a gestão dos cuidados, a resposta dos colaboradores e a

articulação na equipa multiprofissional, promove a otimização da qualidade dos cuidados (Regulamento nº122/2011, de 18 de fevereiro).

Foi possível nalguns casos acompanhar a sua reabilitação durante algum tempo, constatando que com o treino para o vestuário, associado a alguns produtos de apoio, a pessoa conseguia compensar quase na totalidade a sua limitação motora, com ganhos para a sua autonomia e auto-estima. Revelou-se necessário consciencializar as famílias de que ajudar não significa substituir, pois nalgumas situações a família tende a substituir em detrimento de dar tempo para a própria pessoa atuar sozinha nas suas AVD's, por vezes devido a inseguranças ou desconhecimento.

A literatura demonstra que o enfermeiro especialista em reabilitação poderá ter um papel preponderante na capacitação e maximização das capacidades funcionais da pessoa com AVC, promovendo a capacitação e independência da pessoa para as AVD's, o que se pode testemunhar no decorrer do estágio. No entanto, tem recebido pouca atenção para a pesquisa específica.

A revisão sistemática permite conhecer a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, através de artigos científicos, que demonstram a contribuição na reaquisição da autonomia na ABVD vestuário da pessoa adulta com afeção neurológica decorrente de AVC, indo de encontro à literatura.

Apesar do reconhecimento geral da contribuição da enfermagem para resultados na reabilitação, como o mesmo tem recebido pouca atenção de pesquisa específica, em específico em relação ao vestuário, não se consegue indicar a real importância da mesma.

Foi limitador na elaboração do presente trabalho, a dificuldade em encontrar artigos científicos relacionados com o vestuário.

A realização deste relatório exigiu muita pesquisa, disponibilidade, análise e reflexão de forma a obter um resultado o mais conciso e objetivo possível, mas no final revela-se gratificante.

Permitiu o desenvolvimento de um tema com interesse para a enfermagem de reabilitação, que poderá ser melhor explorado em pesquisas futuras. Possibilitou também o desenvolvimento de conhecimentos e competências específicas na metodologia PI[C]O.

Durante todo este processo existiram alguns momentos de dúvidas, que foram sendo colmatados com a ajuda do professor orientador. De uma forma geral, pensamos que os objetivos definidos foram atingidos.

BIBLIOGRAFIA

Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (2010). Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Acedido em 28 de maio de 2013 em www.aper.com.pt

Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (2003). História da enfermagem de reabilitação. Acedido em 10 de julho de 2014 em www.aper.com.pt/index.../Hist_Enf_Reab_Rev_OEn9_jul2003.pdf

Branco, T., Santos, R. (2010). Reabilitação da pessoa com AVC. Coimbra: Formasau.

Booth, J., Hillier V., Waters K., Davidson I. (2004). Effects of a stroke rehabilitation education programme for nurses: Journal Of Advanced Nursing [J Adv Nurs] 2005 Mar; Vol. 49 (5), pp. 465-73. Acedido em 8 de abril de 2014 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=15713178&lang=pt-br&site=ehost-live>

Decreto-Lei nº161/96. *Diário Da República* nº 205/96, série I-A. Ministério da Saúde.

Direção-Geral Da Saúde (2013). Portugal: Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2013, Lisboa.

EBSCOhost Web (2014). Acedido em 08 de abril de 2014 em <http://web.a.ebscohost.com/>

Escola Superior de Saúde de Santarém (2011). Documento orientador à elaboração do relatório – Obtenção do grau de mestre. Santarém. Autor.

Escola Superior de Saúde de Santarém (2012). Normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos. Santarém. Autor.

Escola Superior de Saúde de Santarém (2012/2013). Documento de apoio ao estágio II e relatório. Santarém. Autor.

European Stroke Initiative (2008). Recomendações para o tratamento do AVC isquémico. Acedido em 24 de abril de 2013 em http://www.esostroke.org/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf

European Stroke Organisation – Organização Europeia de AVC (2011). Acedido em 10 de julho de 2014 em <http://avcacidentevascular.webnode.pt/acidente-vascular-cerebral/tipos-de-avc/>

Galvão, C. (2006). Níveis de evidência. *Acta Paulista de Informação*. 19 (2). Acedido em 8 de abril de 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/ap/v19n2/a01v19n2.pdf>

Gutenbrunner, C., Ward, A., Chamberlain, M. (2009). Livro branco de medicina física e de reabilitação na Europa. Centradur – Centro Internacional de Traduções, Lda.

Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de reabilitação – Prevenção, intervenção e resultados esperados*, 4ª edição. Loures: Lusodidacta.

Korpershoek, C., Bijl, J., Hafsteinsdóttir, T. (2011). Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing [J Adv Nurs]* 2011 Sep; Vol. 67 (9), pp. 1876-94. *Date of Electronic Publication:* 2011 Jun 07. Acedido em 8 de abril de 2014 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21645040&lang=pt-br&site=ehost-live>

Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC – Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

MeSH (Medical Subjects Headings) Browser (2014). Acedido em 8 de abril de 2014 em <https://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

Ordem dos Enfermeiros (2006). CIPE Versão 1.0 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Parecer sobre atividades de vida diária. Parecer nº12/2011. Lisboa. Autor.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Lisboa. Autor.

Organização Mundial de Saúde (2014). Acidente Vascular Cerebral. Acedido em 10 de julho de 2014 em http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/fr/

Petronilho, F. (2007). Preparação do regresso a casa. Coimbra: Formasau.

Portal da Saúde (2012). Acidente Vascular Cerebral. Acedido em 10 de julho de 2014 em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaud e/doencas/doencas+do+aparelho+circulatorio/avc.htm>

Regulamento nº122/2011 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República nº 35, 2ª série, 18 de fevereiro*. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento nº125/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República nº 35, 2ª série, 18 de Fevereiro*. Ordem dos Enfermeiros.

Rodrigues, C. (2008). A pessoa com AVC - Atividades de vida diária alteradas - Cuidados de enfermagem de reabilitação. *Revista Nursing*, (239), pp.14 -19.

Roper, N., Logan, W., Tierney, A. (2001). O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney. Lisboa: CLIMEPSI, Editores.

SÁ, M. (2009). AVC – Primeira causa de morte em Portugal. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa, pp. 12-19.

Seneviratne, C., Reimer, M. (2004). Neurodevelopmental treatment and stroke rehabilitation: A critique and extension for neuroscience nursing practice. Published for the Canadian Association of Neurological and Neurosurgical Nurses Axone (Dartmouth, N.S.) [Axone] 2004 Dec; Vol. 26 (2), pp. 13-20. Acedido em 8 de abril de 2014 em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=15663315&lang=pt-br&site=ehost-live>

ANEXOS

ANEXO I - Critérios de inclusão/exclusão de artigos

Crêterios de Inclusão/Exclusão de artigos

Crêterios de Inclusão	Crêterios de Exclusão
Língua inglesa	Língua não inglesa
Artigos disponíveis em <i>full text</i>	Artigos não disponíveis em <i>full text</i>
Resumo disponível	Resumo não disponível
De janeiro de 2003 a dezembro de 2013 (10 anos)	Antes de janeiro de 2003 e depois de dezembro de 2013 (10 anos)
Nível de Evidência Científica – nível I ao nível V *	Nível de Evidência Científica – nível VI e VII

*Fonte: (Galvão, 2006).

**ANEXO II – Tabela com os resultados do cruzamento dos descritores
na base de dados**

Tabela com os resultados do cruzamento dos descritores na Base de Dados

Palavras-chave	CINAHL Plus with Full Tex + MEDLINE with Full Text + Nursing and Allied Health Collection: Basic
1. Rehabilitation nursing	174
2. Stroke	19764
3. Activities of daily living	8872
1 + 2	30
1 + 2 + 3	7

Anexo III – Artigos selecionados para o relatório

Effects of a stroke rehabilitation education programme for nurses

Joanne Booth BA BSc PhD RGN

Senior Research Fellow, Caledonian Nursing and Midwifery Research Centre, Glasgow Caledonian University, Glasgow, UK

Valerie F. Hillier BSc MSc PhD

Senior Lecturer (retired), Division of Imaging Science and Biomedical Engineering, University of Manchester, Manchester, UK

Karen R. Waters BSc PhD RCN

Honorary Professor, School of Nursing, University of Salford, Salford, UK

Ian Davidson MA PhD MCSP SRP

Lecturer, School of Nursing, Midwifery and Social Work, University of Manchester, Manchester, UK

Accepted for publication 25 May 2004

Correspondence:

Ian Davidson,
School of Nursing, Midwifery and
Social Work,
University of Manchester,
Oxford Road,
Manchester M13 9PL,
UK.
E-mail: ian.davidson@manchester.ac.uk

BOOTH J., HILLIER V.F., WATERS K.R. & DAVIDSON I. (2005) *Journal of Advanced Nursing* 49(5), 465–473

Effects of a stroke rehabilitation education programme for nurses

Aims. This paper reports a study which aimed to explore the effects of education on the practice of nurses working in stroke rehabilitation units.

Background. It has been suggested that a key component of the success of stroke units in reducing mortality and disability is the contribution made by nurses, but debate continues around their specific role. Literature has concentrated on nurses' perceptions of their role rather than their actual activities with patients. In studying the effects of education on nurses' practice with stroke patients there is a need to identify what nurses actually do, rather than what they say they do.

Methods. A quasi-experimental, non-equivalent control group design was used to study two stroke rehabilitation units. Non-participant observation was conducted during morning care sessions, focusing on styles of physical interaction. Base-line observations were recorded in each unit, after which the staff in the intervention unit received 7 hours' education, specifically focused on therapeutic handling in relation to morning care activities. Following this, postintervention observations were conducted and comparisons of interaction styles made between units.

Results. Twenty-six staff and 37 patients took part in the study. Following the education, staff in the intervention unit showed a change in physical interaction style more in line with therapeutic practice, with the proportion of 'doing for' interventions reducing (45.4% vs. 33.2%; $P < 0.05$). The proportion of facilitatory interventions increased (3.9% vs. 6.1%) however, this difference was not statistically significant ($P = 0.098$). The change in styles of practice was achieved with no increased demand on nurses' time.

Conclusion. Education for nurses which aims to change styles of interaction with stroke patients can be effective. However, further research is required to identify the effect of nursing interventions on patient outcomes following stroke.

Keywords: stroke, nursing, observation, rehabilitation, Bobath, quasi-experimental

Introduction

The superiority of specialized units compared to other rehabilitation locations for stroke remains unexplained (Stroke Unit Trialists' Collaboration 1997a, Indredavik *et al.* 1998, Langhorne & Duncan 2001). It has been suggested that stroke units reduce disability through an integrated programme of rehabilitation that allows therapeutic strategies to continue beyond formal therapy (Stroke Unit Trialists' Collaboration 1997a). However, the effect of informal therapy, such as that provided by nurses, is unclear since it is hard to quantify (Pollock *et al.* 1993). While there is general recognition that the nursing contribution to the outcomes of stroke rehabilitation is important this has received little specific research attention.

Integration of working practices between therapists and nurses may provide stimulation and encouragement to produce an enriched environment for patients (Indredavik *et al.* 1997, 1998, 1999). However, Pound and Ebrahim (2000) suggest that patients on stroke units improve in spite of, rather than because of, the nursing care they receive. This bleak picture of the stroke unit investigated in their observation study may not be typical of those used in randomized studies. Given the evidence from systematic reviews (including meta-analyses) (Langhorne *et al.* 1993, Stroke Unit Trialists' Collaboration 1997a, 1997b, 2002), it is likely that nurses are a key element in the success of stroke units.

Literature review

Tension exists between the notion of the nurse as providing an essential contribution to rehabilitation, with a unique role within the context of stroke rehabilitation, and the lack of empirical evidence to support this. However, a number of key studies have provided much needed theoretical perspectives around which to frame the developing role of nurses (Kirkevold 1997, Gibbon 1998, O'Connor 2000a). A possible explanation for the lack of certainty about the contribution made by nurses rests with two unresolved issues. First, the role of nursing in stroke rehabilitation is diffuse, lacking clarity and focus (O'Connor 1993, Waters & Luker 1996, Nolan & Nolan 1998, Dowswell *et al.* 2000, Long *et al.* 2002), and, second, educational preparation of nurses for their role in stroke rehabilitation is minimal, largely ineffective, at least in the United Kingdom (UK) (Waters 1994, Irwin 1996, O'Connor 1996, Nolan & Nolan 1998) and steeped in a tradition of care where 'doing for' is the norm.

In much of the stroke literature, there is a lack of discussion about specific skills and competencies required by nurses working with stroke rehabilitation patients (Nolan & Nolan

1998). The component which seems to be missing from current literature is evidence on what nurses actually do with stroke patients and an analysis of whether or not this may be termed 'rehabilitation'. This work is considered essential, given that there may be differences between what nurses say they do and what they actually do in practice. Thus, there is a need for greater attention to be paid to delineating the specific activities which nurses undertake with stroke patients (Irwin 1996) and, more importantly, the way in which these activities are carried out (O'Connor 2000a).

It has been long recognized amongst therapists that neurological rehabilitation is a specialist area which demands high level skills among practitioners (Lynch & Grisogono 1991), and much effort is given to developing these skills. Barer (1990) asserts that skilled therapists cannot be replaced by enthusiastic amateurs and that rehabilitation is a minefield for the inexperienced. He suggests that, while it is difficult to gain positive results, it is easy to do harm. This notion of causing harm is echoed in other literature (Wanklyn *et al.* 1996, Booth 1999, Pound & Ebrahim 2000).

Far from being categorized as 'enthusiastic amateurs', nurses aspire to be 'rehabilitators par excellence' (Henderson 1980), but there is little evidence in the literature that the necessary educational preparation is available or undertaken to achieve this, despite a number of studies supporting the overall view that specific educational preparation is required (Waters & Luker 1996, Nolan *et al.* 1997, Long *et al.* 2002). A few studies have provided details of educational interventions for nurses working in stroke rehabilitation (Holmquist & Wrethagen 1986, Hamrin & Lindmark 1990, Jones *et al.* 1998, Dowswell *et al.* 1999, Forster *et al.* 1999). However, these used varying methods and duration of education, ranging from 2 hours' classroom time for Jones *et al.* (1998) to 9 hours with some clinical practice for Forster *et al.* (1999). It is clear that what constitutes 'effective educational preparation' is as yet uncertain, and there is no agreement on the educational approach which might be of most benefit to nurses.

Nevertheless, the lack of specific preparation seems to have had little impact on the expectation, by nurses and other team members, that nurses will contribute to the stroke rehabilitation effort. In the physical domain, this is described as providing input which continues the work of therapy staff in their absence (Nolan *et al.* 1997, Burton 2000, Long *et al.* 2002) – commonly referred to as the 'carry on' (Waters & Luker 1996) or understudy role (O'Connor 1993), or 'stand-in therapists' (Gibbon & Lirde 1995). This continuity work is described in Kirkevold's Unified Theoretical Perspective Model (Kirkevold 1997) as the 'integrative function'.

The literature shows an apparent acceptance among nurses of the importance of this aspect of their role (Waters & Luker 1996, Nolan *et al.* 1997, Burton 2000, O'Connor 2000b, Booth *et al.* 2001, Long *et al.* 2002). However, this consensual assumption has been developed largely through studies involving self-report methods (Waters & Luker 1996, Burton 2000, O'Connor 2000b), with one notable exception by Booth *et al.* (2001). The criticism may be leveled that self-report methods describe what nurses believe they do, important although this is, but it may not necessarily reflect clinical reality. Burton (2000) suggests that a clear and focused analysis of what nurses are actually doing and why is essential to develop and promote the quality and effectiveness of their work in this field. Thus the literature suggests that in order for nurses to develop their role in rehabilitation and interventions that ultimately benefit patients, it is important that education is provided which specifically targets the needs of patients with stroke.

The study

Aim

The aim of this study was to explore the effects of a rehabilitation education (RE) programme on the practice of nurses working in stroke rehabilitation units (SRU).

Design

The study used a mixed method approach within a quasi-experimental non-equivalent control group design. The research was conducted in three stages. The first stage was collection of baseline data in two SRUs in the North West of England (group 1 = baseline control and 2 = baseline intervention). The second stage was the delivery of RE to nursing staff in the intervention SRU only. In the third stage, outcome data were collected in both SRUs (group 3 = outcome control and group 4 = outcome intervention). The overall design is shown in Figure 1.

In each SRU, the nursing staff remained constant throughout the study. However, patient participants differed between the baseline and outcome stages. Thus there were four groups of patient participants, two in each SRU.



Figure 1 Study design. RE = rehabilitation education programme; SRU = Stroke Rehabilitation Unit.

Methods

For the evaluative purposes of the study, the focus was on the processes and practices of nurses during morning care activities. Morning care, which included personal hygiene, grooming and dressing activities, was chosen because it is an easily recognized, discrete entity whose occurrence can be predicted. It is also an acknowledged and legitimate part of the stroke rehabilitation process, but is considered an ordinary event and was, therefore, unlikely to engender anxiety in either the stroke patients or nursing staff involved. In addition, morning care activities are areas where high levels of dependency are found following stroke (Wade 1994, Drummond *et al.* 1996, Walker *et al.* 1996).

Data were collected by non-participant structured observation of morning care sessions, the details of which are described elsewhere (Booth *et al.* 2001). Observations took place on three different mornings for each participating patient in each of the four groups. The objective was to record interactions between a nurse and an individual patient. The data were analysed and reported as a combined whole for the patient, rather than the individual nurses. Observations were conducted in 90 minute sessions, during which the contact person, patient activity, physical interaction style and verbal interaction style were recorded every 20 seconds using momentary time-sampling (Powell *et al.* 1975). A description of the styles of physical interaction is given in Table 1.

Table 1 Interaction styles

Styles of physical interaction	
<i>Supervision</i>	Observing the patient and their activities with the purpose of ensuring the rehabilitative effect of each action or maintaining safety – may include verbal/physical prompts.
<i>Providing articles</i>	Providing washing and grooming equipment, preparation of clothing and any other necessary equipment. The activities are carried out by the patient using the equipment provided.
<i>Facilitating movement</i>	Use of equipment or activity to facilitate the patient's movement, e.g. putting a limb through a natural movement sequence prior to the patient attempting the activity.
<i>Giving physical assistance</i>	Helping the patient to carry out an activity. The actions of the helper must be rehabilitative in nature, e.g. helping someone stand up and providing physical support while the patient pulls up their trousers.
<i>Doing for</i>	All actions which are 'done to' or 'on' the patient by members of staff. The patient is passive and makes no active contribution.

An assessment of content validity of the observation schedule was undertaken using an expert practitioner (occupational therapist) stationed on one of the units. No omissions were found and categories to be coded had no potential overlaps which might prevent discrimination. Additionally, the observation schedule was assessed for inter-rater reliability using two raters. Kappa values ranged from 0.75 (for 'physical intervention) to 0.9 (for 'contact' and 'patient activity'), showing a high level of agreement.

Ninety minute sessions were selected because previous work by Waters (1994) had shown this time period to encompass the complete range of morning care interactions between patient and nurse.

Ethical considerations

Approval from the Local Research Ethics Committees was granted for the study. A letter (different for patients and nurses), explaining the study was given to potential participants by the researcher. At this point a meeting date was agreed, where further explanation was provided before any request for written consent to participate was made. Anonymity and confidentiality of all data were assured. It was recognized that direct observation of intimate activities such as occur during morning care, had particular ethical implications. The ongoing nature of individual consent and the right to withdraw at any time, was reinforced with patients at the initial discussion and at two further points:

- when the observation session was arranged with the patient and nurse;
- immediately prior to beginning the observations.

Protection of individual privacy and the management of untoward events, such as witnessing unacceptable standards of care, were considered in an observation protocol (Appendix).

Educational intervention

The intervention comprised 7 hours of formal education encompassing positioning, therapeutic handling of stroke patients and facilitation of morning care activities. The programme was designed and delivered by senior physiotherapists and occupational therapists in the stroke rehabilitation team. Teaching methods included formal lectures, simulated patient demonstrations, video demonstrations and experiential learning. Attendance on the course was mandatory. Each session was repeated to ensure that all permanent members of the multidisciplinary team, including nursing staff on the SRU, both qualified and unqualified, were able to attend. Details of the content of the education are given in Table 2.

Table 2 Education programme

Session 1 – therapeutic handling	
(i) Normal movement workshop in relation to the early stroke patient	1 hour 20 minutes
(ii) Tonal changes and compensations – patient demonstration	1 hour 10 minutes
(iii) Use of positioning charts	30 minutes
(iv) Handling and transferring stroke patients	30 minutes
Session 2 – positioning and handling	
(i) Implications of inappropriate handling	45 minutes
(ii) Implications of inappropriate handling during activity – video of washing and dressing	20 minutes
(iii) Theory behind correct handling during activity	20 minutes
(iv) Demonstrations of correct handling and application to washing and dressing	45 minutes
The early patient	30 minutes
The mid/late patient	30 minutes
(v) Carry over into other activities	30 minutes

The educational intervention was based on the Bobath (1990) approach to the treatment of stroke, which was used by therapists in both SRUs. This approach is in line with that of most therapists in the UK (Sackley & Lincoln 1996, Davidson & Waters 2000, Lennon *et al.* 2001). In accordance with this the education focus was on principles of normal movement, avoidance of compensation, and facilitatory techniques. The programme was evaluated by means of a questionnaire, distributed to participating nurses at the end of each session. This asked for their views on whether the education had added to their understanding of the subject, and whether they thought it aided teamworking. The relevance and level of the education provided, in addition to perceived omissions, were also surveyed.

Data analysis

Between-group analysis was conducted using the Mann-Whitney *U*-test, with α set at 0.05.

Results

Thirty-seven stroke patients and 26 nursing staff (qualified and nursing assistants) consented to participate in the study. A breakdown of observation sessions by group is shown in Table 3.

Structured observation of 100 morning care sessions was completed (150 hours) consisting of 57 observation sessions with qualified nurses, and 43 with nursing assistants (proportion of nursing assistants was slightly higher in the

An assessment of content validity of the observation schedule was undertaken using an expert practitioner (occupational therapist) stationed on one of the units. No omissions were found and categories to be coded had no potential overlaps which might prevent discrimination. Additionally, the observation schedule was assessed for inter-rater reliability using two raters. Kappa values ranged from 0.75 (for 'physical intervention') to 0.9 (for 'contact' and 'patient activity'), showing a high level of agreement.

Ninety minute sessions were selected because previous work by Waters (1994) had shown this time period to encompass the complete range of morning care interactions between patient and nurse.

Ethical considerations

Approval from the Local Research Ethics Committees was granted for the study. A letter (different for patients and nurses), explaining the study was given to potential participants by the researcher. At this point a meeting date was agreed, where further explanation was provided before any request for written consent to participate was made. Anonymity and confidentiality of all data were assured. It was recognized that direct observation of intimate activities such as occur during morning care, had particular ethical implications. The ongoing nature of individual consent and the right to withdraw at any time, was reinforced with patients at the initial discussion and at two further points:

- when the observation session was arranged with the patient and nurse;
- immediately prior to beginning the observations.

Protection of individual privacy and the management of untoward events, such as witnessing unacceptable standards of care, were considered in an observation protocol (Appendix).

Educational intervention

The intervention comprised 7 hours of formal education encompassing positioning, therapeutic handling of stroke patients and facilitation of morning care activities. The programme was designed and delivered by senior physiotherapists and occupational therapists in the stroke rehabilitation team. Teaching methods included formal lectures, simulated patient demonstrations, video demonstrations and experiential learning. Attendance on the course was mandatory. Each session was repeated to ensure that all permanent members of the multidisciplinary team, including nursing staff on the SRU, both qualified and unqualified, were able to attend. Details of the content of the education are given in Table 2.

Table 2 Education programme

Session 1 – therapeutic handling	
(i) Normal movement workshop in relation to the early stroke patient	1 hour 20 minutes
(ii) Tonal changes and compensations – patient demonstration	1 hour 10 minutes
(iii) Use of positioning charts	30 minutes
(iv) Handling and transferring stroke patients	30 minutes
Session 2 – positioning and handling	
(i) Implications of inappropriate handling	45 minutes
(ii) Implications of inappropriate handling during activity – video of washing and dressing	20 minutes
(iii) Theory behind correct handling during activity	20 minutes
(iv) Demonstrations of correct handling and application to washing and dressing	45 minutes
The early patient	30 minutes
The mid/late patient	30 minutes
(v) Carry over into other activities	30 minutes

The educational intervention was based on the Bobath (1990) approach to the treatment of stroke, which was used by therapists in both SRUs. This approach is in line with that of most therapists in the UK (Sackley & Lincoln 1996, Davidson & Waters 2000, Lennon *et al.* 2001). In accordance with this the education focus was on principles of normal movement, avoidance of compensation, and facilitatory techniques. The programme was evaluated by means of a questionnaire, distributed to participating nurses at the end of each session. This asked for their views on whether the education had added to their understanding of the subject, and whether they thought it aided teamworking. The relevance and level of the education provided, in addition to perceived omissions, were also surveyed.

Data analysis

Between-group analysis was conducted using the Mann-Whitney *U*-test, with α set at 0.05.

Results

Thirty-seven stroke patients and 26 nursing staff (qualified and nursing assistants) consented to participate in the study. A breakdown of observation sessions by group is shown in Table 3.

Structured observation of 100 morning care sessions was completed (150 hours) consisting of 57 observation sessions with qualified nurses, and 43 with nursing assistants (proportion of nursing assistants was slightly higher in the

Table 3 Number of observation sessions conducted by group

Group	Number of patients	Number of observation sessions
1 (Baseline control)	8	21
2 (Baseline intervention)	11	30
3 (Outcome control)	8	22
4 (Outcome intervention)	10	27
Total	37	100

intervention group; 46% vs. 40%). The number of sessions for each nursing grade in the control and intervention SRUs is shown in Tables 4 and 5.

For the total sample, patients were directly engaged in activities relating to 'morning care' for 26.5% of all observations. This equates to 24 minutes of time. These activities could be divided into four stages of approximately equal proportions which were *preparation activities* (23.5%), *washing activities* (24%), *grooming activities* (26.5%) and *dressing/undressing activities* (26%). The stages were similar across the four groups indicating that there was an identifiable pattern of activities, which comprised the morning care period.

Mean contact time between members of nursing staff and patients during morning care sessions was 21 minutes (range 1–43 minutes). This equated to 22.6% of total observation

Table 4 Number of observation sessions by grade of nurse in control SRU

Control SRU group (n = number of patients)	Grade of nurse (n = number of individuals observed)				Total (n = 11)
	Charge nurse (n = 2)	Staff nurse (n = 3)	Enrolled nurse (n = 2)	Nursing assistant (n = 4)	
Group 1 (n = 8)	4	7	3	7	21
Group 3 (n = 8)	5	6	1	10	22
Total (n = 16)	9	13	4	17	43

Table 5 Number of observation sessions by grade of nurse in intervention SRU

Intervention SRU (n = number of patients)	Grade of nurse (n = number of individuals observed)				Total (n = 15)
	Charge nurse (n = 2)	Staff nurse (n = 5)	Enrolled nurse (n = 2)	Nursing assistant (n = 6)	
Group 2 (n = 11)	1	11	9	9	30
Group 4 (n = 10)	1	9	0	17	27
Total (n = 21)	2	20	9	26	57

Table 6 Time nurses spent with stroke patients by group

Group	Mean time (minutes)	% Total observation time
1 (Baseline control)	20	21.2
2 (Baseline intervention)	23	24
3 (Outcome control)	22	24
4 (Outcome intervention)	21	23
Overall mean	21	22.6

time (Table 6). Stroke patients were alone in 69.5% of all observations recorded. In 7.9% of observations, there was contact with non-nursing members of staff, including therapists, domestic staff and patients' relatives.

Analysis of patterns of morning care activities and time spent by nurses with stroke patients indicated similarities between the groups. No statistical differences between the four groups, in either variable, were identified. Any differences attributable to the education would, therefore, be in the manner in which the activities were performed and the nature of the nurse-patient interactions. Thus the nurses' styles of physical interaction were examined.

Styles of physical interaction

The styles of physical interaction observed during morning care are shown in Table 7.

For all four groups the most frequently observed physical interaction style was *doing for* in which nurses adopted a compensatory approach by performing the activity for the patient. 'No physical interaction' was the second most frequently recorded physical interaction style. This represented a nursing presence but no observable physical interaction, such as nurses talking to patients or making beds.

The third frequently observed style of physical interaction was *supervision* in which nurses essentially stood back and observed what was happening, offering verbal prompting where appropriate. These three styles were commonly observed in comparison with the other styles. Facilitation was the style least often seen in use by nursing staff (Table 1) yet it is considered by therapists to be the most effective means of intervention and has been identified as a unique feature of the Bobath approach (Lettinga *et al.* 1999).

Table 8 shows that when the other groups were compared with the intervention outcome group only the 'doing for' style showed a statistical difference. The group of nurses who completed the education used this style less. Thus these nurses were using a less compensatory approach in their practice and had become more proactive in terms of how they intervened with patients.

PI style	% observations by group (number of observations)			
	1 (Baseline control)	2 (Baseline intervention)	3 (Outcome control)	4 (Outcome intervention)
No physical interaction	19.0 (257)	15.8 (335)	12.9 (196)	19.7 (350)
Supervision	16.8 (227)	13.5 (285)	12.6 (192)	16.9 (301)
Providing articles	5.2 (70)	12.4 (263)	12.2 (186)	12.9 (229)
Facilitation	2.0 (27)	5.1 (107)	3.9 (60)	6.1 (108)
Giving physical assistance	9.1 (123)	11.4 (241)	10.1 (154)	11.3 (202)
'Doing for'	47.9 (646)	41.9 (886)	48.2 (732)	33.2 (591)

Table 7 Proportion of Physical Interaction (PI) Style observed by group

PI style	PI style used by nurses with groups 1, 2 and 3 (number of observations)	PI style used by nurses with group 4 (number of observations)	P value for Mann-Whitney test result
	No physical interaction	15.8 (788)	
Supervision	14.1 (704)	16.9 (301)	0.5725
Providing articles	10.4 (519)	12.9 (229)	0.2313
Facilitation	3.9 (194)	6.1 (108)	0.0982
Giving physical assistance	10.4 (518)	11.3 (202)	0.4315
'Doing for'	45.4 (2264)	33.2 (591)	0.0229*

Table 8 Comparison of PI styles used by intervention and control groups

*Significant at $P < 0.05$ Mann-Whitney U -test.

Discussion

The aim of this study was to explore the effects of focused RE on the practices of nurses working with stroke patients. The findings suggest that the education enabled these nurses to adopt an approach more conducive to rehabilitation when assisting stroke patients during morning care.

This was achieved through changes in the style of physical interaction used by the nurses whereby significantly less 'doing for' was observed throughout the morning care period and observably (although not statistically significant) more facilitation. This finding supports O'Connor's (2000a) thesis that it is the 'mode of delivery' of care that distinguishes the nurses' rehabilitative function, rather than the task itself. Thus, 'how' nurses approach the activities of morning care with stroke patients determines whether the patient's experience is more or less-rehabilitative in nature.

The use of direct observation to detail specific activities is a particular strength of this study and adds to the body of empirical evidence supporting the actual contribution made by nurses to stroke rehabilitation. Contrary to the self-report literature in which nurses describe their practices as 'not doing things' for stroke patients and the predominance of a supervisory approach (Waters & Luker 1996, Burton 2000, O'Connor 2000a) these nurses spent considerable amounts of time using the most compensatory approach of 'doing for'.

This bears out the evidence for a lack of specific facilitation skills among nurses working with stroke patients (Booth *et al.* 2001) and illustrates the need for further work around developing the nurses' abilities to determine not only when to intervene but how to do it (O'Connor 2000a).

The reliance on compensatory interventions may not always be counter to a rehabilitative effort, however, it does suggest the relative dominance of the 'care' ethic among these nurses. This can serve to disempower patients in terms of providing opportunities for physical recovery. Two possible explanations for this are offered: first, a lack of specific knowledge and skills for facilitating rehabilitation and second, a failure to recognize the morning care period as an opportunity for rehabilitation. This latter point reflects the perception of morning care as 'routine' physical care as described by Long *et al.* (2002). The influence of the education programme is shown in the participants' moves towards adopting a more rehabilitative philosophy in their practice as evidenced by their moves away from the 'doing for' style of physical interaction.

Of note in the findings of the study is the observed change in nursing practice with no apparent increase in time demand. This is potentially of clinical significance given the frequently cited 'lack of time to do rehabilitation' issue (Long *et al.* 2002). A number of studies have identified time constraints as the major barrier to nurses fulfilling their rehabilitation function (Booth & Waters 1995) and it is undoubtedly a

What is already known about this topic

- People with stroke are more likely to survive/be less disabled when treated on stroke units.
- Nurses are in a position to make a substantial contribution to stroke rehabilitation and may be one of the factors in the success of stroke units.

What this paper adds

- Education may be effective in changing nursing interventions that are traditionally based in 'caring' approaches to those more in tune with a 'rehabilitation' ethos.
- The nature of nurses' physical interactions with patients is key to understanding their contribution to stroke rehabilitation.

significant factor in the life of a stroke rehabilitation nurse (O'Connor 2000b). However, this study illustrates that a more rehabilitative approach can result without any increase in time. Therefore, as a possible explanation for the dominance of the care ethic, the 'lack of time' explanation was rejected. Nevertheless the frequency of nurses' reports in the literature indicates that there is a *perceived* lack of time for rehabilitation, even if this does not always reflect reality. It is suggested that nurses' claims that time constraints prevent them from fulfilling their rehabilitative function may have its roots in their unpreparedness. If nurses do not feel adequately prepared for a 'carry on' role they may use a 'lack of time' to explain their inability to engage with stroke patients in undertaking specific physical rehabilitation activities. 'Not having sufficient time' may be an acceptable mask for 'not having sufficient skill or confidence'.

Limitations of the study

Although this study has highlighted some useful points for discussion, it must be acknowledged that the observer had full knowledge of the study's purpose and potential bias is acknowledged as a limiting factor. Furthermore, although the nursing behaviour had changed towards styles of practice more in tune with therapeutic practice in the UK, it cannot necessarily be concluded that this translates into changes in outcome for patients. This is because no convincing evidence of therapeutic efficacy has been demonstrated (Riddoch *et al.* 1995). However, consistency of effort is generally viewed as both logical and more likely to be effective (The Intercollegiate Working Party for Stroke 2000).

Conclusion

Waters (1994) suggested that nurses working in rehabilitation of older people adopted a routinized geriatric style automatically. This is because no alternative rehabilitation model was available to them and she, therefore, concluded that attention should be focused on the educational preparation of nurses for their rehabilitation role in order to provide them with an alternative, more overtly rehabilitative model for practice.

An altered approach to nurses' practice was demonstrated in this study with a minimal amount of educational input. What is not known is how much further this could be taken with more structured and comprehensive education. Many questions remain unanswered, such as: how much education is needed, what is its optimal nature and what is the most appropriate content in order to bring about a beneficial effect on patient outcome?

The focus of this education was on nurses facilitating the return and/or development of function with stroke patients. It was less about developing new skills and more about refining the nurses' approach to the use of those skills. This was observed to result in a different 'mode of delivery' for the nursing staff. Perhaps the key to the enigma of the nurses' role in stroke rehabilitation lies not with 'what' they do but 'how' they do it.

Author contributions

Study conception and design/Data collection/Data analysis – JB; Drafting and critical revision of manuscript – JB, ID; Statistical expertise – VFH, JB; Obtaining funding – JB, KRW; Supervision – KRW, VFH.

References

- Barer D. (1990) Stroke rehabilitation: panacea or placebo. *Geriatric Medicine* 20, 45–49 (part one).
- Bobath B. (1990) *Adult Hemiplegia: Evaluation and Treatment*. Heinemann Medical Books, Oxford.
- Booth J. (1999) *The Effect of an Education Programme on Stroke Rehabilitation Practice*. Unpublished PhD Thesis, University of Manchester, Manchester.
- Booth J. & Waters K. (1995) The multifaceted role of the nurse in the day hospital. *Journal of Advanced Nursing* 22, 700–706.
- Booth J., Davidson I., Winstanley J. & Waters K.R. (2001) Observing washing and dressing of stroke patients: nursing interventions compared with occupational therapists. What is the difference? *Journal of Advanced Nursing* 33, 98–105.
- Burton C. (2000) A description of the nursing role in stroke rehabilitation. *Journal of Advanced Nursing* 32, 174–181.
- Davidson I. & Waters K.R. (2000) Physiotherapists working with stroke patients: a national survey. *Physiotherapy* 86, 69–80.

- Dowswell G., Forster A., Young J., Sheard J., Wright P. & Bagley P. (1999) The development of a collaborative stroke training programme for nurses. *Journal of Clinical Nursing* 8, 743-752.
- Dowswell G., Dowswell T. & Young J. (2000) Adjusting Stroke Patients' poor position: an observational study. *Journal of Advanced Nursing* 32, 286-291.
- Drummond A., Miller N., Colquhoun M. & Logan P. (1996) The effects of a stroke unit on activities of living. *Clinical Rehabilitation* 10, 12-22.
- Forster A., Dowswell G., Young J., Bagley P., Sheard J. & Wright P. (1999) Effect of a physiotherapist-led training programme on attitudes of nurses caring for patients after stroke. *Clinical Rehabilitation* 13, 113-122.
- Gibbon B. (1998) *Stroke Rehabilitation: The Nurses' Contribution to the Multiprofessional Team*. Unpublished PhD Thesis, University of Liverpool, Liverpool.
- Gibbon B. & Little V. (1995) Improving stroke care through action research. *Journal of Clinical Nursing* 4, 93-100.
- Hamrin E. & Lindmark B. (1990) The effects of systematic care planning after acute stroke in General Hospital Medical Wards. *Journal of Advanced Nursing* 15, 1146-1153.
- Henderson V. (1980) Preserving the essence of nursing in a technological age. *Journal of Advanced Nursing* 5, 245-260.
- Holmquist L. & Wrethagen N. (1986) Education programmes for those involved in the total care of the stroke patient. In *Stroke* (Banks M., ed.), Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Indredavik B., Slordahl S.A., Bakke F., Rokseth R. & Haheim L.L. (1997) Stroke unit treatment. Long-term effects [see comments]. *Stroke* 28, 1861-1866.
- Indredavik B., Bakke F., Slordahl S.A., Rokseth R. & Haheim L.L. (1998) Stroke unit treatment improves long-term quality of life: a randomized controlled trial. *Stroke* 29, 895-899.
- Indredavik B., Baake F., Slordahl S., Rokseth R. & Haheim L. (1999) Treatment in a combined acute and rehabilitation stroke unit: which aspects are most important. *Stroke* 30 917-923.
- Irwin P. (1996) The Role of the Nurse in Stroke. In *Stroke Services and Research* (Wolfe C., Rudd T. & Beech R., eds), The Stroke Association, London.
- Jones A., Carr E.K., Newham D.J. & Wilson B.J. (1998) Positioning of stroke patients: evaluation of a teaching intervention with nurses. *Stroke* 29, 1612-1617.
- Kirkevold M. (1997) The role of nursing in the rehabilitation of acute stroke patients: toward a unified theoretical perspective. *Advances in Nursing Science* 19, 55-64.
- Langhorne P. & Duncan P. (2001) Does the organization of post-acute stroke care really matter? *Stroke* 32, 268-274.
- Langhorne P., Williams B., Gilchrist W. & Howie K. (1993) Do stroke units save lives? *Lancet* 342, 395-398.
- Lennon S., Baxter D. & Ashburn A. (2001) Physiotherapy based on the Bobath concept in stroke rehabilitation: a survey within the UK. *Disability and Rehabilitation* 23, 254-262.
- Lettinga A.T., Siemonsma P.C. & van Veen M. (1999) Entwinement of Theory and Practice in Physiotherapy. *Physiotherapy* 85, 476-490.
- Long A., Kneafsey R., Ryan J. & Berry J. (2002) The role of the nurse within the multidisciplinary team. *Journal of Advanced Nursing* 37, 70-78.
- Lynch M. & Grisogono V. (1991) *Stroke and Head Injuries: A Guide for Patients, Families, Friends and Carers*. John Murray, London.
- Nolan M. & Nolan J. (1998) Stroke 2: expanding the nurse's role in stroke rehabilitation. *British Journal of Nursing* 7, 388-392.
- Nolan M., Booth A & Nolan J. (1997) *New Directions in Rehabilitation. Preparation for Multiprofessional/Multiagency Health Care Practice. The Nursing Contribution to Rehabilitation within the Multidisciplinary Team. Report for ENB*. University of Sheffield, Sheffield.
- O'Connor S. (1993) Nursing and rehabilitation: the interventions of nurses in stroke patient care. *Journal of Clinical Nursing* 2, 29-34.
- O'Connor S. (1996) Stroke units: centres of nursing innovation. *British Journal of Nursing* 5, 105-109.
- O'Connor S. (2000a) Mode of care delivery in stroke rehabilitation nursing; a development of Kirkevold's Unified Theoretical Perspective of the role of the nurse. *Clinical Effectiveness in Nursing* 4, 180-188.
- O'Connor S. (2000b) Nursing interventions in stroke rehabilitation: a study of nurses' views of their pattern of care in stroke units. *Rehabilitation Nursing* 25, 224-230.
- Pollock C., Freemantle N., Sheldon T., Song F. & Mason J.M. (1993) Methodological difficulties in rehabilitation research. *Clinical Rehabilitation* 7, 63-72.
- Pound P. & Ebrahim S. (2000) Rhetoric and reality in stroke patient care. *Social Science and Medicine* 51, 1437-1446.
- Powell J., Martindale A. & Kulp S. (1975) An evaluation of time-sample measures of behaviour. *Journal of Applied Behavioural Analysis* 8, 363-369.
- Riddoch M.J., Humphreys G.W. & Bateman A. (1995) Stroke: issues in recovery and rehabilitation. *Physiotherapy* 81, 689-694.
- Sackley C.M. & Lincoln N.B. (1996) Physiotherapy treatment for stroke patients: a survey of current practice. *Physiotherapy Theory and Practice* 12, 87-96.
- Stroke Unit Trialists' Collaboration (1997a) Collaborative systematic review of the randomised trials of organised inpatient (stroke unit) care after stroke. *British Medical Journal* 314, 1151-1159.
- Stroke Unit Trialists' Collaboration (1997b) How do stroke units improve patient outcomes? A collaborative systematic review of the randomised trials. *Stroke* 28, 2139-2144.
- Stroke Unit Trialists' Collaboration (2002) *Organised Inpatient (Stroke Unit) Care for Stroke (Cochrane Review)*. The Cochrane Library, Chichester, UK.
- The intercollegiate Working Party for Stroke (2000) *National Guidelines for Stroke*. Royal College of Physicians Clinical Effectiveness and Evaluation Unit, London.
- Wade D. (1994) Stroke. In *Health Care Needs Assessment* (Stevens A. & Rafferty J., eds), Radcliffe Medical Press, Oxford.
- Walker M.F., Drummond A.E.R. & Lincoln N.B. (1996) Evaluation of dressing practice for stroke patients after discharge from hospital: a crossover design study. *Clinical Rehabilitation* 10, 23-31.
- Wanklyn P., Forster A. & Young J. (1996) Hemiplegic shoulder pain (HSP): natural history and investigation of associated features. *Disability and Rehabilitation* 18, 497-501.
- Waters K.R. (1994) Getting dressed in the early morning: styles of staff/patient interaction on rehabilitation hospital wards for elderly people. *Journal of Advanced Nursing* 19, 239-248.
- Waters K.R. & Luker K.A. (1996) Staff perspectives on the role of the nurse in rehabilitation wards for elderly people. *Journal of Clinical Nursing* 5, 105-114.

Appendix

Extract from observation protocol

1. Principles to be considered at each and every observation session for each participant observed:
 - Informed and ongoing consent.
 - Privacy and dignity.
 - Confidentiality and anonymity.
 - Uphold professional code of conduct.
2. At each observation session:
 - Sit in position behind patient's field of vision and away from zone of activity.
 - Maintain position for duration of session – avoid movement.
 - Only respond to a patient, nurse or other – do not initiate conversation.
 - Use short, 'closed' verbal responses when required.
 - Avoid frequent eye contact with participants.
 - Leave the area when asked.
 - Leave the area during toileting activities.
3. What to do if:
 - Risk of serious harm is witnessed – abandon observations. Deal immediately with situation to ensure safety. Report event to senior nurse in unit at earliest opportunity. Complete incident recording procedures as advised.
 - Unacceptably poor practice is witnessed: (i) if patient or staff member is at risk of serious harm – as above; (ii) if risk of serious harm is low – record details of practice. Continue with observation session. Report practice to Clinical Nurse Manager at earliest opportunity. Provide written report/witness statement. Complete incident recording procedures as advised.
 - Rapid change in patient's medical condition – abandon observations. Immediately report to (i) patient's nurse or (ii) senior nurse in unit if not available. Record details as advised.

REVIEW PAPER

Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review

Corrie Korpershoek, Jaap van der Bijl & Thóra B. Hafsteinsdóttir

Accepted for publication 5 February 2011

Correspondence to T. Hafsteinsdóttir:
e-mail: thafsteinsdotti@umcutrecht.nl

Corrie Korpershoek MSc RN
Clinical Nurse Specialist
Department of Neurosurgery and Neurology,
University Medical Center, Utrecht,
The Netherlands

Jaap van der Bijl PhD RN
Associate Professor
Masters Advanced Nursing Practice and
Physician Assistant, Faculty of Health,
Welfare and Sports, Inholland University of
Applied Sciences, Amsterdam, The
Netherlands

Thóra B. Hafsteinsdóttir PhD RN
Associate Professor
Division of Neuroscience of the Rudolf
Magnus Institute of Neurosciences,
University Medical Center, Utrecht,
The Netherlands,
Research Centre for Innovations in Health-
care, University of Applied Sciences, Utrecht,
The Netherlands,
and
Faculty of Nursing, University of Iceland,
Reykjavík, Iceland

KORPERSHOEK C., VAN DER BIJL J. & HAFSTEINSDÓTTIR T.B. (2011) Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 67(9), 1876–1894. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05659.x

Abstract

Aims. To provide an overview of the literature focusing on the influence of self-efficacy and self-efficacy enhancing interventions on mobility, activities of daily living, depression and quality of life of patients with stroke.

Background. There is growing evidence for the importance of self-efficacy in the care of people with enduring illness. Therefore, it is important to describe the association of self-efficacy and patient outcomes and the evidence for the effects of self-efficacy interventions for stroke patients.

Data sources. Studies were retrieved from a systematic search of published studies over the period of 1996–2009, indexed in the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Medline, Psycinfo and Embase and focusing on stroke, the influence of self-efficacy and self-efficacy enhancing interventions.

Methods. A systematic review was carried out. Studies were critically appraised and important characteristics and outcomes were extracted and summarized.

Results. Seventeen articles were included in the review. Self-efficacy was positively associated with mobility, activities of daily living and quality of life and negatively associated with depression. Four self-efficacy interventions were identified. The evidence for the effects of these interventions was inconclusive.

Conclusions. Patients with high self-efficacy are functioning better in daily activities than patients with low self-efficacy. The evidence concerning the determinants influencing self-efficacy and the self-efficacy interventions makes clear how nurses can develop and tailor self-efficacy interventions for the clinical practice of people with stroke. Therefore, it is necessary to further emphasize the role of self-efficacy in the care for stroke patients in the nursing curriculum.

Keywords: depression, nursing, quality of life, self-efficacy, stroke rehabilitation, systematic review

Introduction

Stroke is the leading cause of adult disability and the second leading cause of death in the developed countries (Rosamond

et al. 2007). Approximately 41,000 Dutch individuals are affected by stroke each year (Bots *et al.* 2006) and it is estimated that the incidence of stroke in the Dutch population will increase by 17% from 2010 to 2020 (Struijs *et al.*

2005). Stroke has an immense impact on physical, psychological and social functioning (O'Connell *et al.* 2001). Most people with stroke are confronted with limitations in physical, psychological and social functioning. Loss of mobility is a serious impairment as patients experience isolation due to loss of work and free-time activities, which may increase the risk of poststroke depression and further worsening of the functional status and quality of life (Burton 2000, O'Connell *et al.* 2001).

One of the most common psychological impairment caused by stroke is depression. The prevalence of depression after stroke, also referred to as Post Stroke Depression (PSD), ranges 5–61% with the pooled average of 33%, and is associated with poor rehabilitation outcome, which impedes the recovery process of stroke patients (Whyte & Mulsant 2002). Depression after stroke is explained by some as a reaction to physical impairments caused by the stroke (Robinson *et al.* 1984, Starkstein *et al.* 1991, Beblo *et al.* 1999) and by others as a biological cause due to the location of the lesion in the brain (Robinson *et al.* 1984). Still others consider it to be a combination of both (Whyte & Mulsant 2002). Important consequences of PSD are lower functional status, slower functional recovery, higher morbidity, less participation in social activities, lower quality of life, longer stay in the hospital and higher mortality. These patients also have more cognitive and communicative problems, which also negatively influence other consequences of stroke (Hackett *et al.* 2005, Turner-Stokes *et al.* 2002).

Health-related quality of life (HRQL) concerns the ability to engage in activities, satisfaction derived from these, physical and emotional status and well-being of the individual (Post *et al.* 1999). Stroke survivors reported a relatively low overall quality of life (Kim *et al.* 1999). Another study showed that patients experienced low overall HRQL, despite the fact that they had reached the functional status they had prior to the stroke, indicating that patients were not able to cope with the psychosocial consequences of the stroke, despite the fact that they may have recovered physically (Hafsteinsdóttir *et al.* 2007).

The use of self-efficacy can help patients to gain more control over important aspects of their disease (Jones 2006). There is growing evidence that self-efficacy-enhancing interventions have a substantial influence on improving the management of a long-term disease, including stroke (Marks *et al.* 2005, Jones 2006).

Self-efficacy

Self-efficacy is used by Bandura (1994) as a core concept of his social-cognitive theory. The concept self-efficacy is

described as the confidence in one's ability to perform a task or specific behaviour (Bandura 1994). A high sense of self-efficacy leads to desired outcomes, such as improved health (Marks *et al.* 2005). Self-efficacy is a situation- and task-related, behaviour specific concept, which can be developed by four main sources of influence. The strongest way of influencing self-efficacy is mastery experience through successful performance of a task. The second source is vicarious experience where the individual is observing others performing the task (modelling), the third source is verbal (social) persuasion or encouragement by professionals or family, and the fourth source is physiological state, where the interpretation of physiological signs, such as anxiety, stress, arousal and mood states, also provide information about efficacy beliefs (Bandura 1994). Self-efficacy enhancing interventions may have a positive influence on the mobility, ADL, depression and HRQL of people with a stroke, and nurses can play an important role in these interventions (Marks *et al.* 2005, Jones 2006). When providing self-efficacy enhancing interventions, the use of all four sources of self-efficacy is the most effective (Robinson-Smith 2003).

Nursing role

Nurses need to pay attention not only to the physical recovery after stroke, but also to the psychological and social recovery (Burton 2000, O'Connell *et al.* 2001). Various authors have described the nurses' role in the rehabilitation of patients with stroke. Pryor and Smith (2002) describe the domains of 'Observation, assessment and interpretation' and 'Administering and monitoring therapeutic interventions' as important domains in the role of nurses in rehabilitation of patients (Pryor & Smith 2002). To clarify the role of nursing, other authors have described nurses as the provider of care, provider of advice and information, facilitator of personal recovery, creator of an environment for rehabilitation and manager of multidisciplinary provision, as essential aspects of rehabilitation nursing (Burton 2000, O'Connor 2000, Kvigne *et al.* 2005). Despite this, studies have shown that nurses spend a limited amount of time providing therapeutic interventions for patients with stroke and those found to be alone and inactive for more than 60% of the time (Bernhardt *et al.* 2004, 2007). This is interesting in light of the fact that in rehabilitation nurses have the responsibilities to assist and train patients in mobility, ADL and to provide therapeutic interventions to prevent depression and improve HRQL. In rehabilitation nurses aim to help patients to learn and to regain control over impairments and health and to improve their future perspectives (Marks *et al.* 2005). Self-efficacy, the

confidence in one's ability and competencies, has influence on the patients' capability to learn (Marks *et al.* 2005).

Self-efficacy has not been integrated into the role of nurses caring for patients with stroke. Generally, nurses do not apply self-efficacy interventions or provide psychological care to patients with stroke and are primarily focused on physical (functional) and practical care (Kvigne *et al.* 2005). To provide stroke patients with high quality of care, nurses need to know if self-efficacy is associated with improved mobility and ADL, depression and HRQL of patients with stroke and what the effects of the various self-efficacy interventions are on these patient outcomes.

The review

Aim

The aim of this systematic review is to provide an overview of the literature focusing on the influence of self-efficacy on the various clinical outcomes after stroke and the effects of self-efficacy enhancing interventions for mobility, ADL, depression and health-related quality of life (HRQL) of patients with stroke. The systematic review is focused on two questions:

1. What is the association between self-efficacy and mobility, ADL, depression and HRQL of patients with a stroke?
2. Which self-efficacy enhancing interventions influence mobility, ADL, depression and HRQL of patients with a stroke?

Design

This systematic review was conducted following the method described by Grimshaw *et al.* (2003) and following the PRISMA statement for reporting systematic reviews (Moher *et al.* 2009).

Search methods

The following databases were searched for relevant studies: Medline, Cinahl, PsycINFO and Embase. In cases where the key word was a MeSH term, the MeSH term was used as follows: stroke (MeSH term) in combination with self-efficacy (MeSH term) OR social cognitive theory AND self-management AND enhancement OR encouragement. Also, the reference lists of the selected studies were hand searched to identify additional references.

Inclusion criteria

- Types of participants: adults with stroke in all phases after stroke and all settings.

- Types of outcome measures: mobility, ADL, depression and HRQL.
- Types of associations: studies measuring associations, correlations or regression between self-efficacy and mobility, ADL, depression and HRQL.
- Types of interventions: self-efficacy interventions for stroke patients and feasible and suitable for nursing practice and congruent with the definition of the Nursing Intervention Classification: 'a nursing intervention is any treatment based upon clinical judgement and knowledge that a nurse performs to enhance patient outcomes' (McCloskey & Bulechek 1998).
- Publication year: articles were sought for the period January 1996 to March 2009 because it was assumed that little relevant research would be found before 1996 on the social cognitive theory in health care.
- Types of studies: studies were included which measured the association between self-efficacy and various outcomes and measured the effects of self-efficacy-enhancing interventions and therefore the studies included generally had one of the following designs: randomized controlled design (RCT), correlation design, cross-sectional design or descriptive design.
- Language: articles published in English were selected.
- Methodological Quality: Only studies with sufficient methodological quality were included.

Selection process

The articles were screened by two of the authors (CK and TBH), both of whom are nurses with academic background (MSc and PhD) and long experience with stroke patients. First, the titles and then the abstracts were screened and at last the full-text article was read and screened to check if it met the inclusion criteria. In case of discrepancies, consensus was reached between the two reviewers by discussion.

Search outcome

The initial search outcome generated 768 titles, which were screened on title and abstract. The remaining 61 articles were read full text and assessed for eligibility. After excluding duplicate articles, 17 articles were included in the review (Figure 1).

Quality appraisal

The methodological quality of the selected studies was evaluated independently by the two authors (CK and TBH). Observational studies were evaluated with the STROBE

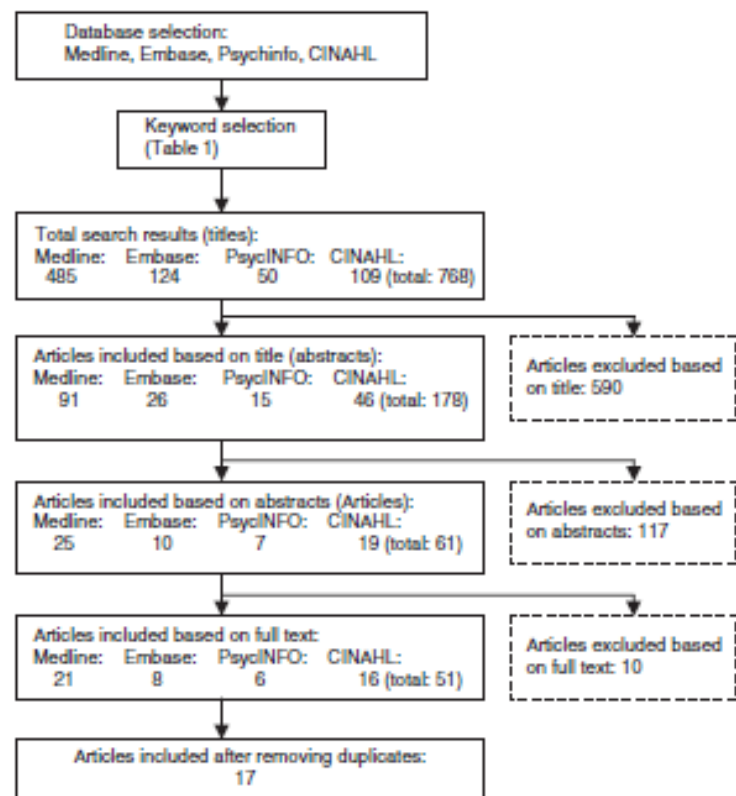


Figure 1 The screening process.

criteria (von Elm *et al.* 2007) and RCTs were evaluated with the CONSORT criteria (Moher *et al.* 2001) (Table 1).

Data abstraction

The following characteristics were registered on a data extraction form: Author and year, study design, sample, setting/phase, objective, intervention, outcome measures and results. The final dataset was analysed in relation to a) the association between self-efficacy and mobility, ADL, depression and HRQL and b) the effectiveness of self-efficacy enhancing interventions on mobility, ADL and depression. The results section is limited to self-efficacy and mobility, ADL, depression and HRQL (Tables 2 and 3).

Synthesis

The studies included differed markedly with regard to methodology, outcome measures, patient characteristics and methodological quality. Also, the phase after stroke and setting of the study differed. Of the 17 articles included, four studies were randomized clinical trials (RCT), describing self-

efficacy enhancing interventions (Glass *et al.* 2004, Salbach *et al.* 2005, Hoffmann *et al.* 2007, Kendall *et al.* 2007), with a quality score varying from 14 to 21 of the 25 scores (Moher *et al.* 2009). The remaining 13 studies were descriptive studies with a quality score varying from 14 to 20 of possible 22 scores (von Elm *et al.* 2007) (Table 1). These studies described the association of self-efficacy with patient outcomes (Robinson-Smith *et al.* 2000, Hellström *et al.* 2003, Rosén *et al.* 2004, Belgen *et al.* 2006, Gilen 2006, LeBrasseur *et al.* 2006, Michael *et al.* 2006, Salbach *et al.* 2006, Svendsen & Teasdale 2006, Pang *et al.* 2007, Aben *et al.* 2008, Andersson *et al.* 2008, Pang & Eng 2008). Resulting from the methodological differences between the studies, it was not possible to conduct meta-analyses pooling the results, and therefore the findings are reported in a narrative way.

Results

The results are divided into two sections according to the research questions: associations between self-efficacy and clinical outcomes after stroke, such as mobility, ADL,

Table 1 Quality appraisal of the included studies

Studies measuring association between self-efficacy and patient outcomes																										
STROBE criteria		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	Total score		
1	Aben <i>et al.</i> (2008)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓		18		
2	Andersson <i>et al.</i> (2008)	✓	✓	✓		✓		✓	✓					✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	14	
3	Belgen <i>et al.</i> (2006)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	20	
4	Gillen (2006)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	19	
5	Hellström <i>et al.</i> (2003)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	19	
6	LeBrasseur <i>et al.</i> (2006)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	18	
7	Michael <i>et al.</i> (2006)	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	18	
8	Pang <i>et al.</i> (2007)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	19	
9	Pang & Eng (2008)	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	18	
10	Robinson-Smith <i>et al.</i> (2000)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	20	
11	Rosén <i>et al.</i> (2004)	✓	✓	✓			✓	✓	✓		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	16	
12	Salbach <i>et al.</i> (2006)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	19	
13	Svendson & Teasdale (2006)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	18	

Studies measuring association between self-efficacy and patient outcomes																											
CONSORT criteria		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	Total score
1	Glass <i>et al.</i> (2004)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	20	
2	Hoffmann <i>et al.</i> (2007)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓				18	
3	Kendall <i>et al.</i> (2007)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓			✓	17	
4	Salbach <i>et al.</i> (2005)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				17	

The STROBE criteria: (1) Title/abstract. Introduction: (2) background, (3) objectives. Methods: (4) study design, (5) setting, (6) inclusion criteria, (7) variables, (8) data sources, (9) bias, (10) study size, (11) quantitative variables, (12) statistical methods. Results: (13) participants, (14) descriptive data, (15) outcome data, (16) main results, (17) other analysis. Discussion: (18) key results, (19) limitations, (20) interpretation and (21) generalizability. Other information: (22) funding (von Elm *et al.* 2007).

The CONSORT criteria: (1) Title/abstracts. Introduction: (2) background and objectives. Methods: (3) trial design, (4) inclusion criteria, (5) Interventions, (6) outcomes, (7) sample size, (8) randomization, (9) allocation concealment, (10) implementation, (11) blinding, (12) statistical methods. Results: (13) participant flow, (14) recruitment, (15) baseline data, (16) numbers analysed, (17) outcomes and estimation, (18) ancillary analyses, (19) harms. Discussion: (20) limitations, (21) generalizability, (22) interpretation. Other information: (23) Registration, (24) protocol, (25) funding (Moher *et al.* 2009).

depression and HRQL, and the effects of self-efficacy enhancing interventions on mobility depression and HRQL in patients after stroke (Tables 2 and 3).

Self-efficacy associated with clinical outcomes

Self-efficacy associated with mobility and ADL

Eight studies measured the association between mobility and ADL and self-care self-efficacy as the confidence in one's ability in self-care: physical tasks (LeBrasseur *et al.* 2006), fall self-efficacy (Hellström *et al.* 2003, Belgen *et al.* 2006, Rosén 2004, Michael *et al.* 2006, Andersson *et al.* 2008, Pang & Eng 2008) and balance self-efficacy (Salbach *et al.* 2006) in patients with stroke. LeBrasseur *et al.* (2006) used the Ewart Self-Efficacy Scale to measure self-perceived ability to perform a number of physical tasks, such as walking and jogging various distances, climbing stairs, lifting objects of

different weights. Self-efficacy had a strong association with stair-climbing time, chair-rising and all domains of quality of life as measured with the Sickness Impact Profile-30 (LeBrasseur *et al.* 2006) (Table 1).

Fall self-efficacy was described in relation to ADL tasks (Hellström *et al.* 2003, Belgen *et al.* 2006, Rosén 2004, Michael *et al.* 2006, Andersson *et al.* 2008, Pang & Eng 2008), which included moving in or out of bed, dressing, taking a shower, toileting, walking in the neighbourhood and household, and walking upstairs, without falling. Physical functioning, exercise behaviour and motivation were influenced by fatigue (Michael *et al.* 2006). Fatigue severity was correlated with fall self-efficacy. Patients with elevated fatigue severity had a poorer fall self-efficacy (Michael *et al.* 2006). Low fall self-efficacy was significantly ($P < 0.002$) associated with visual impairment, upper motor impairment, lower motor impairment, impaired functional mobility and

Table 2 Characteristics of studies measuring association between self-efficacy and mobility, ADL, depression and HRQL in stroke patients

Author/Year	Design/sample/setting	Objective	Outcome/instruments	Results
Allen <i>et al.</i> (2008)	Cross-sectional design (descriptive study is unnecessary) N = 23 Rehabilitation	Explore whether the relations between Memory Self-efficacy and depression, coping and neuroticism as established in healthy people also apply in patients after stroke.	Memory Self-efficacy (MSE); Mememory-in-adulthood questionnaire Coping: Dutch Utrecht Coping-list Depression: Beck Depression Inventory (BDI)	'Low' Memory Self Efficacy (MSE) had significantly higher scores on depression in comparison with 'High' MSE group ($P = 0.033$). Patients in the 'Low' MSE group have an average score of 15 on the BDI in comparison to a mean score of 9 in the 'high' MSE group. Neuroticism is higher in a 'low' MSE group in comparison with a 'High' MSE group ($P = 0.123$), (not significant). An active coping style is not related to a 'High' MSE group ($P = 0.440$). Patients in the 'Low' MSE group tend to have a higher mean ranking on passive coping style in comparison with patients in the 'High' MSE group ($P = 0.155$). Higher depression ratings are significantly related to lower MSE ($P = 0.01$). Lower MSE seems to be related to a higher neuroticism ratings and a more passive coping style score ($P = 0.123$; $P = 0.155$, respectively). ($P < 0.10$).
Andersson <i>et al.</i> (2008)	Descriptive study N = 219 Rehabilitation	Study the relationship between fear of falling and different functional characteristics of patients after stroke. Investigate what characterized patients who had experienced a fall, but scored high fall-related self-efficacy and those who had not fallen, but scored low fall-related self-efficacy	Motor capacity: Battina Lundmark motor assessment scale Functional mobility: Timed Up and Go (TUG) Balance: Berg Balance Scale (BBS) Fear of falling: Fall self-efficacy-Swedish version (FES-S)	Patients with low self-efficacy (SE) were more often aged >75 years, than those with high SE. Odds Ratios (OR) 2.4 [95% Confidence Interval (CI): 1.2-4.7], and were more often women OR 2.3 (95% CI: 1.2-4.5), fallers OR 5.1 (95% CI: 2.4-10.6), with visual impairment OR 3.9 (95% CI: 1.9-8.1), cognitive impairment OR 3.2 (95% CI: 1.4-7.1), low mood OR 3.6 (95% CI: 1.8-7.3), motor impairment upper extremity OR 7.2 (95% CI: 3.4-15.2), motor impairment lower extremity OR 8.8 (95% CI: 4.0-19.2), impaired functional mobility OR 28.2 (95% CI: 9.1-87.1), or impaired balance OR 16.4 (95% CI: 5.9-45.6). Earlier falls OR 5.0 (95% CI: 1.6-15.7), and physical function OR 12.9 (95% CI: 2.5-66.3) remained significant. A significantly larger proportion of patients who had fallen, scored low fall-related SE compared with non-fallers ($P < 0.001$). Patient with fall history but scored high fall-related SE had visual ($P = 0.014$) and cognitive impairment ($P = 0.02$), low mood ($P = 0.036$), motor impairment in upper and lower extremities ($P = 0.001$). Patients who had not fallen but scored low fall-related SE were older ($P = 0.005$), more often women ($P = 0.001$), had visual impairment ($P = 0.005$), low mood ($P = 0.029$), motor impairment in upper ($P < 0.001$) and lower ($P = 0.002$) extremities, impaired functional mobility ($P < 0.001$) and impaired balance ($P < 0.001$).

Table 2 (Continued)

Author/Year	Design/sample/setting	Objective	Outcome/instruments	Results
Belgen <i>et al.</i> (2004)	Cross-sectional N = 50 Community	Determine the frequency and circumstances of falls of community-dwelling persons with long-term stroke. Determine how well FES-S, TUG, BBS could distinguish between groups of subjects based on their history of falling.	Functional mobility: TUG Balance: BBS Fear of falling: FES-S	Patients with fall history had more fear of falling (relative risk - RR), 2.4 (95% CI: 1.1-4.9), had less falls-related SE ($P = 0.04$) and more depressive symptoms ($P = 0.02$) than non-fallers. Patients with multiple fall history had poorer balance ($P = 0.04$), more fear of falling RR, 5.6 (95% CI: 1.3-23), and used greater number of medications ($P = 0.04$) than non-fallers and 1-time fallers. Strength partially explained balance, mobility and falls-related SE. Balance and falls-related self-efficacy are associated with fall history. FES-S differentiated best patients who had fallen from those who had not, at a threshold score of 17.5 (sensitivity 0.90, specificity: 0.53) and Area Under the Curve (AUC) of 0.72. BBS best differentiated those reporting multiple falls from patients with one or no falls, at a threshold score of 52 (sensitivity 0.91, specificity: 0.42) with AUC of 0.72. Stroke survivors with higher levels of coping self-efficacy used the strategies of active coping ($P < 0.01$) and positive reframing ($P < 0.05$) more frequently. Self-efficacy was positively correlated with frequency of use of the coping strategies active coping [Pearson correlation (r) = 0.640, $P < 0.01$] and positive reframing ($r = 0.597$, $P < 0.05$). Stroke survivors with depression, used maladaptive coping strategies more frequently than stroke survivors who were not depressed ($P < 0.047$ and $P < 0.001$, respectively). Significant improvements found in all measures from admission to discharge, but patients with low fall efficacy at discharge had significantly less improvements than those with high falls efficacy concerning balance ($P < 0.01$) and locomotion ($P < 0.01$). At all three assessment times, all concurrent correlations between FES(S) and the other measures related significantly with Spearman rho ranging from 0.53 ($P < 0.01$) to 0.87 ($P < 0.001$). Patients with low self-efficacy at discharge showed less improvements than those with high self-efficacy ($P < 0.01$). FES was a more powerful predictor of ADL than the observer-based measures ($P < 0.000$). At follow up, the low-SE group showed a decline in motor function and balance, while the high-SE group increased their motor function and balance and the differences between the two increased over time. The model which best predicted the level of ADL at 10 months' poststroke included the variables FES(S) total FES(S)**2 and FIM variance of the outcome measure ($R^2 = 77.0\%$).
Gillen (2006)	Case study, explorative N = 16 Acute stroke	Examine the coping behaviours of stroke survivors who were undergoing inpatient stroke rehabilitation.	Coping: Brief COPE Depression: Center of Epidemiologic Depression Scale (CES-D) Self-efficacy: Self-Efficacy Scale (SES)	
Helleröin <i>et al.</i> (2003)	Prospective descriptive design N = 37 Rehabilitation Interval since stroke of less than 8 weeks	Determine to what extent fall-related self efficacy changes over time, its relationships with functions and activities, and the predictive capacity of self-efficacy. Assessments: admission, discharge and 10 months after stroke.	Fall Self-Efficacy: Falls Efficacy Scale (FES) Balance: BBS Functional independence: Functional Independence Measure (FIM)	

Table 2 (Continued)

Author/Year	Design/sample/setting	Objective	Outcomes/Instruments	Results
LeBrasseur <i>et al.</i> (2006)	Cross sectional study N = 31 Community Single ischaemic stroke in past 6–24 months	Examine whether quantitative measures of muscle strength and power in the involved lower extremity predict functional limitations. Evaluate the contributions of behavioural factors to mediating disability and quality of life.	Self-Efficacy: Iwatt Self-Efficacy Scale Quality of life (QoL): Sickness Impact Profile (SIP) Disability: Late Life Function and Disability Instrument (LLFDI) Depression: Geriatric Depression Scale (GDS)	FES(S) total accounted for the largest proportion of the variance. FIM mobility at 10 months was best explained by the combination of four predictor variables: FES motor, FES(S)**2, age and FIM mobility. (Beta: constant 26.61, $P = 0.002$; FES(S) total = 0.30, $P < 0.000$; FES(S)**2 = -0.003, $P < 0.000$; Age = -0.20, $P = 0.034$; FIM mobility = 0.29, $P < 0.008$). This model accounted for 84.3% of the explained variance ($R^2 = 84.3\%$). Again the FES(S) showed the highest unique contribution. Stepwise regression models including impairment and behavioural measures were strong predictors of function, disability and QoL. Self-efficacy, muscle strength and power of the involved extremity were independently associated with function, whereas depression and self-efficacy were strong predictors of disability and QoL. Self-efficacy and gender were associated with habitual gait speed in regression models 1 and 2 ($P < 0.05$). Self-efficacy was also associated with stair climbing time and this association was stronger in the strength model ($R^2 = 0.11$) than in the power model ($R^2 = 0.07$). Self-efficacy also showed strong association with chair rising time and demonstrated strong relationship with this measure in both models ($P < 0.001$). Concerning the QoL measure, Self-efficacy demonstrated strong association with the limitation dimension ($P < 0.001$). Self-efficacy was the only variable associated with the instrumental role domain of the QoL measure and explained 63% of the variance in this measure in both models ($P < 0.001$). Both Self-efficacy and depression were significantly associated with the management role domain and explained similar degrees of variability in this measure ($R^2 = 0.23$, $R^2 = 0.24$, respectively). Fatigue severity was associated with balance (BBS) ($P < 0.01$) and fall-efficacy ($P < 0.01$), but not with cardiovascular fitness variables. Patients with elevated fatigue severity scores had lower social support ($P < 0.05$) and poorer fall-efficacy scores ($P < 0.05$) than patients reporting less fatigue.
Michael <i>et al.</i> (2006)	Correlational, descriptive study N = 53 Community 6 months' poststroke	Identifying relationships among fatigue and mobility deficit severity, fitness, ambulatory activity, social support and fall self-efficacy.	Fatigue: FSS, paired with Visual Analogue Scale (VAS) Balance: BBS Fall self-efficacy: FES	Balance Self-efficacy (ABC-score) showed highest correlation with the community reintegration (RNL index scores) [Pearson correlation coefficient ($r = 0.527$, $P < 0.001$).
Pang <i>et al.</i> (2007)	Secondary analysis of a clinical	Determine whether balance self-efficacy makes an	Satisfaction of reintegration: Reintegration of	

Table 2 (Continued)

Author/Year	Design/sample/setting	Objective	Outcome/instruments	Results
Pang & Eng (2008)	Cross-sectional correlational study N = 39 Community (> 1 year poststroke)	Examine the contributions of fall-related self-efficacy to performance in balance, mobility and falls in stroke survivors with low bone mass.	Normal Living Index (NLI Index) Upper extremity motor: Fugl-Meyer Assessment Walking endurance: 6-Minute Walk and Talk (6-MWT) Balance Self-Efficacy: ABC Balance: BBS Mobility: TUG, 6 MWT, Stair Climbing time Fall self-efficacy: ABC	Balance self-efficacy is an independent predictor of satisfaction with community reintegration in older adults with long-term stroke, accounting for 65% of the variance (95% CI: 0.040-0.287, $P = 0.001$) as shown in multiple regression analysis and after adjusting for age, gender, upper extremity impairment, walking endurance, balance and depression. The addition of balance self-efficacy significantly improved the model prediction ($P = 0.001$) with a total of 49.2% of the variance in the NLI Index scores predicted by the final regression model ($P < 0.001$). Improving balance self-efficacy may be instrumental in enhancing community reintegration. Better fall self-efficacy (ABC scores) was significantly related to better balance, faster TUG, stair climbing and 6MWT distance (all: $P < 0.001$). According to multiple regression analysis, where age, gender, balance activity level and parietal leg muscle strength and Fall Self-efficacy (ABC score) were entered into the model, showed the ABC scores to account for 32.4% of the variance ($P = 0.001$). Multiple regression analyses showed that after adjusting for basic demographics, fall-related self-efficacy (ABC-score) was independently associated with balance mobility performance ($P < 0.001$) and that a total of 49.4% of the variance in balance/mobility performance can be explained by this final model ($P < 0.001$). According to the standardized regression coefficients, ABC score had the highest association with balance/mobility performance ($P < 0.001$). Falls self-efficacy (ABC-score), but not balance or mobility performance, was a significant determinant of falls. Those with an ABC score > 80 were significantly less likely to fall when compared with those with an ABC score ≤ 80 (adjusted OR: 0.18; 95% CI: 0.04-0.97, $P = 0.04$) after accounting for age, gender and physical activity level. Self-care self-efficacy increased after stroke and was strongly correlated with QoL measures and depression at 1 and 6 months after stroke and all correlations robust (Pearson Correlation r) ranging from 0.41 to 0.81). Higher self-efficacy (SLUPH-score) was associated with lower depression at 1 and 6 months ($r = 0.61, 0.67$, respectively). At 1 month, self-care self-efficacy accounted for 51% of the variance in depression and coping ($P < 0.001$) and coping accounted for 52% of the variance in QoL ($P < 0.001$).
Robinson-Smith et al. (2006)	Longitudinal, descriptive correlational study N = 77 (1 month) N = 63 (6 months) Rehabilitation	To determine the relationship of self-care self-efficacy to functional independence, quality of life, and depression after stroke.	Self-care self-efficacy: Strategies Used by People to Promote Health (SLUPH) Quality of life: QLI-Stroke Version Depression: CES-D	

Table 2 (Continued)

Author/Year	Design/sample/setting	Objective	Outcome/instruments	Results
Rosen <i>et al.</i> (2004)	Correlational, descriptive study N = 31 Community and day rehabilitation	Evaluate the relationship between fall self-efficacy and observer-assessed balance and also between the fall self-efficacy and gait velocity.	Balance: BDL Balance Scale (BDL BS) Fall self-efficacy: FES Walking speed: Timed Walking Test	At 6 months, 20% of the variability in QoL was explained by functional independence ($P < 0.01$) and coping increased the variability in QoL to 47% ($P < 0.001$). Significant differences in self-care self-efficacy, quality of life and depression were found between 1 and 6 months. Scores on the SUPPH and QLI increased ($P = 0.047$, $P = 0.004$, respectively) at 6 months indicating improved self-care self-efficacy and quality of life, whereas scores on the CES-D decreased ($P = 0.001$) indicating lower depression. The self-confidence in task performance without falling (FES(S)) was significantly correlated with balance (BDL BS) ($P = 0.008$), self-selected gait velocity ($P = 0.003$) and for maximum gait velocity ($P = 0.002$). Perceived self-confidence in instrumental activities of daily living measured by the IADL tasks were significantly correlated with observed assessed balance (BDL BS) ($r = 0.54$, 95% CI 0.23–0.75, $P = 0.003$), self-selected gait speed ($r = 0.68$, 95% CI 0.43–0.83, $P = 0.001$) and maximum gait speed ($r = 0.68$, 95% CI 0.43–0.84, $P = 0.001$). The results indicate that the use of the FES(S) can be recommended in patients with stroke and balance to map out the dimension of self-confidence in balance problems. A average balance self-efficacy was 59 out of 100 points on the ABC scale (95% CI, 55–64). Balance self-efficacy was not significantly associated with age, education level, monthly income or the number of comorbid conditions. Average balance self-efficacy was significantly higher for men than for women (mean difference, 13 points; 95% CI, 4–21). Balance self-efficacy (decreasing) was significantly associated with depression (increasing) (Spearman $P = -0.39$, 95% CI -0.55 to -0.19), independence in walking (decreasing) (Spearman $P = 0.48$, 95% CI 0.30–0.63) and with increasing level of support from assistive devices (Spearman $P = -0.34$, 95% CI -0.51 to -0.14). Balance self-efficacy was associated with balance (Spearman $P = 0.44$, 95% CI -0.25 to 0.59), walking capacity measured as 5-m walk, maximum pace ($P = 0.49$, 95% CI 0.31–0.63) and 5-m walk, comfortable pace ($P = 0.46$, 95% CI 0.28–0.63), ADL performance (BI-score) ($P = 0.43$, 95% CI 0.24–0.59), physical function (SF-36 scale) ($P = 0.59$, 95% CI 0.44–0.71), physical health (SF-36 PCS) (Spearman $P = 0.36$, 95% CI 0.16–0.53) and perceived health status (EQ VAS) ($P = 0.52$, 95% CI 0.35–0.66). These relations were upheld at the postintervention (P -range, 0.44–0.69, $P < 0.001$) and 6-month evaluations (P -range, 0.44–0.63, $P < 0.001$).
Sulbach <i>et al.</i> (2006)	Secondary analysis of a two-centre, observer blinded, randomized, controlled trial. N = 91 Community Within 1 year poststroke	To estimate the level of balance self-efficacy among community-dwelling subjects with stroke and to determine the relative importance of balance self-efficacy compared with functional walking capacity in predicting physical function and perceived health status.	Balance Self-Efficacy: ABC Depression: GDS Balance control: BBS Functional status: Barthel Index (BI)	

Table 2 (Continued)

Author/Year	Design/Intervention	Objective	Outcomes/Instruments	Results
Stensdalen & Teasdale (2006)	Retrospective fall over-up. Community	Looking at perceived symptoms of brain injury and impact on significant others, experience of competency, perceived self-efficacy and locus of control, anxiety, depression and quality of life in both the patients and their significant other.	Self-efficacy: Generalized Self-Efficacy Scale (GSES) Locus of Control Depression and anxiety: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) QoL: World Health Organisation Quality of Life questionnaire (WHO-QoL)	Balance self-efficacy was a significant predictor of physical function and physical health, explaining 3% and 6% of the variance in scores on the PF scale and the PCS, after adjusting for age, gender, functional walking capacity. Balance self-efficacy was also a significant predictor of perceived health status and explained 19% of the variance in the HQ VAS scores after controlling for age, gender and functional walking capacity [R^2 : 0.19, β : 0.35 (95% CI 0.14 to 0.56)]. This group of predictors explained 24% of the variability in the perceived health status at 6 months. The rehabilitation group experienced higher degrees of internal locus of control ($M = 19.1$, $SD = 3.9$) compared to the control group ($M = 15.5$, $SD = 2.9$), which represented a medium-sized effect ($P = 0.003$). The rehabilitation group also rated themselves as having a higher sense of general self-efficacy ($M = 30.1$, $SD = 7.0$) compared to the control group ($M = 26.4$, $SD = 5.4$). This difference was significant when using a one-tailed t -test ($P = 0.044$), representing a small-to-medium sized effect ($r = 0.25$). Anxiety and depression levels ($P = 0.026$) were significantly lower and QoL ($P = 0.002$) significantly higher in the rehabilitation group.

Table 3 Characteristics of studies focusing on self-efficacy enhancing interventions

Author/Year	Design/sample/setting	Intervention	Outcome/instruments	Results
Glass <i>et al.</i> (2004)	Randomized controlled trial N = 291 Community	Psychosocial intervention (PSI): family systems intervention designed to influence social support and self-efficacy affects functional outcome in older stroke patients	Mental Status: Mini Mental Status Examination (MMSE) Recovery efficacy (REFFI)	Psychosocial intervention (PSI) showed greater improvement than usual care (not significant). PSI patients had 2.0% higher odds of being functionally independent at 6 months (OR 1.2, $P = 0.57$, unadjusted). The PSI had 60% higher odds (adjusted) of being functionally independent at 6 months than the control group (not significant) (OR 1.6, $P = 0.31$, adjusted for marital status, received social support, age, age squared, baseline BI, NIH supplemental motor exam, previous stroke, and missing indicator for these variables). No differences between treatment groups on depressive symptoms ($P = 0.75$), received social support ($P = 0.26$), or recovery self-efficacy ($P = 0.97$). Patients in the intervention group were significantly more satisfied with the content ($P = 0.003$) and presentation ($P = 0.001$). Fewer patients in the intervention group desired additional information about stroke at follow-up than patients in the control group (4.5% vs. 32.8%; $P < 0.001$). Anxiety scores changed significantly more in favour of the control group (1.4 difference on the HAD subscale, 95% CI 0.2–2.8, $P = 0.03$). No differences were observed for other outcome measures.
Hoffmann <i>et al.</i> (2007)	Randomized controlled trial N = 138 Acute	Computer-generated tailored written information	Knowledge: Knowledge of Stroke Questionnaire Self-efficacy: Self-efficacy to Perform Self-Management Behaviour Scale Anxiety/Depression: HADS	Providing stroke patients with computer-generated tailored written information improved satisfaction with the information that was received, but had no effect on self-efficacy, depression or perceived health status.
Kendall <i>et al.</i> (2007)	Longitudinal randomized controlled trial N = 110 Acute/Rehabilitation Few months poststroke	The Chronic Disease Self-Management Course as a way of promoting progressive psychosocial recovery for stroke patients	Quality of life: SSQOL Self-Efficacy: Self-Efficacy Scale	The self-management intervention applied early following hospital discharge showed signs. Effect on the quality of family roles, self-care, work productivity, and functioning in daily activities. SE showed significant effects on all SSQOL outcomes: language ($P < 0.01$), energy ($P < 0.01$), mobility ($P < 0.01$), mood ($P < 0.001$), vision ($P < 0.05$), fine motor tasks ($P < 0.001$), self-care ($P < 0.001$), thinking ($P < 0.01$), social roles ($P < 0.001$), work productivity ($P < 0.001$), this

Table 3 (Continued)

Author/Year	Design/sample/setting	Intervention	Outcome/assessments	Results
Silbach <i>et al.</i> (2005)	Randomized, controlled trial N = 91 Community Within 1 year poststroke	Task-oriented walking intervention in improving balance self-efficacy. Participation in 18 training sessions given three times a week for 6 weeks in hospital setting. The walking intervention was a progressive programme of 10 tasks.	Balance Self-Efficacy: ABC Depression: GDS Balance control: BBS	<p>finding confirms the importance of SE in the determination of outcomes following stroke. Although the treatment group displayed a different overall trajectory for the family roles subscale, fine motor tasks (tasks of daily living such as writing, dressing and opening jars), self-care subscale, and for work productivity, no significant difference was found.</p> <p>The walking intervention was associated with a significantly greater average proportional change in balance self-efficacy than the upper extremity (UE) intervention (OR: 7.6 points, 95% CI 0.6–14.6) or 13.9 proportional change (9.5% CI 0.1–27.8) on the ABC scale with the overall effect-size of 0.4.</p> <p>Positive treatment effects were observed for 13 of the 16 items on the ABC scale. The largest effects between 25% and 51% of proportional change were observed for seven items, listed here: 1 order of diminishing effect: walk on icy sidewalks, walk in crowded mall, walk up or down stairs, step onto/off escalator holding rail, walk 1 crowd/bumped, walk up or down ramp, and stand on chair and reach.</p> <p>In persons with normal mood or mild depressive symptoms, the walking intervention did not have a strong effect on change in balance self-efficacy and showed average effect of 1.9% (9.5% CI: -2.41 to 28.0).</p> <p>The walking intervention led to substantial change effect in persons with severe depressive symptoms at baseline and showed an effect of 82.6% (95% CI: 42.8–122.3) of proportional change on the ABC scale.</p> <p>In the walking group, a fair correlation was observed between change in balance self-efficacy and change in functional walking capacity (correlation coefficient = 0.45, 95% CI 0.16–0.68) and the association was significantly stronger in the walking group than in the UE group ($P < 0.05$). Fair level of correlations was also observed between changes in balance self-efficacy and change in maximum walking speed and in functional mobility.</p>

impaired balance (Andersson *et al.* 2008). These outcomes were found, regardless if a patient had a history of falling or not, according to the nursing documents. Belgen *et al.* (2006) concluded in their study that fall self-efficacy best differentiated patients who had fallen from those who had not. Pang and Eng (2008) showed better fall self-efficacy to be significantly related to a better balance and that patients with a better fall self-efficacy had a faster Timed Up and Go (TUG), faster stair climbing and longer Six Minute Walking Test (SMWT). These findings agree with the study conducted by Hellström *et al.* (2003), who found that the degree of fall self-efficacy was significantly related to mobility, balance and walking capacity. Patients with a high sense of fall self-efficacy had a better outcome in mobility and maintaining balance (Hellström *et al.* 2003). Patients with a higher fall self-efficacy had a better functioning in mobility and ADL, whereas patients with low self-efficacy had a lower functioning in mobility and ADL. This difference increased in time (Hellström *et al.* 2003). Also, the fall self-efficacy predicted the level of mobility (for 30%) and motor impairment (for 67%) 10 months after stroke (Hellström *et al.* 2003).

Patients with a high sense of balance self-efficacy had a better outcome in mobility and maintaining balance (Salbach *et al.* 2006). The change of balance self-efficacy was positively related ($r = 0.45$) to the change in functional walking capacity (Salbach *et al.* 2006). Balance self-efficacy was fairly to moderately associated with balance, walking capacity, ADL performance, physical function, physical health and perceived health status with the Spearman rho correlations ranging from 0.36 to 0.59 ($P < 0.001$). Balance self-efficacy at discharge predicted 56% of physical functioning at 6 months after the stroke (Salbach *et al.* 2006) (Table 1).

Self-efficacy associated with depression

The association between self-efficacy and depression was measured in four studies (Robinson-Smith *et al.* 2000, Gillen 2006, Salbach *et al.* 2006, Aben *et al.* 2008). Patients with a lower self-care self-efficacy were significantly more depressed, both 1 month and 6 months after the stroke (Robinson-Smith *et al.* 2000). Patients with severe depressive symptoms had a lower balance self-efficacy than the patients with less or no depression (Salbach *et al.* 2006). Self-efficacy was positively associated with more frequent use of active coping strategies and positive reframing, whereas patients with severe depressive symptoms used more ineffective coping strategies (Gillen 2006). Aben *et al.* (2008) studied the association between memory self-efficacy, depression and coping. Patients with a low memory self-efficacy were significantly more depressed than the patients with a high memory self-efficacy (Table 1).

Self-efficacy associated with HRQL

Four studies measured the association between self-efficacy and HRQL (Robinson-Smith *et al.* 2000, LeBrasseur *et al.* 2006, Svendsen & Teasdale 2006, Pang *et al.* 2007). Two studies showed self-efficacy was significantly associated with higher level of quality of life (LeBrasseur *et al.* 2006) (Robinson-Smith *et al.* 2000). At 1 month and 6 months after the stroke, significant associations were found between self-care self-efficacy and Quality of Life (Robinson-Smith *et al.* 2000). A retrospective study, comparing patients following a special rehabilitation programme with patients receiving usual care, showed that at 12–22 years after stroke, the rehabilitation group had significant higher self-efficacy and a higher HRQL as compared to the non-rehabilitation group (Svendsen & Teasdale 2006). Also, balance self-efficacy was independently associated with satisfaction of community reintegration after stroke as a proxy to HRQL. Balance self-efficacy was also independently associated with satisfaction of reintegration (Pang *et al.* 2007) (Table 1).

Self-efficacy interventions and effects on clinical outcome

Four randomized controlled studies measured the effects of self-efficacy interventions on clinical outcomes such as mobility and ADL, depression and lower HRQL after stroke (Glass *et al.* 2004, Salbach *et al.* 2005, Hoffmann *et al.* 2007, Kendall *et al.* 2007) (Table 2).

In the study conducted by Salbach *et al.* (2005), balance self-efficacy was measured by asking patients their confidence to change position, after *practising to change position* (from sit to stand, stairs-up). Ninety-one patients received the 6-week *functional walking-intervention* or the control intervention, exercising upper extremities. After the 6-week walking intervention, statistically significant improvements of 13.9% were found in the balance self-efficacy ($P < 0.05$). Balance self-efficacy in the walking-intervention group changed more than in the control group, but the difference was not statistically significant. The walking intervention had more effect on balance self-efficacy when patients had depressive symptoms.

Kendall *et al.* (2007) measured self-efficacy using the Self-Efficacy scale, which assesses the following dimensions of self-efficacy: obtain help and information, communicate with physicians, manage disease, manage symptoms and manage depression. The intervention group received *education, focusing on encouragement* of patients on adopting healthy behaviours, minimizing negative influence of the stroke, managing negative emotional impact and taking an active role to develop a partnership with health professionals. Although education had a significant positive effect on

HRQL, this did not have an impact through self-efficacy, and failed to influence outcomes as mood or social participation. Six months after discharge, the patients in the intervention group were able to arrange their return to home more effectively. After 12 months, however, the differences between the groups had disappeared.

Measuring the effects of a *psychosocial intervention*, which aimed to improve functional outcome of patients with stroke at home, Glass *et al.* (2004) randomized participants ($N = 291$) into two groups, one group received the psychosocial programme intervention and the other group received usual care. The psychosocial programme did not enhance self-efficacy and did not lead to improved functional status ($P = 0.08$). A limitation of this study, as commented by the authors, was that mainly patients with good functional status, who improved without an intervention, were included in the study and many patients with a worse condition refused participation.

Hoffmann *et al.* (2007) evaluated the effectiveness of providing *computer-generated tailored written information* on the self-efficacy, satisfaction with information, depression, or perceived health status. Patients of the intervention group identified which topics they would like to receive information about, the amount of information and the font size of the print. Even though positive effects were found on satisfaction with information, no effects, however, were found on self-efficacy, depression or perceived health status (Table 2).

Discussion

In this review, we provide an overview of the literature focusing on the influence of self-efficacy and self-efficacy enhancing interventions on mobility, ADL, depression and HRQL of stroke patients. The findings show that self-efficacy was positively associated with mobility, ADL and HRQL, and negatively associated with depression. Four self-efficacy enhancing interventions for stroke patients were identified. The evidence for the effects of these interventions was inconclusive.

The main limitation of the review was the heterogeneity of the studies included. The variety of study designs, inclusion criteria and instruments used made it impossible to pool the findings. Despite the fact that the quality appraisal showed that the studies included were all of average quality, the diversity in the designs, instruments and interventions used make it difficult to compare the findings in a meaningful way. Strength of this review is the theoretical base provided by the social cognitive theory of Bandura, which is tested and utilized in the care of patients with enduring diseases. The social cognitive theory and the construct of self-efficacy form

the theoretical basis for many chronic disease intervention programmes. The findings of this review provide further evidence regarding the possible effects of the self-efficacy interventions for patients with stroke, adding to the theoretical base of the social cognitive theory of Bandura. Another strength of this review may be considered to be the strict methodology used for the literature search, the selection of studies and the quality appraisal of the studies included.

In this systematic review, a positive association was found between self-efficacy and mobility, ADL, depression and HRQL. Self-efficacy was significantly associated with mobility, balance, motor impairment, walking capacity, stair climbing and chair rising (Hellström *et al.* 2003, Belgen *et al.* 2006, Michael *et al.* 2006, Rosén 2004, Andersson *et al.* 2008, Pang & Eng 2008). Patients with a low self-efficacy were significantly more depressed than the patients with a high self-efficacy. Self-efficacy was also positively associated with a more frequent use of active coping strategies and positive reframing (Robinson-Smith *et al.* 2000, Gillen 2006, Salbach *et al.* 2006, Aben *et al.* 2008) and HRQL (Robinson-Smith *et al.* 2000, LeBrasseur *et al.* 2006, Svendsen & Teasdale 2006, Pang *et al.* 2007). Of the four studies investigating the effects of a self-efficacy enhancing intervention on patient's outcomes after stroke, two studies showed positive effects of self-efficacy enhancing interventions, such as *task-oriented interventions focusing on a 6-week walking group exercise programme* on balance self-efficacy (Salbach *et al.* 2005), and *group education intervention* improving functional status and activities of daily living and HRQL (Kendall *et al.* 2007). Interestingly, in the four studies, only one or two sources of Bandura were used to enhance self-efficacy, whereas Bandura (1994) emphasized the importance of using all the four sources to enhance self-efficacy. It is not described why the authors chose one or two sources. In two studies, the only self-efficacy enhancing sources used in the intervention were mastery experience and vicarious experience (Salbach *et al.* 2005, Kendall *et al.* 2007), whereas, the other two studies only used one source interpretation of physical state in their intervention (Glass *et al.* 2004, Hoffmann *et al.* 2007). This may be the reason why these self-efficacy interventions did not have a significant effect on the outcomes measured. Jones (2006) concluded in her review also a lack of effective interventions to equip stroke patients to deal with their chronic disease.

In two qualitative studies, patients have described the following self-efficacy enhancing themes: conducting self-care, recognizing improvements, pushing limits, setting goals, solidarity, recognition and reassurance, which may be important because they are more likely to specify the needs of stroke patients about enhancing self-efficacy in relation to mobility

What is already known about this topic

- There is growing evidence for the importance of self-efficacy in the care of people with enduring illness.
- The use of self-efficacy can help patients to gain more control over important aspects of their disease.
- Nurses in stroke care generally do not use self-efficacy in the daily care of people with stroke.

What this paper adds

- Self-efficacy was positively associated with mobility, ADL and HRQL and negatively associated with depression after stroke.
- Self-efficacy was significantly associated with mobility, balance, motor impairment, walking-capacity, stair climbing and chair rising.
- Self-efficacy enhancing interventions, such as task-oriented walking group exercise programme and group education intervention were found to be effective and improved various patient outcomes.

Implications for practice and/or policy

- Nurses have an important role in the rehabilitation of stroke patients and they need to provide self-efficacy enhancing interventions during daily care.
- Nurses need to emphasize further the role of self-efficacy in the care for patients with stroke in the nursing practice and the nursing curriculum.

and ADL (Hillman & Chapparo 2002, Dixon *et al.* 2007). These studies focused on the four sources of self-efficacy described by Bandura (1994), namely: 'mastery experience', 'verbal persuasion', 'vicarious experience' and 'interpretation of physical state'. *Mastery experience* was expressed as an important source of self-efficacy in both studies. In their qualitative study, Dixon *et al.* (2007) described the experience of patients conducting self-care ADL activities as a form of rehabilitation. Conducting self-care activities in ADL tasks, recognizing own improvements, pushing limits and setting goals were experienced as encouragement of the self-efficacy (Dixon *et al.* 2007). Hillman and Chapparo (2002), also in a qualitative study, explored which aspects of experienced job satisfaction had influence on the self-efficacy of retired men. Work was experienced by these men as an important factor, which enhances self-efficacy (Hillman & Chapparo 2002). The way of fulfilling own values and beliefs after stroke was experienced as having a positive influence on self-efficacy (Hillman & Chapparo 2002).

Vicarious experience was experienced as a self-efficacy enhancing source in the study conducted by Dixon *et al.* (2007). Patients described this as solidarity and recognition with other patients. Seeing other patients participating in rehabilitation was experienced as stimulating and instructive. It was important for the patients to recognize their own rehabilitation in the others' rehabilitation process (Dixon *et al.* 2007). *Verbal persuasion*, also known as social persuasion, was important as described in the study by Dixon *et al.* (2007). Patients described how they needed reassurances from professionals or family members concerning their progress when they take part in rehabilitation (Dixon *et al.* 2007). This form of support was experienced as enhancing their self-efficacy. Patients described working with professionals as valuable and stimulating for rehabilitation, and the advice of the rehabilitation physician on how to practice and exercise was experienced as a way to promote self-efficacy (Dixon *et al.* 2007). In our recent systematic review, various effective task-oriented interventions are described, which were found to be highly relevant to nursing in all phases after stroke (Rensink *et al.* 2009) and are in line with the evidence showing that stroke patients need more intensive activation and training, starting early after the stroke (Kwakkel 2006). When nurses teach patients simple exercises, such as balance exercises, reaching, sitting up, standing up and walking (Rensink *et al.* 2009) they need to use Bandura's four sources of self-efficacy, as the patient needs to be encouraged to do activities that he/she find difficult to perform and to watch other patients do the exercises; and nurses and family members need to give positive feedback and praise every improvement how minor it may be.

The information concerning the self-efficacy interventions and determinants influencing self-efficacy is also important for the further development of interventions and training programmes, which may improve rehabilitation results of people with stroke. In line with this, Robinson-Smith (2003) described the essence of enhancing self-efficacy after stroke. She used the sources of Bandura to describe how to enhance self-efficacy during daily care. Her findings show that self-efficacy enhancing interventions need to be integrated into the daily nursing care of patients and used in combination with task-oriented interventions in the rehabilitation of patients with stroke. This was also supported by the findings of two qualitative studies (Hillman & Chapparo 2002, Dixon *et al.* 2007).

Practical implications for nursing

The findings of this review provide evidence for the importance of self-efficacy during daily care for patients with

stroke. A high sense of self-efficacy enhances functionality and HRQL, whereby depression decreased. Although no convincing evidence was found regarding the effects of self-efficacy enhancing interventions, the findings of the qualitative studies showed that the interventions lack the use of determinants experienced by the patients as self-efficacy enhancing. Based on this, more interventions tailored to the needs of stroke patients and their daily care are needed. For example, starting by practising simple self-care activities, such as practising arm function while dressing. Activities like this can be extended to other ADL functions and continued with activities of increased complexity, using the four self-efficacy enhancing sources of Bandura. Nurses can use the first source, *mastery experience*, by practising ADL tasks, such as dressing, eating or drinking. Starting with an easy task, which the patient can easily perform will lead to a successful experience and improve the patients' self-efficacy. The second source, *vicarious experience*, is appropriate to facilitate moments that patients eat or drink together; the third source, *verbal persuasion*, to encourage the patient when exercising during daily care; and the last source, *physiological factors*, is appropriate to communicate with the patient concerning signs and symptoms related to the stroke.

Today, no or little attention is given to self-efficacy in the basic and postgraduate education of nurses. Based on the findings of this review and previous studies, it is highly important to educate nurses concerning self-efficacy, the importance of self-efficacy in the care and rehabilitation of patients with stroke and to teach them to apply self-efficacy enhancing intervention in the daily care and training of these patients.

The management of stroke units in hospitals, rehabilitation centres and nursing homes need to facilitate the use of self-efficacy in the daily care of patients with stroke. They need to create time, space and financial support in their policy to make it possible for nurses to offer patients the opportunity to learn about self-efficacy, and to practise and share experiences with other patients. Nurses in advanced nursing practice have an important role in implementing this knowledge into daily practice.

Conclusion

The findings of this systematic review provide evidence for self-efficacy as an important aspect to be considered in the daily care and rehabilitation of patients with stroke. Providing continuous daily care gives nurses excellent opportunity to adopt and use self-efficacy in the care and rehabilitation of patients with stroke in various care facilities such as hospitals, nursing homes, rehabilitation centres and community home

care. Self-efficacy is positively associated with mobility and ADL and HRQL, and negatively associated with depression in patients with stroke. A few promising self-efficacy interventions were found, which nurses can apply in the daily care of these patients. Self-efficacy interventions and programmes need to be developed. Further research, however, is needed to investigate the effectiveness of self-efficacy interventions provided by nurses and the stroke patients' experiences of these interventions. Implementing evidence based self-efficacy interventions in the daily care of patients with stroke may be one of the many challenges that nurses face in the future. Evidence-based practice is a challenge that never ends.

Funding

The authors did not receive grant from any funding agency in the public, commercial or not for profit sectors.

Conflict of interest

No conflict of interest has been declared by the authors.

Author contributions

CK, JvdB & TBH were responsible for the study conception and design. CK performed the data collection. CK, JvdB & TBH performed the data analysis. CK, JvdB & TBH were responsible for the drafting of the manuscript. CK, JvdB & TBH made critical revisions to the paper for important intellectual content. CK & TBH provided administrative, technical or material support. JvdB & TBH supervised the study.

Supporting Information Online

There is no Supporting Information associated with this article.

References

- Aben L, Buschbach J.J.V., Ponds R.W.H.M. & Ribbers G.M. (2008) Memory self-efficacy and psychosocial factors in stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine* 40, 681–683.
- Andersson A.G., Kamwendo K. & Appelros P. (2008) Fear of falling in stroke patients: relationship with previous falls and functional characteristics. *International Journal of Rehabilitation Research* 31, 261–264.
- Bandura A. (1994) Self-efficacy. In *Encyclopedia of Human Behavior* Vol. 4 (Ramachaudran V.S., ed.), (Vol. 4). Academic Press, New York, pp. 71–81. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).

- Bello T., Wallesch C. & Herrmann M. (1999) The crucial role of fronto-parietal circuits for depressive disorders in the postacute stage after stroke. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology* 12, 236–246.
- Belgen B., Beninato M., Sullivan P.E. & Narielwalla K. (2006) The association of balance capacity and falls self-efficacy with history of falling in community-dwelling people with chronic stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 87, 554–561.
- Bernhardt J., Dewey H. & Donnan G. (2004) Inactive and alone physical activity within the first 14 days of acute stroke unit care. *Stroke* 35, 1005–1009.
- Bernhardt J., Chan J., Nicola I. & Collier J.M. (2007) Little therapy, little physical activity: rehabilitation within the first 14 days of organized stroke unit care. *Journal of Rehabilitation Medicine* 39, 43–48.
- Bos M.L., Berger-van Sijl M., Jager-Geurts M.H., Bos M., Reitsma J.B., Brezeler M.M.B. & DeBruin A. (2006) *Incidentie van cerebrovasculaire ziekten in Nederland in 2000*. Hart- en Vaartziekten in Nederland 2006, Nederlandse Hartstichting, Den Haag.
- Burton C.R. (2000) A description of the nursing role in stroke rehabilitation. *Journal of Advanced Nursing* 32, 174–181.
- Dixon G., Thornton E.W. & Young C.A. (2007) Perceptions of self-efficacy and rehabilitation among neurologically disabled adults. *Clinical Rehabilitation* 21, 230–240.
- von Elm E., Altman D., Egger M., Pocock S.J., Gøtzsche P.C. & Vandenbroucke J.P. (2007) The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet* 370, 1453–1457.
- Gillen G. (2006) Coping during inpatient stroke rehabilitation: an exploratory study. *The American Journal of Occupational Therapy* 60, 136–145.
- Gilad T.A., Berkman L.F., Hiltunen E.F., Furie K., Glymour M.M., Fay M.E. & Ware J. (2004) The Families In Recovery From Stroke Trial (FIRST): primary study results. *Psychosomatic Medicine* 66, 889–897.
- Grimshaw J., McAuley L.M., Bero L.A., Grilli R., Oxman A.D. & Ramsay C. (2003) Systematic reviews of the effectiveness of quality improvement strategies and programmes. *Quality & Safety in Health Care* 12, 298–303.
- Hackett M.L., Yapa C., Parag V. & Anderson C.S. (2005) Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke* 36, 1330–1340.
- Hafsteinsdóttir T.B., Grypdonck M.H.P., Kappelle L.J. & Algra A. (2007) Effects of Bobath Based Therapy on Depression, Shoulder pain and Health Related Quality of Life in Stroke Patients. *Journal of Rehabilitation Medicine* 39, 627–632.
- Hellström K., Lindmark B., Wahlberg B. & Fugl-Meyer A.R. (2003) Self-efficacy in relation to impairments and activities of daily living disability in elderly patients with stroke: a prospective investigation. *Journal of Rehabilitation Medicine* 35, 202–207.
- Hillman A. & Chapparo C.J. (2002) The role of work in the lives of retired men following stroke. *Work* 19, 303–313.
- Hoffmann T., McKenna K., Worrall L. & Read S.J. (2007) Randomised trial of a computer-generated tailored written education package for patients following stroke. *Age and Ageing* 36, 280–286.
- Jones F. (2006) Strategies to enhance chronic disease self-management: how can we apply this to stroke? *Disability and Rehabilitation* 28, 841–847.
- Kendall E., Catalano T., Kuipers P., Posner N., Buys N. & Churker J. (2007) Recovery following stroke: the role of self-management education. *Social Science & Medicine* 64, 735–746.
- Kim P., Warren S., Madill H. & Hadley M. (1999) Quality of life of stroke survivors. *Quality of Life Research* 8, 293–301.
- Kvigne K., Kirkevold M. & Gjevedal E. (2005) The nature of nursing care and rehabilitation of female stroke survivors: the perspective of hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing* 14, 897–905.
- Kwakkel G. (2006) Impact of intensity of practice after stroke: issues for consideration. *Disability and Rehabilitation* 28, 823–830.
- LeBrasseur N.K., Sayers S.P., Ouellette M.M. & Fielding R.A. (2006) Muscle impairments and behavioral factors mediate functional limitations and disability following stroke. *Physical Therapy* 86, 1342–1350.
- Marks R., Allegrante J.P. & Lorig K. (2005) A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (Part II). *Health Promotion Practice* 6, 148–156.
- McCloskey J.C. & Bulechek G.M. (1998) *Nursing Interventions Classification (NIC)*, IOWA intervention project, 2nd edn. Mosby, St. Louis.
- Michael K.M., Allen J.K. & Macko R.F. (2006) Fatigue after stroke: relationship to mobility, fitness, ambulatory activity, social support, and falls efficacy. *Rehabilitation Nursing* 31, 210–217.
- Moher D., Schulz K.F. & Altman D. (2001) The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. *The Journal of The American Medical Association* 285, 1987–1991.
- Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman D.G. for the PRISMA Group (2009) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *J Clin Epidemiol* 62, 1006–1012.
- O'Connell B., Hanna B., Penney W., Pearce J., Owen M. & Waeleow P. (2001) Recovery after stroke: a qualitative perspective. *Journal of Qualitative Clinical Practice* 21, 120–125.
- O'Connor S. (2000) Nursing interventions in stroke rehabilitation: a study of nurses' views of their pattern of care in stroke units. *Rehabilitation Nursing* 25, 224–230.
- Pang M.Y.C. & Eng J.J. (2008) Fall-related self-efficacy, not balance and mobility performance, is related to accidental falls in chronic stroke survivors with low bone mineral density. *Osteoporosis International* 19, 919–927.
- Pang M.Y.C., Eng J.J. & Miller W.C. (2007) Determinants of satisfaction with community reintegration in older adults with chronic stroke: role of balance self-efficacy. *Physical Therapy* 87, 282–291.
- Poer M.W., de Witte L.P. & Schrijvers A.J. (1999) Quality of life and the ICIDH: towards an integrated conceptual model for rehabilitation outcomes research. *Clinical Rehabilitation* 13, 5–15.
- Pryor J. & Smith C. (2002) A framework for the role of registered nurses in the specialty practice of rehabilitation nursing in Australia. *Journal of Advanced Nursing Practice* 39, 249–257.
- Rensink M., Schuurmans M., Lindeman E. & Hafsteinsdóttir T. (2009) Task-oriented training in rehabilitation after stroke: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 65, 737–754.
- Robinson R., Kubo K., Starr L. & Rao K. (1984) Mood disorders in stroke patients: importance of location of lesion. *Brain* 107, 81–93.

- Robinson-Smith G. (2003) Maximizing stroke recovery using patient Self-Care Self-Efficacy. *Rehabilitation Nursing* 28, 48–51.
- Robinson-Smith G., Johnston M. & Allen J. (2000) Self-Care Self-Efficacy, Quality of Life, and Depression after Stroke. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation* 81, 460–464.
- Rosamond W., Flegal K., Friday G., Furie K., Go A., Greenlund K., Haase N., Ho M., Howard V., Kissela B., Kitner S., Lloyd-Jones D., McDermott M., Meigs J., Moy C., Nichol G., O'Donnell C.J., Roger V., Rumsfeld J., Sorlie P., Steinberger J., Thom T., Wassenhil-Snoller S. & Hong Y. (2007) American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics—Update. *Circulation* 115, e69–e171.
- Rosten E., Sunnerhagen K.S. & Kreuter M. (2004) Fear of falling, balance, and gait velocity in patients with stroke. *Physiotherapy Theory and Practice* 21, 113–120.
- Sallbach N.M., Mayo N.E., Robichaud-Estrand S., Hanley J.A., Richards C.L. & Wood-Dauphinee S. (2005) The effect of a task-oriented walking intervention on improving balance self-efficacy post stroke: a randomised controlled trial. *Journal of American Geriatrics Society* 53, 576–582.
- Sallbach N.M., Mayo N.E., Robichaud-Estrand S., Hanley J.A., Richards C.L. & Wood-Dauphinee S. (2006) Balance self-efficacy and its relevance to physical function and perceived health status after stroke. *Archives of Physical Medical Rehabilitation* 87, 364–370.
- Skafarstein S., Beyer J., Berthier M., Cohen B., Price T. & Robinson R. (1991) Depression after stroke: the importance of cerebral hemisphere asymmetries. *Journal of Neuropsychiatry* 3, 276–285.
- Struijs J.N., Van Geuzen M.L.L., Evers M.A.A., Ament A.J.H.A., Baan C.A. & van den Bos G.A. (2005) Modelling the future burden of stroke in the Netherlands: impact of aging, smoking and hypertension. *Stroke* 36, 1648–1655.
- Swenden H.A. & Teasdale T.W. (2006) The influence of neuropsychological rehabilitation on symptomatology and quality of life following brain injury: a controlled long-term follow-up. *Brain Injury* 20, 1295–1306.
- Turner-Stokes L. & Hassan N. (2002) Depression after stroke: a review of the evidence base to inform the development of an integrated care pathway. Part 1: Diagnosis, frequency and impact. *Clin Rehabil* 16, 231–247.
- Whyte E.M. & Mulsant B.H. (2002) Post stroke depression: epidemiology, pathophysiology, and biological treatment. *Society of Biological Psychiatry* 52, 253–264.

The *Journal of Advanced Nursing (JAN)* is an international, peer-reviewed, scientific journal. *JAN* contributes to the advancement of evidence-based nursing, midwifery and health care by disseminating high quality research and scholarship of contemporary relevance and with potential to advance knowledge for practice, education, management or policy. *JAN* publishes research reviews, original research reports and methodological and theoretical papers.

For further information, please visit *JAN* on the Wiley Online Library website: www.wileyonlinelibrary.com/journal/jan

Reasons to publish your work in *JAN*

- High-impact forum: the world's most cited nursing journal and with an Impact Factor of 1.540 – ranked 9th of 85 in the 2010 Thomson Reuters Journal Citation Report (Social Science – Nursing). *JAN* has been in the top ten every year for a decade.
- Most read nursing journal in the world: over 3 million articles downloaded online per year and accessible in over 10,000 libraries worldwide (including over 6,000 in developing countries with free or low cost access).
- Fast and easy online submission: online submission at <http://mc.manuscriptcentral.com/jan>.
- Positive publishing experience: rapid double-blind peer review with constructive feedback.
- Early View: rapid online publication (with doi for referencing) for accepted articles in final form, and fully citable.
- Faster print publication than most competitor journals: as quickly as four months after acceptance, rarely longer than seven months.
- Online Open: the option to pay to make your article freely and openly accessible to non-subscribers upon publication on Wiley Online Library, as well as the option to deposit the article in your own or your funding agency's preferred archive (e.g. PubMed).

Neurodevelopmental treatment and stroke rehabilitation: A critique and extension for neuroscience nursing practice

By Cydnee Seneviratne and Mariene Keiser

Abstract

The aim of this article is to review neurodevelopmental treatment (NDT) literature and existing stroke NDT nursing research, as well as explore issues related to professional collaboration in stroke rehabilitation and implications for neuroscience nursing practice. NDT or the Bobath approach is used to encourage stroke patients to use the affected side of their body in order to promote and relearn normal movement and to reduce muscle spasticity. Neuroscience nurses have an important role in facilitating stroke patients to practise transferring out of bed and performing activities of daily living outside of physiotherapy and occupational therapy sessions. Neuroscience nurses also care for stroke patients over a 24-hour period. Therefore, it is important that nurses understand physiotherapy and occupational therapy strategies in stroke rehabilitation.

Approximately 50,000 strokes occur in Canada each year and 80% of stroke survivors are left with a permanent disability (Heart and Stroke Foundation of Canada, 2002; Canadian Stroke Network, 2003). Individual deficits can range from cognitive impairments such as aphasia or memory loss, to unilateral neglect and deficits altering motor function (Doolittle, 1988; Riddoch, Humphreys & Bateman, 1995; Taylor, Ashburn & Ward, 1994). Rehabilitation for stroke patients is designed to address individual deficits and tailor therapy toward achieving personal rehabilitation goals. The ideal is for all members of the health care team to collaborate in order to promote optimal rehabilitation and therapy, as negotiated with the stroke survivor. Physiotherapists and occupational therapists use stroke rehabilitation therapies such as neurodevelopmental treatment to establish a program that promotes recovery and facilitates new learning (Davis, 1996).

The Bobath concept or neurodevelopmental treatment (NDT), as it is termed in North America, was first developed in the 1940s in England by Dr. Karel Bobath and his wife Bertha Bobath, a physiotherapist and researcher. NDT is known and used by some physiotherapists and occupational therapists in North America, but it is used more commonly in Europe as a

primary therapy for stroke rehabilitation by all health care professionals including nurses (Paci, 2003). The main principle of NDT is to reduce muscle spasticity and promote normal patterns of movement (Bobath, 1970). Neuroscience nurses have an "influential role in managing spasticity" as activities of daily living, positioning, and joint range of motion are practised and reinforced outside of one-hour therapy sessions (Habel, 1997, p. 122). Collaboration is the key to promoting optimal stroke recovery, and nurses need to understand and critique physiotherapy and occupational therapy strategies such as NDT in order to be an integral part of the stroke rehabilitation team. The purpose of this article is to review: 1) neurodevelopmental treatment literature and

Abstré

Traitement neurodéveloppemental et réhabilitation post acv: Une critique et une expansion pour la pratique infirmière en neurosciences

L'objectif de cet article est de revoir la littérature sur le traitement neurodéveloppemental ainsi que sur la recherche infirmière existante dans le domaine des accidents cérébraux vasculaires et le traitement neurodéveloppemental. Ainsi qu'à explorer différentes questions reliées à la collaboration professionnelle dans la réhabilitation post-acv et les implications pour la pratique infirmière en neurosciences. Le traitement neurodéveloppemental ou l'approche Bobath est utilisé pour encourager les patients ayant subi un acv à utiliser le côté affecté de leur corps dans le but de promouvoir et d'apprendre à nouveau des mouvements normaux et de réduire la spasticité.

Les infirmières en neurosciences ont un rôle important pour ces patients. Après les sessions en physiothérapie et ergothérapie, elles doivent aider ces patients à pratiquer le transfert du lit et à exécuter des activités journalières. Les infirmières en neurosciences administrent des soins à ces patients 24 heures par jour. Donc il est important qu'elles puissent connaître des stratégies en physiothérapie et en ergothérapie dans le processus de la réhabilitation de leurs patients.

existing stroke NDT nursing research; and ii) explore issues related to professional collaboration in stroke rehabilitation and implications for neuroscience nursing practice.

Literature review

Different descriptions of the Bobath concept and therapy exist (Ashburn, 1995; Bohman, 1987; Davies, 1985; Goodgold-Edwards, 1993; Sodring, 1980). The scope of this article offers an ideal opportunity to introduce the Bobath concept to neuroscience nurses. Therefore, this discussion is based mainly on the writings of Bobath (1970, 1990).

The Bobath concept

The Bobath concept or NDT for the treatment of hemiplegia originated out of principles developed for the care of children with cerebral palsy (Bobath, 1963). The aim of NDT is to concentrate therapy on both the affected and unaffected side of the hemiplegic patient in order to promote symmetrical movement (Bobath, 1970). Instead of accepting that the affected side is untreatable and concentrating therapy on the physical strength of the unaffected side, therapists focus on normal patterns of movement in order to decrease spasticity. Bobath (1970) states, "by reducing the patients' spasticity and by giving [the patient] more normal postural sets to initiate movements, reflex-inhibiting patterns, inhibit abnormal motor activity, and at the same time facilitate more normal activity" (p. 73). Movement where both sides move in symmetry

promotes normal function. The ideal is to change or suppress abnormal movement in order to introduce normal patterns of motor function.

The control of postural tone and reduction of spasticity are the two main goals of NDT. Bobath (1970, 1990) describes the different phases of adult hemiplegia in three stages: initial flaccid stage, stage of spasticity, and stage of relative recovery. At the onset of hemiplegia, the stroke survivor initially experiences a state of flaccidity. During this state of complete hemiplegia, the therapist focuses therapy on normal posture. Techniques that support normal posture are practising neutral pelvic placement and weight transfer while sitting and standing. Bobath therapists stress the importance of correct normal movement of the patient at 'key points' such as the trunk, shoulder girdle, and pelvis (Lennon, 1996). Essentially, the stroke patient is an active participant and the therapist helps the patient to obtain normal posture and movement by guiding the patient through the treatment. However, in this stage of flaccidity, periods of spasticity can occur and, therefore, treatment is focused on preventing or decreasing periods of high tone during therapy or as the patient progresses to the next stage of spasticity (Lennon).

Spasticity usually develops slowly in the extensor muscles of the leg and flexor muscles of the arm (Bobath, 1970, 1990). However, in severe cases, strong spasticity can occur even early in the onset of stroke. Bobath (1970) stated that spasticity

AXON

Manuscript Guidelines for Publication

1. AXON is a peer-reviewed journal.
2. APA is used for both the body of the paper and the references.
3. Papers must be word processed and submitted in Word 6.0 or WordPerfect format, a hard copy and disk may be sent by mail or the paper may be submitted by e-mail attachment to Diane Duff, Editor, 16 Eldora Avenue, Toronto, Ontario, M2M 1R4 or axon@cann.ca.
4. All papers received are reviewed, for content by two members of the editorial committee, and for format by the editor. This process usually takes four to eight weeks. Papers may be accepted as submitted, returned for revisions, or returned with feedback.
5. Manuscript guidelines
 - Maximum length is 6,000 words or 20 pages
 - Margins 1", double spaced, Times New Roman, 12 pt font size
 - Title page with full title, name, and institutional affiliation
 - Abstract of less than 200 words
 - Left justified, paragraphs indented 5 spaces
 - Headings often include: Introduction, review of the literature (conceptual and data based), research question/objectives/hypotheses/or clinical concern, methodology and method, analysis/findings, discussion including specific clinical implications/recommendations, summary/conclusions, and references. (Please note, not all these headings are needed or may apply to all papers).
 - Abbreviations should always be preceded by the full term. An example would be traumatic brain injury (TBI).
 - Drugs are cited using the generic name in lowercase letters and brand names in parentheses.
6. For further information, please refer to the American Psychological Association. (2001). *Publication manual of the American Psychological Association* (5th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

occurs in specific patterns. That is "the patterns of spasticity ... have to be prevented during treatment by special techniques of handling the patient, techniques which counteract the abnormal patterns of tonic reflex-activity" (p. 72). An example of one of the Bobath techniques is mobilization of the affected shoulder girdle to prevent the scapula from contracting spastically backward. By placing a hand on the patient's scapula and moving the shoulder forward away from the spine following normal range of motion, the nurse or therapist effectively reinforces normal movement, and thereby decreases spasticity. Other areas of focus are the neck, spine, pelvis, and legs. According to Bobath (1970), the patient can often stand in the second stage, with some if not all weight on the affected leg. The nurse or therapist works on decreasing spasticity while preparing for standing and walking by teaching the patient bridging. While in a supine position, the therapist or nurse supports the patient's bent knee as the patient raises their pelvis to an equal height off the support or bed creating a bridge. Bobath (1970) insists it is essential that the patient begin to walk independently only when normal patterns of movement occur without signs of spasticity in order to decrease the risk of injury to the patient, nurse, and therapist.

In the recovery stage, spasticity is slight and the stroke patient can walk relatively independently (Bobath, 1970). Rehabilitation in this stage focuses on continuing to practise neutral posture and proper positioning prior to movement depending on the individualized needs of the patient. The work of the patient and the therapist or nurse is a process of practice and negotiation. Bobath (1970, 1990) stated that these recommendations are only meant as an outline for therapy. It is the therapist who will "develop his or her own technique", and must adjust treatment according to the responses of the patient (p. 115).

Although the concept of hemiplegic treatment is presented by Bobath (1970) in stages, it is acknowledged that the three stages are intertwined. Treatment depends greatly on the level of recovery that the patient has reached. Bobath stresses that the earlier treatment is initiated, the better rehabilitation outcome for the stroke survivor. A positive impact of NDT is that practice will aid the patient to continue the use of normal posture outside of the therapy session.

NDT research

Lennon and Ashburn (2000) conducted research that aimed to investigate how the Bobath concept evolved since the last publication in 1990. Expert physiotherapists were organized into two focus groups by area of interest (neurology and elder care) and given critical questions for group discussion. The outcome of this study was the finding that Bobath principles had changed since 1990 (Lennon & Ashburn). Both groups agreed that the basic tenants of the treatment had not changed, but differed on ways in which the treatment was conducted. The neurology group was mainly made up of Bobath purists who concentrated their key assumptions on control of tone and on preparation. Conversely, the elder care group focused on 'task specific practice' and goal setting. The authors concluded that it is essential that further experimental research be conducted on such assumptions.

Since NDT has widespread use by physiotherapists and occupational therapists, NDT therapy needs to be justified with more than just clinical experience and practical skills, but with research-based practices and updated treatment regimens (Lennon, Baxter, & Ashburn, 2001; Partridge & Edwards, 1996; Riddoch, 1994). Walker, Drummond, Gatt, and Sackley (2000) stated that a current climate exists where a large number of occupational therapists are unable to describe the theoretical underpinnings of treatment, and are unfamiliar with standard assessments used with stroke patients. A blind acceptance of practice exists where therapists tend to rely on what they already know rather than on research evidence (Carr, Mungovan, Shepherd, Dean, & Nordholm, 1994; Dickson, 2002).

Shah (1998) suggested that controversy also exists regarding which stroke rehabilitation therapy clearly produces a significantly better stroke recovery outcome. A Canadian research group concluded that the NDT approach does provide a base from which the stroke patient may be evaluated (Corriveau, Arsenault, Dutil, & LePage, 1992; Guarna, Corriveau, Chamberland, Arsenault, Dutil, & Drouin, 1988). The general consensus of most researchers has been that NDT compared to other treatment strategies such as the motor relearning program, or the Brunstrom technique were similar in outcome rather than clinically superior (Dickstein, Hocherman, Pillar, & Shaham, 1986; Gelber, Josefczyk, Herrman, Good, & Verhulst, 1995; Hiraoka, 2001). In a recent published research article related to NDT effectiveness, the author concluded that there was no evidence that NDT was superior to other methods, but cautioned that the merit could not be discarded without further study (Paci, 2003). Some researchers, specifically Brunham and Snow (1992) and Lennon (2001) used small sample sizes of one and two participants respectively and, therefore, methodological issues have limited their NDT studies in terms of generalizing research conclusions.

In addition to effectiveness studies, many authors compared NDT and the Motor Relearning Programme (MRP) developed by Carr and Shepherd (1987). The basic aim of MRP is to improve functioning of everyday life and is based on the assumption that the impaired, such as stroke patients, learn the same as the unimpaired. Biomechanics theory is used to analyze movements, provide feedback, and encourage relearning (Carr, Shepherd & Ada, 1995).

Comparisons of NDT and MRP led to mixed conclusions. Miles-Breslin (1996) welcomed MRP treatment strategies as an addition to current occupational therapy theory and practices. MRP compared to NDT was viewed as complementary rather than superior to NDT (Lettinga, Siemonsma, & van Veen, 1999). In addition, Langhammer and Stranghelle (2000) conducted a double-blind controlled study where 61 acute, first-ever stroke patients were randomized into two groups based on gender and site of hemiplegia. Thirty-three patients received MRP therapy and 28 patients received NDT as a therapy treatment post-acute stroke. These authors concluded that motor function in the group of stroke patients being treated with MRP was significantly improved

(Langhammer & Stranghelle). However, Bobath supporters have recently challenged this study for two reasons. First, it is suggested that Langhammer and Stranghelle have misrepresented NDT because they did not acknowledge that the Bobath concept has evolved since the 1990 Bobath publication (Barrett, Evans, Chappell, Fraser & Clayton, 2001; Patumin, 2001). Second, Gustavsen, Jansen, Kjendahl, and Lorentzen (2002) asserted that data comparing the two groups did not support MRP as a favourable therapy but, in fact, the results reveal that the NDT group caught up to the MRP group in treatment outcome. Another significant finding from the Langhammer and Stranghelle research which has not been identified in the literature debate is that the patients' quality of life scores were equal in value for both the NDT and MRP groups. That is, neither the MRP nor NDT technique showed efficacy in increasing the patients' quality of life. So an important critique of this research is why such low scores were achieved in relation to quality of life. It would be interesting to research whether individualized therapy, i.e., using the most appropriate method of therapy based on personal functional outcomes and increased quality of life indicators is more effective than utilizing a standardized therapy adopted by a unit, physiotherapy department, or hospital.

To add to this controversy, nursing researchers have also analyzed the effectiveness of NDT compared to traditional techniques. Salter, Camp, Pierce, and Mion (1991) audited 87 stroke patient charts. Forty-three were treated with NDT and 37 with the traditional approach where therapy and care is focused on the patients' non-hemiplegic side or remaining abilities such as feeding. Even though the findings of this study were not statistically significant, 86% of the NDT group was discharged home as compared to 76% of the traditional group. The researchers concluded that the NDT approach was not superior to the traditional nursing approach. However, Lewis (1986) and Passarella and Lewis (1987) conducted similar research studies to Salter and colleagues (1991), but concluded that NDT appeared to be the treatment of choice,

indicating that further research is needed before nurses commit to one rehabilitation approach. This controversy will continue until more therapists and nurses critically analyze their practice not only through anecdotal evidence based on experience, but also through larger controlled trials which can be generalized and utilized in neuroscience practice.

NDT and rehabilitation nursing

NDT is used by some practitioners in North America, but is used widely in European countries such as England, Holland, Germany, and Norway. For example, in the Netherlands, nurses have a well-established reputation for incorporating NDT principles into nursing strategies in order to promote 24-hour therapy (Hafsteinsdóttir, 1996). The following is an exploration of NDT nursing literature and related rehabilitation issues regarding collaboration between nursing, physiotherapy, and occupational therapy.

It is not uncommon to observe a physiotherapy treatment such as NDT incorporated in rehabilitation nursing practice (Passarella & Lewis, 1987). NDT principles of promoting neutral posture and normal patterns of movement are utilized by nurses while positioning, transferring, and helping stroke patients with activities of daily living (Camp, Davis, Salter, & Pierce, 1995). In traditional nursing care, nurses focus treatment on the unaffected side in order to promote unilateral function. Comparatively, NDT offers nursing techniques to help the patient to relearn normal and bilateral postural movement safely (Borgman & Passarella, 1991). NDT nursing techniques teach natural movement, beginning with positioning in bed, in order to promote calm safe movement with minimal anxiety. In other words, to avoid periods of high tone, the nurse guides movement of the patient to reduce excessive exertion, a leading cause of spasticity (Passarella & Lewis, 1987; Passarella & Gee, 1987).

Positioning. NDT nursing techniques begin with teaching the stroke patient natural positioning and movement in bed. Rolling or turning in bed is taught to the patient to promote independent bilateral movement. With the guidance of the nurse, rather than two nurses predominantly moving the patient, the patient begins the turn by clasping their hands in front of them then lifting their head and shoulders



Figure One (above): Use of traditional technique for turning. Figure Two (below): Use of NDT technique for turning. Reprinted with permission from Camp, Y.G., Davis, T.M., Salter, J.P. & Pierce, L.L. (1995). Stop and look: Two approaches to manage stroke patients. *Journal of Neuroscience Nursing*, 27(1), 24-28. Copyright 1995 by the American Association of Neuroscience Nurses.



off the bed, and looking in the direction of the turn (Camp et al., 1995). Turning begins with the patient's knees raised off the bed as the nurse guides the roll toward him or her while supporting the patient's back and knees (see Figure One, Figure Two). After the turn is complete, the nurse strategically places supports in key areas to control spasticity (Hafsteinsdóttir, 1996). The side-lying shoulder is protracted forward and externally rotated with a support placed under the extended supine forearm and hand. A support is also placed behind the back and the pelvis is protracted and externally rotated, thereby encouraging natural placement of the top leg forward with knee and ankle flexed and supported with a pillow (Hafsteinsdóttir, Passarella & Lewis, 1987; Passarella & Gee, 1987).

Transfers. NDT transfers are also based on natural body movement with the focus being on neutral positioning of the pelvis. The pivot transfer begins with the patient's hands clasped together leaning slightly forward with both feet flat on the floor sitting upright at the edge of the bed (Camp et al., 1995). To ensure the transfer is safe, the nurse places his or her knees at either side of the patient's with the nurse's hands placed below the patient's waist (see Figure Three, Figure Four). "A backward movement of the nurse then assists the patient to raise [their] buttocks just high enough to clear the surface and the patient rotates on the balls of the feet 90 degrees toward the second surface and sits in an upright position" (p. 26). Camp and colleagues suggested that the pivot transfer encourages natural movement and concentration on the part of the patient.

Adjusting position while seated. After the patient transfers to a chair or wheelchair, they often slide down in the chair, rounding their lower back and creating abnormal posture. The

traditional nursing technique is to stand behind the wheelchair wrapping your arms around and under the patient's arms and then lifting the patient back in the chair. With this approach, there is an increased risk of causing shoulder subluxation creating permanent pain in the patient's shoulder girdle (Hafsteinsdóttir, 1996). However, using the NDT technique, the risk of shoulder subluxation is eliminated and the amount of energy used for both the nurse and the stroke patient is decreased. With the patient's feet on the floor and with the nurse standing on the patient's affected side, the patient leans forward and the nurse moves the patient's hips backward (Passarella & Lewis, 1987). "Bringing the patient's weight over [their] feet enables [the nurse] to move [the patient's] hips back in the chair without lifting" (p. 108). The key to this movement is transfer of the nurse's weight from the front to the back foot, thereby creating movement using leverage.

Dressing, grooming, and eating. Using a traditional technique, nurses encourage patients to use their functional side to either wash their face or don their clothes using many steps creating a frustrating process. The NDT approach, however, encourages the use of both the hemiplegic and non-hemiplegic side, thereby treating neglect related to right middle cerebral artery stroke syndrome (Camp et al., 1995). The patient, with the assistance of the nurse if needed, can effectively feed himself or herself, for example, by incorporating both limbs (see Figure Five, Figure Six). The patient can lift their mug or cup to their mouth using both hands with deliberate aid by the nurse on the hemiplegic side. When washing, the patient can grasp the face cloth and their hemiplegic hand with their functional hand and move in a circular motion to wash their face. In essence, the patient is forced not to leave their hemiplegic arm behind and physically promotes movement of that limb (Camp, et al.).

The aforementioned NDT nursing techniques are not utilized in isolation. If it is determined that NDT is the treatment of choice for a stroke patient, it is critical that the entire health care team be consistent in the approach used. Since nurses work most directly with stroke patients from the onset of stroke through acute treatment, rehabilitation, to home, it is important that nurses are a primary element of the stroke rehabilitation team (Garrett & Bechtel, 1996; Gibbon 1993). It is the nurse who helps the patient change their position every two hours and helps the patient to and from the bathroom. Therefore, it is most important that nurses incorporate rehabilitative techniques such as NDT into their practice to continue and add to the patients designated weekday one-hour therapy sessions.

Professional collaboration

According to Gibbon (1993), rehabilitative goals set by the stroke patient must be carried out consistently by all disciplines for optimal rehabilitation to be achieved. In order for consistency to occur between all members of the health care team, collaboration through sharing of information is critical. According to Gibbon and Little (1995), nurses must increase their understanding and knowledge of techniques used by physiotherapists and occupational therapists thereby creating a collaborative atmosphere. For example, if NDT is used for a



Figure Three (above): Traditional, supine to sit. Figure Four (below): NDT, supine to sit.

Reprinted with permission from Camp, Y.G., Davis, T.M., Salter, J.P. & Pierce, L.L. (1995). *Stop and look: Two approaches to manage stroke patients. Journal of Neuroscience Nursing, 27(1), 24-28.* Copyright 1995 by the American Association of Neuroscience Nurses.



particular patient's therapy, it is essential that the nurse caring for that patient is knowledgeable of that therapy. In addition, Christensen (1995) offers that therapists have an obligation to be collaborative and "communicate changes in the use of concepts or principles to the nursing staff, in order to be reliable co-workers to nurses" (p. 270). Such communication can ensure that the patient's therapy is continued over a 24-hour period. It is in a collaborative relationship which values communication that better outcomes for stroke patients can be achieved.

Nurses are an active and essential element in the rehabilitation of stroke patients. Nurses coordinate, encourage, facilitate, and care for stroke patients, but nurses also continue the role of physiotherapists, occupational therapists, and social workers after four p.m. and on the weekends. The nursing role in stroke rehabilitation is viewed as essential, but exactly what that contribution is remains undefined (Gibbon, 1993; Gibbon & Little, 1995; Waters & Luker, 1996). According to Waters and Luker, nurses are an under-valued and under-utilized resource in rehabilitation. The following are excerpts from research conducted to uncover the attitudes of professionals working in rehabilitation that highlight differing opinions of the nursing role. One consultant geriatrician to a rehabilitation unit regarding basic nursing care stated that he "expected [the] nursing service to make sure the patients are fed, watered, washed, and put in a clean bed" (Waters & Luker, p. 110). A physiotherapist commented that nurses "get the body able to function so that I can get at it" (Waters & Luker, 110). But, it is interesting and sad to note that the nurses' comments about their rehabilitation role were similar. Nurses viewed themselves as good at basic care and had little time for rehabilitative care, thereby agreeing with the argument that nurses have a role that includes maintenance and coordination of care rather than part of rehabilitation (Waters & Luker, Gibbon & Little, 1995). However, Kirkevold (1997) offered that nursing has a unique function in rehabilitation of stroke patients. The nurse has an:

1. Interpretive function – referring to ways in which nurses help stroke patients and their families understand the process and outcome of stroke,
2. Consoling function – where the nurse provides emotional support when the patient is developing their own understanding of their stroke experience, in essence building a 'trusting relationship',
3. Conserving function – the focus is on maintaining normal function. For example, preventing complications and supporting the patients' basic needs,
4. Integrative function – referring to ways the nurse can aid the patient to take activities of daily living (ADL) learned in the therapy sessions and utilizing them in practical situations. An example of this is practising getting out of bed, getting dressed, washing, and eating (p. 59-60).

Whether defining their rehabilitative nursing role as different functional components or as a single belief system, neuroscience nurses need to clearly define their rehabilitation practice to include a rehabilitative component.

Neuroscience nurses should be commended for the care they provide regarding rehabilitation of stroke patients. A key

part of what nurses do is encourage and teach patients to maintain their basic needs, and this should not be discarded. However, nurses, whether in acute care, rehabilitation, or homecare, should take a greater interest in rehabilitation education and become active in the therapy provided to stroke patients by physiotherapists and occupational therapists. As stated earlier in this article, nurses are in an important position because they can provide therapy like NDT on a 24-hour basis, support treatments recommended in collaboration with physiotherapists for their patients, and ensure that the patient and their family have learned the therapy techniques so that rehabilitation continues at home (Bukowski, Bonavolonta, Keehn, & Morgan, 1986). It is consistent and collaborative care that is most important for optimal rehabilitation for stroke patients (Booth, Davidson, Winstanley, & Waters, 2001).

Implications for neuroscience nursing

Rehabilitation for stroke patients does not begin when the patient is transferred to a rehabilitation unit. The rehabilitation process begins as soon as the patient is diagnosed with either an ischemic or hemorrhagic stroke (Hickey, 2003). It is when the stroke patient is admitted to an acute care unit that neuroscience nurses have an opportunity to begin the rehabilitation process. Research conducted by Hamrin (1982) questioned whether or not introducing an activation nursing program early in the care of stroke patients would affect recovery post stroke. The rehabilitation program introduced included preventive care and rehabilitation principles over a three-month period starting in acute care. It was concluded that the program did stimulate early recovery (Hamrin). Furthermore, according to Hagell (1999), early multidisciplinary rehabilitation in conjunction with medical regimens is crucial for optimal recovery post stroke. Neuroscience nurses are a critical part of the rehabilitation process and should be involved in multidisciplinary research regarding stroke rehabilitation in acute care.



Figure Five (above): Traditional use of cup. Figure Six (below): NDT use of cup.

Reprinted with permission from Camp, Y.G., Davis, T.M., Saiter, J.P. & Pierce, L.L. (1995). *Stop and look: Two approaches to manage stroke patients. Journal of Neuroscience Nursing, 27(1), 24-28.* Copyright 1995 by the American Association of Neuroscience Nurses.



Many nursing researchers have concluded that more research is needed in nursing regarding stroke rehabilitation. Areas for research are rehabilitation therapies, stroke rehabilitation education, nurses' role in stroke care and rehabilitation, professional collaboration, acute care nursing and stroke rehabilitation, and the stroke experience in acute care and rehabilitation (Camp et al., 1995; Doolittle, 1988; Gibbon, 1993; Hafsteinsdóttir, 1996; Waters & Luker, 1996). The following are examples of possible nursing research questions related to stroke rehabilitation:

1. Does the use of NDT as a rehabilitation therapy affect quality of life post stroke?
2. What is the role of nursing in stroke rehabilitation? What is the role of nursing in continuing stroke rehabilitation in home care?
3. What is the current status of stroke rehabilitation education in baccalaureate programs across Canada?
4. What are stroke rehabilitation patients' perspectives regarding multidisciplinary collaboration?
5. What perceptions or beliefs do acute nurses hold regarding stroke rehabilitation?
6. What is the experience of a stroke patient during rehabilitation? What is the experience of stroke families during rehabilitation?

Summary

Although controversy exists whether NDT is the optimal treatment for stroke patients, it is important that nurses increase their knowledge of different treatments available to their patients. NDT is one stroke rehabilitation regimen that

can be utilized with stroke patients. Bobath (1970, 1990) asserts the sooner that the hemiplegic patient begins treatment, the sooner the patient will begin to naturally assume neutral posturing, decrease spasticity, and increase normal movement. Neuroscience nurses care for stroke patients during the entire continuum of care, therefore, nurses are in an optimal position to reinforce and educate stroke patients and their families about their particular therapy. Furthermore, it is critical that all members of the health care team collaborate regarding stroke rehabilitation treatment in order to optimize stroke rehabilitation and recovery, as well as conduct multidisciplinary practice-based research. Neuroscience nursing includes rehabilitative care and, in order to propel nursing toward leadership in stroke care, further nursing research must be conducted in stroke rehabilitation. ●

Acknowledgements

I would like to acknowledge Dr. Mariene Reimer for all of her assistance in writing this manuscript and for her excellent supervision of my doctoral studies.

About the authors

Cydnee Seneviratne is an instructor and PhD student at the University of Calgary, Faculty of Nursing. As well, Cydnee is a research trainee in The FUTURE Program for Cardiovascular Nurse Scientists.

Mariene Reimer is a professor at the University of Calgary, Faculty of Nursing.

Comments or requests for further information can be directed to Cydnee Seneviratne at ccsenevi@uca Calgary.ca.

References

- Ashburn, A. (1995). A review of current physiotherapy in the management of stroke. In M.A. Harrison, *Physiotherapy in stroke management* (pp. 3-22). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Barrett, J.A., Evans, L., Chappell, J., Fraser, C., & Clayton, L. (2001). Letters to the editor: Bobath or motor relearning programme: A continuing debate. *Clinical Rehabilitation*, 15, 445-446.
- Bobath, B. (1963). Treatment principles and planning in cerebral palsy. *Physiotherapy*, 49, 122-124.
- Bobath, B. (1970). *Adult hemiplegia: Evaluation and treatment*. London: Heinemann.
- Bobath, B. (1990). *Adult hemiplegia: Evaluation and treatment* (3rd ed.). London: Heinemann.
- Bohman, I. (1987). The Bobath approach and the geriatric stroke patient. *Clinical Physical Therapy*, 14, 183-195.
- Booth, J., Davidson, I., Winstanley, J., & Waters, K. (2001). Observing washing and dressing of stroke patients: Nursing intervention compared with occupational therapists. What is the difference? *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 98-105.
- Borgman, M.F., & Passarella, P.M. (1991). Nursing care of the stroke patient using Bobath principles: An approach to altered movement. *Nursing Clinics of North America*, 26(4), 1019-1035.
- Brunham, S., & Snow, C.J. (1992). The effectiveness of neurodevelopmental treatment in adults with neurological conditions: A single subject study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 8, 215-222.
- Bukowski, L., Bonavolonta, M., Keehn, M.T., & Morgan, K.A. (1986). Interdisciplinary roles in stroke care. *Nursing Clinics of North America*, 21(2), 359-374.
- Canadian Stroke Network. (2003). Retrieved March 3, 2003, from <http://www.canadianstroke network.ca/media/downloads/fact sheet.pdf>
- Camp, Y.G., Davis, T.M., Salter, J.P., & Pierce, L.L. (1995). Stop and look: Two approaches to manage stroke. *Journal of Neuroscience Nursing*, 27(1), 24-28.
- Carr, J.H., Mungovan, S.F., Shepherd, R.B., Dean, C.M., & Nordholm, L.A. (1994). Physiotherapy in stroke rehabilitation: Bases for Australian physiotherapists' choice of treatment. *Physiotherapy Theory and Practice*, 10, 201-209.
- Carr, J.H., & Shepherd, R.B. (1987). *A motor relearning programme*. London: William Heinemann.
- Carr, J.H., Shepherd, R.B., & Ada, L. (1995). Spasticity: Research findings and implications for intervention. *Physiotherapy*, 81(8), 421-429.
- Christensen, D. (1995). When the therapist stops and the rest is nursing or less than nursing. In M.A. Harrison, *Physiotherapy in stroke management* (pp. 3-22). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Coriveau, H., Arsenault, A.B., Dutil, E., & LePage, Y. (1992). Principal components analysis of an evaluation of the hemiplegic subject based on the Bobath approach. *Disability and Rehabilitation*, 14(2), 5-11.
- Davis, P.M. (1985). *Steps to follow*. Berlin: Springer Verlag.

- Davis, J.Z. (1996). Neurodevelopmental treatment of adult hemiplegia: The Bobath approach. In L.W. Pedretti (Ed.), *Occupational therapy: Practice skills for physical dysfunction* (pp. 435-450). St. Louis, MO: Mosby-Year Book.
- Dickson, M. (2002). Rehabilitation of motor control following stroke: Searching the evidence. *British Journal of Occupational Therapy*, 65(6), 269-274.
- Dickstein, R., Hocherman, S., Pillar, T., & Shaham, R. (1986). Stroke rehabilitation, three exercise therapy approaches. *Physical Therapy*, 66(8), 1233-1238.
- Doolittle, N.D. (1988). Stroke recovery: Review of the literature and suggestions for future research. *Journal of Neuroscience Nursing*, 20(3), 169-173.
- Garrett, C.G., & Bechtel, G.A. (1996). The efficacy of Bobath neurodevelopmental interventions at home for patients after post-cerebrovascular accidents. *Home Healthcare Nurse*, 14(6), 434-440.
- Gelber, D.A., Jozefczyk, P.B., Herrman, D., Good, D.C., & Verhulst, S.J. (1995). Comparison of two therapy approaches in the rehabilitation of the pure motor hemiparetic stroke patient. *Journal of Neurological Rehabilitation*, 9(4), 191-196.
- Gibbon, B. (1993). Implications for nurses in approaches to the management of stroke rehabilitation: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 30(2), 133-141.
- Gibbon, B., & Little, V. (1995). Improving stroke care through action research. *Journal of Clinical Nursing*, 4, 93-100.
- Goodgold-Edwards, S. (1993). Principles for guiding action during motor learning: A critical evaluation of neurodevelopmental treatment. *Physical Therapy Practice*, 2, 30-39.
- Guarna, F., Coriveau, H., Chamberland, J., Arseneault, A.B., Dutil, E., & Drouin, G. (1988). An evaluation of the hemiplegic subject based on the Bobath approach. Part 1: The model [Review]. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 20(1), 1-4.
- Gustavsen, M., Jansen, R., Kjendahl, A., & Lorentzen, A. (2002). Motor relearning program approach improves short-term motor outcomes and reduces hospital stay after stroke (commentary). *Australian Journal of Physiotherapy*, 48, 59.
- Habel, M. (1997). Muscle tone abnormalities. *Rehabilitation Nursing*, 22(3), 118-130.
- Hafsteinsdottir, T. (1996). Neurodevelopmental treatment: Application to nursing and effects on the hemiplegic stroke patient. *Journal of Neuroscience Nursing*, 28(1), 36-47.
- Hagell, P. (1999). Global views: International perspectives on stroke rehabilitation. *Journal of Neuroscience Nursing*, 31(2), 110-114.
- Haurin, E. (1982). Early activation in stroke: Does it make a difference? *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 14, 101-109.
- Heart and Stroke Foundation of Canada. (2002). Retrieved March 3, 2003, from <http://www.heartandstroke.ca/Page.asp?PageID=1613&ContentID=1109&ContentTypeID=1>.
- Hickey, J.V. (2003). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing*, (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hiraoka, K. (2001). Rehabilitation effort to improve upper extremity function in post stroke patients: A meta-analysis. *Journal of Physical Therapy Science*, 13, 5-9.
- Kirkevold, M. (1997). The role of nursing in the rehabilitation of acute stroke patients: Toward a unified theoretical perspective. *Advances in Nursing Science*, 19(4), 55-64.
- Langhammer, B., & Stranghelle, J. (2000). Bobath or motor relearning programme? A comparison of two different approaches of physiotherapy in stroke rehabilitation: A randomized controlled study. *Clinical Rehabilitation*, 14(4), 361-370.
- Lennon, S. (1996). The Bobath concept: A critical review of the theoretical assumptions that guide physiotherapy practice in stroke rehabilitation. *Physical Therapy Review*, 1, 35-45.
- Lennon, S. (2001). Gait re-education based on the Bobath concept in two patients with hemiplegia following stroke. *Physical Therapy*, 81(3), 924-935.
- Lennon, S., & Ashburn, A. (2000). The Bobath concept in stroke rehabilitation: A focus group study of the experienced physiotherapists' perspective. *Disability and Rehabilitation*, 25(15), 665-674.
- Lennon, S., Baxter, D., & Ashburn, A. (2001). Physiotherapy based on the Bobath concept in stroke rehabilitation: A survey within the UK. *Disability and Rehabilitation*, 23(6), 254-262.
- Lettinga, A.T., Siemonsma, P., & van Veen, M. (1999). Entwinement of theory and practice in physiotherapy: A comparative analysis of two approaches to hemiplegia in physiotherapy. *Physiotherapy*, 85(9), 476-490.
- Lewis, N.A. (1986). Functional gains in CVA patients: A nursing approach. *Rehabilitation Nursing*, 11(2), 25-27.
- Miles-Breslin, D.M. (1996). Motor-learning theory and the Neurodevelopmental Treatment approach: A comparative analysis. *Occupational Therapy in Health Care*, 10(1), 25-40.
- Paci, M. (2003). Physiotherapy based on the Bobath concept for adults with post-stroke hemiplegia: A review of effectiveness studies. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 35, 2-7.
- Partridge, C., & Edwards, S. (1996). The bases of practice - neurological physiotherapy. *Physiotherapy Research International*, 1(3), 205-208.
- Passarella, P.M., & Gee, Z. (1987). Starting right after stroke. *American Journal of Nursing*, 87(6), 802-808.
- Passarella, P.M., & Lewis, N. (1987). Nursing application of Bobath principles in stroke care. *Journal of Neuroscience Nursing*, 19(2), 106-109.
- Paturin, E. (2001). Letters to the editor: The Bobath Concept. *Clinical Rehabilitation*, 15, 111-113.
- Riddoch, M.J. (1994). Letter to the editor: Wider perspective on stroke. *Physiotherapy*, 80(8), 565.
- Riddoch, M.J., Humphreys, G.W., & Bateman, A. (1995). Cognitive deficits following stroke. *Physiotherapy*, 81(8), 465-473.
- Salter, J., Camp, Y., Pierce, L.L., & Mion, L.C. (1991). Rehabilitation nursing approaches to cerebrovascular accident: A comparison of two approaches. *Rehabilitation Nursing*, 16(2), 62-66.
- Shah, S. (1998). Current concepts and controversies in stroke recovery: rehabilitation implications. *British Journal of Occupational Therapy*, 61(2), 82-88.
- Sodring, K.M. (1980). The Bobath concept in the treatment of adult hemiplegia. *Scandinavian Journal of Rehabilitative Medicine Suppl*, 7, 101-105.
- Taylor, D., Ashburn, A., & Ward, C.D. (1994). Asymmetrical trunk posture, unilateral neglect and motor performance following stroke. *Clinical Rehabilitation*, 8, 48-53.
- Walker, M.F., Drummond, A.E.R., Gatt, J., & Sackley, C.M. (2000). Occupational therapy for stroke patients: A survey of current practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(8), 367-372.
- Waters, K.R., & Luker, K.A. (1996). Staff perspectives on the role of the nurse in rehabilitation wards for elderly people. *Journal of Clinical Nursing*, 5, 105-114.

ANEXO IV - Tabelas de análise por artigo

TÍTULO	Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review
AUTORES	Corrie Korpershoek, Jaap van der Bijl, Thóra B. Hafsteinsdóttir
MÉTODO	Revisão sistemática
OBJETIVOS	Para fornecer uma visão geral da literatura enfocando a influência de self-efficacy e auto-eficácia nas intervenções da mobilidade, atividades de vida diária, depressão e qualidade de vida em pacientes com acidente vascular cerebral.
PARTICIPANTES	Os estudos (17) foram recuperados a partir de uma busca sistemática de estudos publicados durante o período de 1996-2009, indexado no índice acumulado de Enfermagem e Allied Literature Saúde, Medline, Embase e PsychINFO.
INTERVENÇÕES	Os estudos foram avaliados criticamente e as características e resultados importantes foram extraídos e resumidos.
RESULTADOS E DISCUSSÃO	Dezassete artigos foram incluídos na revisão. A auto-eficácia foi positivamente associada à mobilidade, atividades de vida diária e qualidade de vida e negativamente associados com a depressão. Foram identificadas quatro intervenções de auto-eficácia. A evidência para os efeitos dessas intervenções foi inconclusiva.
LIMITAÇÕES DO ESTUDO	A principal limitação da análise foi a heterogeneidade dos estudos incluídos. Os estudos incluídos diferiam significativamente com respeito às metodologias, medidas de resultados, as características do paciente e qualidade metodológica. Também diferem na fase pós-AVC e configuração do estudo, as intervenções utilizadas tornam difícil comparar os resultados de uma forma significativa.

TÍTULO	Effects of a stroke rehabilitation education programme for nurses
AUTORES	Joanne Booth, Valerie F. Hillier, Karen R. Waters, Ian Davidson
MÉTODO	Uma abordagem de um método misto, um estudo quase-experimental, o grupo controle não equivalente foi utilizado para estudar duas unidades de reabilitação de AVC.
OBJETIVOS	O artigo relata um estudo que teve como objetivo explorar os efeitos da educação sobre a prática de enfermeiros que trabalham em unidades de reabilitação de AVC.
PARTICIPANTES	Vinte e seis funcionários e 37 pacientes com AVC.
INTERVENÇÕES	Para efeitos de avaliação do estudo, o foco estava no processo e práticas de enfermeiros durante as atividades dos cuidados da manhã, que incluiu a higiene pessoal, atividades de higiene e vestir-se.
RESULTADOS E DISCUSSÃO	<p>Para o total da amostra, os pacientes foram diretamente envolvidos em atividades relacionadas com os "cuidados manhã" para 26,5 % de todas as observações. Isso equivale a 24 minutos de tempo. Estas atividades podem ser divididas em quatro fases de aproximadamente iguais proporções, que eram: atividades de preparação (23,5 %), atividades de lavagem (24%), atividades de higiene (26,5 %) e atividades de vestir / Despir (26%) . Os estágios foram semelhantes entre os quatro grupos, indicando que houve um identificável padrão de atividades, que compreendeu o período dos cuidados da manhã.</p> <p>As diferenças atribuíveis à formação seriam, portanto, estar na maneira em que foram realizadas as atividades e a natureza das interações enfermeira - paciente. Assim, estilos dos enfermeiros interação física foram examinados.</p> <p>O objetivo deste estudo foi investigar os efeitos de uma educação de reabilitação programa, focado sobre as práticas de enfermeiros que trabalham com pacientes com AVC. Os resultados sugerem que a educação habilitava estes enfermeiros a adotarem uma abordagem mais propícia para a reabilitação quando auxiliavam pacientes com AVC durante o atendimento na manhã.</p>
LIMITAÇÕES DO ESTUDO	Embora o estudo tenha destacado alguns pontos úteis para discussão, deve-se reconhecer que o observador tinha pleno conhecimento de viés propósito e potencial do estudo é reconhecido como factor limitante. Embora o comportamento de enfermagem tenha mudado para estilos de prática mais em sintonia com a prática terapêutica no Reino Unido, não se pode necessariamente se concluir que isso se traduz em mudanças nos resultados para os pacientes.

TÍTULO	Neurodevelopmental treatment and stroke rehabilitation: A critique and extension for neuroscience nursing practise
AUTORES	Cydnee Seneviratne, Marlene Reimer
MÉTODO	Revisão de literatura
OBJETIVOS	O objetivo deste artigo é fazer uma revisão do desenvolvimento do tratamento neurológico (NDT) da literatura e do curso de enfermagem existente NDT investigação, assim como explorar as questões relacionadas com a profissional colaboração na reabilitação acidente vascular cerebral e implicações para a prática de enfermagem em neurociência.
PARTICIPANTES	Existem diferentes descrições do conceito e terapia Bobath (Ashburn, 1995; BOHMAN, 1987; Davies, 1985; Goodgold -Edwards , 1993; Sodring , 1980). Este artigo surge como uma oportunidade ideal para apresentar o conceito Bobath para enfermeiros em neurociência. Baseada principalmente nos escritos de Bobath (1970, 1990).
INTERVENÇÕES	O conceito Bobath ou END para o tratamento de hemiplegia originados de princípios desenvolvidos para o atendimento de crianças com paralisia cerebral (Bobath, 1963). O objectivo é a NDT concentrar a terapia tanto no lado afetado e não afetado do paciente com hemiplegia, a fim de promover simétrico movimento (Bobath, 1970).
RESULTADOS E DISCUSSÃO	Lennon e Ashburn (2000) realizaram uma pesquisa que teve como objetivo investigar a forma como o conceito Bobath evoluiu desde a última publicação em 1990. Fisioterapeutas especialistas foram organizadas em dois grupos de foco por área de interesse (neurologia e mais velho care) e dadas questões críticas para discussão em grupo. O resultado deste estudo foi a constatação de que os princípios de Bobath tinha mudado desde 1990 (Lennon & Ashburn). Ambos os grupos concordaram que os princípios básicos do tratamento não haviam mudado, mas diferem sobre as formas em que o tratamento foi realizado. Os autores concluíram que é essencial uma pesquisa ainda mais experimental. É necessária mais investigação, esta controvérsia continuará até mais terapeutas e enfermeiros analisarem criticamente a sua prática, não só através de evidências com base em experiência, mas também através de ensaios controlados maiores, que podem ser generalizados e utilizados na prática neuroscience.
LIMITAÇÕES DO ESTUDO	O NDT é usado por alguns profissionais na América do Norte, mas é amplamente utilizado em países europeus como Inglaterra, Holanda, Alemanha e Noruega. Por exemplo, na Holanda, enfermeiros têm uma reputação bem estabelecida para a incorporação de Princípios NDT nas estratégias de enfermagem, a fim de promoverem terapia 24h (Hafsteinsdóttir, 1996).

**ANEXO V - Projeto individual de estágio em contexto de pessoa/família com
alterações neurológicas traumáticas**



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO II E RELATÓRIO

**PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO EM CONTEXTO
DE PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES
NEUROLÓGICAS TRAUMÁTICAS**

SERVIÇO GERAL DE ADULTOS

CENTRO DE MEDICINA DE REABILITAÇÃO DE ALCOITÃO

Cooperante : Enfermeira Mafalda Silva

Mestranda: Catarina Pereira Alves

Orientador: Professor Joaquim Simões

SANTARÉM

MARÇO 2013

INDICE

	f.
NOTA INTRODUTÓRIA	4
1 - PLANO DE ATIVIDADES	7
2 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

CHAVE DE SIGLAS

LVM – Lesão vértebro medular

OMS – Organização Mundial da Saúde

TVM – Traumatismo vértebro medular

NOTA INTRODUTÓRIA

Segundo a OMS (2005) existem milhões de pessoas que vivem com incapacidades de vários tipos, alertando para a necessidade de serem dadas respostas no âmbito da reabilitação, entre outras.

As exigências e os desafios impostos pela sociedade, relacionados com a evolução científica e tecnológica, são um incentivo constante à aquisição e aprofundamento de conhecimentos através da formação contínua, quer pela aplicação prática, quer pelas competências a adquirir, com vista ao desenvolvimento pessoal e profissional no sentido da especialização.

Prevê-se um aumento da incidência de doenças crónicas incapacitantes, assim sendo, torna-se fundamental a formação de enfermeiros em enfermagem de reabilitação.

Os enfermeiros de reabilitação devem atuar através da promoção da saúde, da prevenção e tratamento da doença, contribuindo para a readaptação funcional e reinserção social, independentemente da etapa do ciclo vital da pessoa.

O enfermeiro de reabilitação ao cuidar de pessoas com alterações neurológicas traumáticas, nomeadamente no traumatismo vértebro medular (TVM), identifica as necessidades de intervenção especializada, ensinando a atingir a sua melhor capacidade, objetivando a máxima independência e qualidade de vida.

O Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista), veio clarificar e regulamentar as competências específicas para cada área de especialização em enfermagem, visando promover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

O Regulamento nº125/2011 de 18 de Fevereiro (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação), que veio permitir enquadrar a intervenção do enfermeiro de reabilitação no processo de cuidados, bem como definir as suas competências específicas. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação **cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do**

ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. Interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal.

De acordo com o Plano de Estudos do curso Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (CMER) surge a unidade curricular Estágio II e Relatório. Nesta, o mestrando terá que desenvolver um projeto individual de trabalho no contexto de pessoa/família em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular, neurológica e neuro-traumatológica, visando a sua independência máxima.

Este projeto de estágio surge inserido na referida unidade curricular, com a especificidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação em contexto de pessoa/família com lesão neurológica traumática e será realizado no Serviço Geral de Adultos, no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, no período de 4 de março a 19 de abril de 2013.

Para a definição dos objetivos no projecto individual, foi fundamental o conhecimento do Serviço Geral de Adultos, o seu funcionamento e dinâmica, ter em consideração a especificidade do mesmo e as situações de alterações neurológicas traumáticas mais frequentes.

O Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão recebe pessoas de diversas patologias neurológicas traumáticas e não traumáticas, sendo as mais frequentes a lesão vertebro-medular, traumatismo crânio-encefálico e o acidente vascular cerebral, que são posteriormente admitidos em diferentes serviços. A admissão das pessoas na instituição é feita mediante um conjunto de critérios estruturadamente definidos.

Durante o internamento a pessoa desenvolve um conjunto de atividades nos diversos e diferentes espaços de trabalho, de acordo com um plano de atividades definido aquando a sua admissão.

Refere-se que o Centro assume como compromisso “Trabalhar em equipa para promover a autonomia dos utentes, a sua dignidade e autoestima, os seus direitos de cidadania e a sua integração social e profissional na sociedade” (CMRA, 2013).

Perante o descrito, os objetivos foram direcionados para os cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com lesão neurológica traumática, que tivesse

sofrido um TVM, não são admitidas neste serviço pessoas que tenham sido sujeitas a TCE.

A Instituição utiliza o modelo teórico de Nancy Roper com as atividades de vida. A descrição das atividades será efetuada em linguagem CIPE.

Neste contexto, a prática é parte integrante na formação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, correspondendo à aplicação dos conhecimentos adquiridos na teoria e consolidados com a prática dos mesmos.

Assim, com este estágio pretende-se:

- Demonstrar competências adequadas à prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas 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 de enfermagem de Reabilitação;

- Dar a conhecer através da realização de um projeto, o conjunto de atividades que vão favorecer o desenvolvimento de competências.

O projeto individual de estágio começa com uma nota introdutória onde se contextualiza o tipo de estágio e explicita os objetivos deste documento. Segue-se um plano de atividades onde são mencionados os objetivos pessoais, as respetivas atividades a desenvolver, as competências a adquirir, os intervenientes e o tempo em que decorrerá. Finaliza com as considerações finais relativas à importância dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação em pessoas com traumatismo vertebral medular e a contribuição que os conhecimentos adquiridos ao longo deste estágio, proporcionarão no desenvolvimento da atividade profissional.

O projeto é um processo dinâmico, que poderá sofrer alterações sempre que seja considerado pertinente para a aprendizagem ou pelo contexto de uma situação específica. Considerando que, o projecto é o ponto de partida para uma aprendizagem eficaz durante o meu estágio, estou certa que também fornecerá contributos para a construção de competências no domínio de futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação e servirá de base para a elaboração do relatório final de estágio.

1- PLANO DE ATIVIDADES

No quadro que se segue constam as atividades propostas face os objetivos específicos delineados, definidas temporalmente, bem como os intervenientes necessários para o concretizar dos mesmos. Optou-se por dar visibilidade às competências comuns do enfermeiro especialista (REGULAMENTO N° 122/2011 de 18 de Fevereiro) bem como às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (REGULAMENTO N° 125/2011, da mesma data), implícitas para o concretizar dos objetivos propostos.

Saliente-se, ainda, que caso necessário, o plano de atividades poderá vir a sofrer alguns ajustes, na medida em que possui um caráter flexível.

1 – PLANO DE ATIVIDADES

Objetivo Geral: Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados específicos de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com TVM e seu familiar/cuidador.

Objetivos Específicos	Atividades	Competências a adquirir	Intervenientes	Cronograma
<p>☐ Aprofundar conhecimentos relativos aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com TVM;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pesquisa bibliográfica sobre TVM e cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com TVM; ➤ Mobilização dos conhecimentos adquiridos em ensino teórico; ➤ Consulta e leitura de manuais informativos acerca do funcionamento e organização do serviço (normas, rotinas, protocolos, procedimentos, planos de atividades, eventuais projetos em desenvolvimento e protocolos relacionados com a reabilitação existentes na Instituição); 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista</p> <p><u>Competências do domínio das aprendizagens profissionais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Desenvolve o autoconhecimento e assertividade; -Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento; 	<p>◆ Mestranda</p>	<p>Ao longo do estágio</p>

<p>❑ Prestar cuidados específicos de enfermagem de reabilitação à pessoa com TVM com vista à sua máxima autonomia</p>	<p>➤ Esclarecimento de dúvidas existentes acerca da situação clínica da pessoa com TVM com a equipa interdisciplinar;</p> <p>➤ Realização de reuniões informais com a Enfermeira Cooperante, para reflexão crítica do desempenho na prestação de cuidados de enfermagem especializados de reabilitação;</p> <p>➤ Pesquisa sobre a terapêutica específica administrada;</p> <p>➤ Observação de um estudo urodinâmio.</p> <p>➤ Identificar as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação com:</p> <p>→ Consulta do processo clínico da pessoa para conhecimento de:</p> <p>- História atual da pessoa e antecedentes;</p> <p>- Suporte familiar e social;</p>	<p>Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação</p> <p>-Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>-Capacita a pessoa com</p>	<p>◆ Cooperante/ Mestranda/ Equipa Interdisciplinar</p> <p>◆ Cooperante/ Mestranda/ Pessoa/Família/ Equipa Interdisciplinar</p>	<p>Ao longo do estágio</p> <p>Data a definir</p> <p>Ao longo do estágio</p>
--	---	--	---	---

<p>e independência;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fatores de risco; - Exames auxiliares de diagnóstico; - Nível de lesão, extensão e localização (ASIA); → Observação da pessoa; ➤ Realização/observação da avaliação funcional e neurológica (utilizando impressos da instituição), podendo recorrer a: <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da força muscular (Escala de Lower); - Avaliação da espasticidade (Escala de Ashworth); - Avaliação do risco de úlcera de pressão (Escala de Braden); - Avaliação da capacidade funcional (Impresso próprio da Instituição de “classificação de doentes com lesões vertebro-medulares”); ➤ Planeamento das intervenções em função dos diagnósticos e características individuais da pessoa, otimizando e desenvolvendo capacidades adaptativas para uma maior autonomia e qualidade de vida; 	<p>deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. <p>Competências comuns do enfermeiro especialista</p> <p><u>Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; -Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; <p><u>Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade:</u></p>		
--------------------------------	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementação das intervenções planeadas otimizando as funções ao nível motor, sensorial, respiratório, da alimentação e da eliminação (não possível de implementar ao nível da sexualidade); ➤ Ensino e treino de atividades de vida diária (vestuário, higiene pessoal, alimentação); ➤ Treino de controle de esfíncteres; ➤ Reeducação motora (posicionamentos terapêuticos, transferências, exercícios de mobilidade articular, exercícios de fortalecimento muscular, treino de marcha, exercícios de correção postural e treino de equilíbrio (estático e dinâmico)); ➤ Técnicas de reeducação funcional respiratória; ➤ Aprendizagem do manuseamento e utilização dos produtos de apoio adequados a cada doente, objetivando a sua máxima autonomia; ➤ Avaliação em conjunto com a pessoa/família dos resultados das intervenções realizadas e reajuste destas, se necessário; 	<p>-Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>-Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;</p> <p>-Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p>		
--	---	--	--	--

<p>❑ Capacitar a pessoa com TVM e a sua família / cuidador para o autocuidado e</p>	<p>➤ Diálogo com a equipa interdisciplinar acerca dos progressos da pessoa;</p> <p>➤ Avaliação contínua da pessoa, detectando atempadamente complicações tais como: Trombose Venosa Profunda, Disreflexia Autonómica, Úlceras de Pressão, Insuficiência Respiratória, Disfunção intestinal, Disfunção vesical e Hipotensão postural;</p> <p>➤ Registo dos respetivos cuidados de Enfermagem de Reabilitação em suporte de papel, no processo clínico, não tem aplicativo SAPE;</p> <p>➤ Identificação dos aspectos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e incapacidade:</p> <p>- Possíveis barreiras arquitectónicas no seu contexto social e habitacional envolvente,</p>	<p>Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação</p> <p>-Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os</p>	<p>◆ Cooperante/ Mestranda/ Pessoa/Família/ Equipa Interdisciplinar</p>	<p>Ao longo do estágio</p>
--	--	--	---	----------------------------

<p>autonomia com vista a reinserção social;</p> <p>❑ Participar na gestão dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados à pessoa com TVM, promovendo a otimização e a</p>	<p>dinamizando a sua eliminação;</p> <p>- Orientação para a aquisição e utilização de produtos de apoio de modo a facilitar o processo de integração no domicílio e na sociedade.</p> <p>➤ Ensinos relevantes e específicos à pessoa e família/cuidador de acordo com as suas necessidades e objetivos sobre técnicas próprias nos autocuidados, promovendo uma imagem corporal positiva e maximizando a autonomia;</p> <p>➤ Verificação da eficácia dos ensinos promovidos;</p> <p>➤ Colaboração com a equipa interdisciplinar na tomada de decisão relativamente à necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação;</p> <p>➤ Transmissão na passagem de turno, dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados, objetivando a continuidade dos mesmos;</p> <p>➤ Organização e gestão adequada dos cuidados de</p>	<p>contextos da prática de cuidados;</p> <p>-Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <p>-Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p> <p>Competências comuns do enfermeiro especialista</p> <p><u>Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade:</u></p> <p>-Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da</p>	<p>◆ Cooperante/ Mestranda/ Pessoa/Família/ Equipa Interdisciplinar</p>	<p>Ao longo do estágio</p>
--	--	---	---	----------------------------

<p>qualidade dos cuidados de enfermagem, em articulação com a equipa interdisciplinar;</p>	<p>Enfermagem de Reabilitação face às necessidades e prioridades que cada pessoa apresenta;</p>	<p>governação clínica;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; -Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. <p><u>Competências do domínio da gestão dos cuidados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; -Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados. 		
---	---	---	--	--

<p>❑ Desenvolver espírito crítico e reflexivo sobre os cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados à pessoa com TVM.</p>	<p>➤ Selecção para análise, das experiências de cuidados que foram formativas, proporcionaram perícia e desenvolvimento de competências em cuidados especializados e de qualidade;</p> <p>➤ Identificação de aspectos de desempenho profissional que tenham sido menos fáceis de gerir, com o intuito de melhorar os conhecimentos nessas áreas;</p> <p>➤ Elaboração do relatório de contexto no final do estágio que reflecta o processo e resultados de aprendizagem desenvolvidos.</p>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista</p> <p><u>Competências do domínio das aprendizagens profissionais:</u></p> <p>-Desenvolve o autoconhecimento e assertividade;</p> <p>-Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p>	<p>◆ Cooperante/ Mestranda/ Pessoa/Família/ Equipa Interdisciplinar</p>	<p>Ao longo do estágio</p>
--	---	--	---	----------------------------

2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto de estágio individual é elaborado, planejando um percurso, sistematizando as atividades a desenvolver, visando estruturar a aprendizagem a atingir e as competências a adquirir num determinado período de tempo, com os objetivos definidos, porém é flexível, permitindo adaptações.

O Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão recebe pessoas de diversas patologias, porém apenas se refere a pessoa com TVM, pois foi o pertinente tendo em consideração o contexto de estágio e os objetivos definidos. Realça-se que a admissão é feita mediante um conjunto de critérios estruturadamente definidos. Durante o internamento a pessoa tem um programa de reabilitação definido de acordo com as suas necessidades, sendo planeado aquando a sua admissão, sujeito a reavaliação.

A pessoa tem acesso a um conjunto de atividades distintas, nos diversos e diferentes espaços de trabalho, articulando-se em conjunto uma vasta equipa interdisciplinar.

O enfermeiro de reabilitação ao cuidar e ao interagir com a pessoa com TVM, deve desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais, ensinando a atingir a sua melhor capacidade, objetivando a sua máxima independência e qualidade de vida, contribuindo para a readaptação funcional e reinserção social.

Surgiu a oportunidade de estar numa instituição onde a Enfermagem de Reabilitação tem um papel fundamental nos cuidados prestados a este tipo de pessoa, sendo a oportunidade de mobilizar para a prática um conjunto de conceitos adquiridos, de partilha de experiências e de reflexão, tendo em vista a aquisição de competências especializadas nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação a prestar à pessoa com TVM.

As especializações só têm um interesse verdadeiro segundo HESBEEN (2003) para a prática dos que exercem a arte do cuidar, na medida em que se estabelece uma relação permanente entre a área especializada estudada e a complexidade das situações

humanas encontradas, pensamento que tem sido mencionado ao longo do percurso de mestrandia e futura enfermeira de reabilitação.

Este estágio surge para desenvolver competências específicas nos cuidados de enfermagem de reabilitação e aprofundar conhecimentos na prática de cuidados à pessoa com a TVM, mantendo uma visão global da pessoa, tendo uma participação ativa, motivada e empenhada no processo de aprendizagem.

Com a elaboração do projeto pretende-se que o mesmo sirva de guia orientador ao percurso a efetuar durante o estágio, no entanto, poderá ser ajustado. A sua elaboração promoveu a consciencialização do que se deve efetuar e constituirá a base para a realização do relatório.

3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM (2012/2013) Documento de apoio ao estágio I e estágio II e relatório. Santarém. Autor

HESBEEN, Walter (2003) **A Reabilitação: Criar novos caminhos**. Loures: Lusociência;

HOEMAN, S. [e tal.] - **Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e resultados Esperados**, 4ª edição. Loures: Lusodidacta, 2011

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) **Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem a Pessoa com Traumatismo Vertebro-Medular** Cadernos OE, Série I nº 2

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

Regulamento nº122/2011 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista/ Diário da República nº 35, 2ª série, 18 de Fevereiro;

Regulamento nº125/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação/ Diário da República nº 35, 2ª série, 18 de Fevereiro.

ANEXO VI - Projeto individual de estágio em contexto de pessoa/família com alterações neurológicas não traumáticas



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO II E RELATÓRIO

PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO EM CONTEXTO

DE PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÕES

NEUROLÓGICAS NÃO TRAUMÁTICAS

SERVIÇO DE MEDICINA 4, UNIDADE DE HOMENS

HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM

Cooperante : Enfermeira Ana Filipa Reis

Mestranda: Catarina Pereira Alves

Orientador: Professor Joaquim Simões

SANTARÉM

ABRIL 2013

INDICE

	f.
NOTA INTRODUTÓRIA	4
1 - PLANO DE ATIVIDADES	7
2 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

CHAVE DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

OMS – Organização Mundial da Saúde

NOTA INTRODUTÓRIA

Segundo a OMS (2005) existem milhões de pessoas que vivem com incapacidades de vários tipos, alertando para a necessidade de serem dadas respostas no âmbito da reabilitação, entre outras.

O AVC continua a ser uma das principais causas de morte e de morbilidade em Portugal. Tal como referido no Portal da Saúde (2013), as primeiras três horas após o início dos sintomas de AVC são essenciais, pois é a janela temporal que permite que os principais tratamentos sejam eficazes. O internamento precoce da pessoa vítima de AVC em unidades especializadas reduz a morbilidade e a mortalidade a curto e longo prazo, pelo que o tempo decorrido entre o início dos sintomas e o início do tratamento é crucial.

As exigências e os desafios impostos pela sociedade, relacionados com a evolução científica e tecnológica, são um incentivo constante à aquisição e aprofundamento de conhecimentos através da formação contínua, quer pela aplicação prática, quer pelas competências a adquirir, com vista ao desenvolvimento pessoal e profissional no sentido da especialização.

Os enfermeiros de reabilitação devem atuar através da promoção da saúde, da prevenção e tratamento da doença, contribuindo para a readaptação funcional e reinserção social, independentemente da etapa do ciclo vital da pessoa.

O enfermeiro de reabilitação ao cuidar de pessoas com alterações neurológicas não traumáticas, nomeadamente no AVC, identifica as necessidades de intervenção especializada, ensinando a atingir a sua melhor capacidade, objetivando a máxima independência e qualidade de vida.

O Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista), veio clarificar e regulamentar as competências específicas para cada área de especialização em enfermagem, visando promover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

O Regulamento nº125/2011 de 18 de Fevereiro (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação), que veio permitir enquadrar a intervenção do enfermeiro de reabilitação no processo de cuidados, bem como definir as suas competências específicas. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação **cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.** Interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal.

De acordo com o Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (CMER), surge a unidade curricular Estágio II e Relatório. Nesta, o mestrando terá que desenvolver um projeto individual de trabalho no contexto de pessoa/família em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular, neurológica e neuro-traumatológica, visando a sua independência máxima.

Este projecto de estágio surge inserido na referida unidade curricular, com a especificidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação em contexto de pessoa/família com lesão neurológica não traumática e será realizado no Serviço de Medicina 4, na Unidade de Homens, no Hospital de Santarém, no período de 22 de abril a 17 de maio de 2013.

Para a elaboração deste projeto, foi necessário conhecer a dinâmica do serviço, o conhecimento prévio das características dos doentes do mesmo e as respetivas funções do enfermeiro especialista em reabilitação. Perante o descrito, os cuidados de enfermagem de reabilitação planeados dirigem-se essencialmente a pessoas com AVC, sendo esta a alteração neurológica mais frequente no contexto. O serviço utiliza o método de enfermeiro responsável, os registos são realizados no aplicativo SAPE em linguagem CIPE.

Neste contexto, a prática é parte integrante na formação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, correspondendo à aplicação dos conhecimentos adquiridos na teoria e consolidados com a prática dos mesmos.

Assim, com este estágio pretende-se:

- Demonstrar competências adequadas à prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas 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 de enfermagem de Reabilitação;

- Dar a conhecer através da realização de um projeto, o conjunto de atividades que vão favorecer o desenvolvimento de competências;

- Fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a susceptibilidade de mudança com recurso à revisão sistemática.

O projeto individual de estágio começa com uma nota introdutória onde se contextualiza o tipo de estágio e explicita os objetivos deste documento. Segue-se um plano de atividades onde são mencionados os objetivos pessoais, as respetivas atividades a desenvolver, as competências a adquirir, os intervenientes e o tempo em que decorrerá. Finaliza com as considerações finais relativas à importância dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação em pessoas com alteração neurológica não traumática, nomeadamente no AVC e a contribuição que os conhecimentos adquiridos ao longo deste estágio proporcionarão no desenvolvimento da atividade profissional.

O projeto é um processo dinâmico, que poderá sofrer alterações sempre que seja considerado pertinente para a aprendizagem ou pelo contexto de uma situação específica. O projeto é o ponto de partida para uma aprendizagem eficaz durante o estágio e que também fornecerá contributos para a construção de competências no domínio de futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, servindo de base para a elaboração do relatório final de estágio.

1- PLANO DE ATIVIDADES

No quadro que se segue constam as atividades propostas face os objetivos específicos delineados, definidas temporalmente, bem como os intervenientes necessários para o concretizar dos mesmos. Optou-se por dar visibilidade às competências comuns do enfermeiro especialista (REGULAMENTO N° 122/2011 de 18 Fevereiro) bem como às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (REGULAMENTO N° 125/2011, da mesma data), implícitas para o concretizar dos objetivos propostos.

Saliente-se, ainda, que caso necessário, o plano de atividades poderá vir a sofrer alguns ajustes, na medida em que possui um caráter flexível.

1 – PLANO DE ATIVIDADES

Objetivo Geral: Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados específicos de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com AVC e seu familiar/cuidador.

Objetivos Específicos	Atividades	Competências a adquirir	Intervenientes	Cronograma
<p>☐ Aprofundar conhecimentos relativos aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com alteração neurológica não traumática;</p>	<p>➤ Pesquisa bibliográfica sobre alteração neurológica não traumática e cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração neurológica não traumática, em realce sobre AVC;</p> <p>➤ Mobilização dos conhecimentos adquiridos em ensino teórico;</p> <p>➤ Consulta e leitura de manuais informativos acerca do funcionamento e organização do serviço: normas, protocolos, procedimentos, planos de atividades, eventuais projetos em desenvolvimento e protocolos relacionados com a</p>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista</p> <p><u>Competências do domínio das aprendizagens profissionais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolve o autoconhecimento e assertividade; - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento; 	<p>◆ Mestranda</p>	<p>Ao longo do estágio</p>

<p> <input type="checkbox"/> Prestar cuidados específicos de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração neurológica não traumática: AVC, com vista à sua máxima autonomia e independência; </p>	<p>reabilitação existentes na Instituição;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Esclarecimento de dúvidas existentes acerca da situação clínica da pessoa com AVC com a equipa interdisciplinar; ➤ Realização de reuniões informais com a Enfermeira Cooperante, para reflexão crítica do desempenho na prestação de cuidados de enfermagem especializados de reabilitação; <p>➤ Avaliação das necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação com:</p> <p>→ Consulta do processo clínico do doente para conhecimento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - História atual do doente e antecedentes; - Suporte familiar e social; - Fatores de risco; - Exames auxiliares de diagnóstico; <p>→ Observação do doente;</p> <p>→ Avaliação neurológica:</p>	<p>Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; 	<p>◆ Cooperante/ Mestranda/ Equipa Interdisciplinar</p> <p>◆ Cooperante/ Mestranda/ Pessoa/Família/ Equipa Interdisciplinar</p>	<p>Ao longo do estágio</p> <p>Ao longo do estágio</p>
---	--	--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Estado de consciência – Escala de Glasgow; - NHI Stroke Scale; - NIHSS; → Avaliação da capacidade funcional ao nível motor: - Avaliação da coordenação motora; - Avaliação do tónus muscular com a Escala de Ashworth modificada; - Avaliação da força motora – Lower; → Avaliação de atividades de vida diária com a Escala de Barthel; ➤ Planeamento das intervenções em função dos diagnósticos e características individuais da pessoa, otimizando e desenvolvendo capacidades adaptativas para uma maior autonomia e qualidade de vida; ➤ Implementação das intervenções planeadas com vista a otimizar e/ou reeducar a função, nomeadamente: - Facilitação cruzada; 	<ul style="list-style-type: none"> - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa; - Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida. - Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social. <p>Competências comuns do enfermeiro especialista</p> <p><u>Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; - Promove práticas de cuidados 		
--	---	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Posicionamento em padrão anti-espástico; - Estimulação proprioceptiva, dando preferência aos estímulos pelo lado afetado e ao pedir à pessoa para observar o movimento aquando a realização das mobilizações; - Mobilizações passivas, ativas, ativas assistidas e ativas resistidas; - Ensino, instrução e treino de atividades terapêuticas: rolar, ponte e/ou rotação controlada da coxo-femural; auto-mobilizações e carga no cotovelo; - Ensino, instrução e treino da transferência do leito para a cadeira/cadeirão e vice-versa; - Treino de marcha; - Treino de equilíbrio Estático e Dinâmico sentado e em pé; - Exercícios de reeducação dos músculos da face; - Ensino e treino sobre técnicas específicas para a promoção dos autocuidados: higiene, vestir e despir, alimentação e eliminação; 	<p>que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p><u>Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; - Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. 		
--	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Ensino estratégias compensatórias da deglutição; - Estratégias na reeducação da linguagem promovendo: o contacto ocular direto, falar devagar num tom de voz normal e dar tempo à pessoa para se expressar; ➤ Avaliação em conjunto com a pessoa/família dos resultados das intervenções realizadas e reajuste destas, se necessário, conjuntamente o dialogo com a equipa interdisciplinar acerca dos progressos do doente; ➤ Preparação/planeamento do regresso a casa da pessoa/cuidador e continuidade de cuidados perspetivando a reintegração socio-familiar; - Identificação das condições habitacionais, barreiras arquitetónicas, promovendo a melhoria da mobilidade e acessibilidade; - Orientação para a aquisição e utilização de produtos de apoio de modo a facilitar o processo de integração sócio-familiar; - Avaliação dos conhecimentos e necessidades de 			
--	---	--	--	--

<p>☐ Gerir os cuidados de enfermagem de reabilitação, promovendo a otimização e a qualidade dos cuidados de enfermagem, em articulação com a</p>	<p>ensino da pessoa/família, promovendo a sua participação ativa no programa de reabilitação;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reforço e /ou ensino/instrução/treino ao utente/família sobre técnicas específicas para a promoção dos autocuidados: higiene, vestir e despir, alimentação e eliminação; ➤ Registo dos respetivos cuidados de Enfermagem de Reabilitação no aplicativo SAPE; <p>➤ Colaboração com a equipa interdisciplinar na tomada de decisão relativamente às necessidades de cuidados de Enfermagem de Reabilitação;</p> <p>➤ Organização e gestão adequada dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação face às necessidades e prioridade que cada pessoa apresenta;</p>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista</p> <p><u>Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; - Concebe, gera e colabora em 	<p>◆ Cooperante/ Mestranda/ Pessoa/Família/ Equipa Interdisciplinar</p>	<p>Ao longo do estágio</p>
---	---	--	---	----------------------------

<p>equipa interdisciplinar;</p> <p>❑ Desenvolver espírito crítico e reflexivo sobre os cuidados de</p>	<p>➤ Selecção para análise, das experiências de cuidados que foram formativas, proporcionaram perícia e desenvolvimento de competências em cuidados especializados e de qualidade;</p>	<p>programas de melhoria contínua da qualidade;</p> <p>- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p><u>Competências do domínio da gestão dos cuidados:</u></p> <p>- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p> <p>- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.</p> <p>Competências comuns do enfermeiro especialista</p> <p><u>Competências do domínio das aprendizagens profissionais:</u></p>	<p>◆ Cooperante/ Mestranda/ Pessoa/Família/ Equipa</p>	<p>Ao longo do estágio</p>
--	--	--	--	----------------------------

<p>Enfermagem de Reabilitação prestados à pessoa com AVC;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificação de aspetos de desempenho profissional que tenham sido menos fáceis de gerir, com o intuito de melhorar os conhecimentos nessas áreas; ➤ Elaboração do relatório de contexto no final do estágio que reflita o processo e resultados de aprendizagem desenvolvidos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolve o autoconhecimento e assertividade; - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento; 	<p>Interdisciplinar</p>	
<p>❑ Desenvolver competências na área formativa para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com AVC, promovendo a otimização e a qualidade dos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificação com a enfermeira chefe e enfermeira cooperante das necessidades no serviço; ➤ Colaboração com a enfermeira cooperante na validação/implementação de uma folha de avaliação de Enfermagem de Reabilitação e de registos dos cuidados prestados; ➤ Colaboração na formação em serviço de acordo com as necessidades identificadas: - Colaboração na elaboração de um Projeto “Preparação do regresso a casa da pessoa com 	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista</p> <p><u>Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; - Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da 	<p>◆ Enfermeira chefe/ Cooperante/ Mestranda/ Equipa de enfermagem</p>	<p>Ao longo do estágio</p>

mesmos em articulação com a equipa interdisciplinar;	<p>AVC e seu cuidador”, com a enfermeira cooperante;</p> <p>- Apresentação conjunta com a enfermeira cooperante à equipa de enfermagem sobre o Projeto a implementar no serviço (no decorrer da formação em serviço agendada).</p>	<p>qualidade.</p>		<p>Dia 14/05/2013</p>
---	--	-------------------	--	---------------------------

2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto de estágio individual é elaborado, planificando um percurso, sistematizando as atividades a desenvolver, visando estruturar a aprendizagem a atingir e as competências a adquirir num determinado período de tempo, com os objetivos definidos, porém é flexível, permitindo adaptações.

Sendo o AVC uma das principais causas de morte e de morbilidade em Portugal, originando incapacidades de vários tipos, facilmente se compreende a importância do enfermeiro de reabilitação ao cuidar e interagir com a pessoa com AVC. O enfermeiro de reabilitação vai desenvolver atividades que permitem maximizar as capacidades funcionais da pessoa, ensinando-a a atingir a sua melhor capacidade, objetivando a máxima independência e qualidade de vida, contribuindo também para a reinserção social.

Este estágio surge para desenvolver competências específicas nos cuidados de enfermagem de reabilitação e aprofundar conhecimentos na prática de cuidados à pessoa com lesão neurológica não traumática, em particular a pessoa com AVC, mantendo uma visão global da pessoa, tendo uma participação ativa, motivada e empenhada no processo de aprendizagem.

A elaboração deste projeto teve em consideração o contexto de estágio e as necessidades de aprendizagem, no entanto, tendo em conta eventuais contingências e orientações este poderá estar sujeito a alterações e/ou ajustes, se necessário.

3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM (2012/2013) Documento de apoio ao estágio I e estágio II e relatório. Santarém. Autor

HESBEEN, Walter (2003) **A Reabilitação: Criar novos caminhos**. Loures: Lusociência;

HOEMAN, S. [e tal.] - **Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e resultados Esperados**, 4ª edição. Loures: Lusodidacta, 2011

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

PORTAL DA SAÚDE (2012) Acidente Vascular Cerebral. Disponível em www: <URL: <http://www.portaldasaude.pt/>>

Regulamento nº122/2011 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista/ Diário da República nº 35, 2ª série, 18 de Fevereiro;

Regulamento nº125/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação/ Diário da República nº 35, 2ª série, 18 de Fevereiro.

ANEXO VII - Folha de “Avaliação inicial de Enfermagem de Reabilitação”

Etiqueta de identificação

Data: __/__/__

Dados gerais:

Motivo internamento/diagnóstico:

Cuidadores:

Condições habitacionais/barreiras arquitetónicas:

Acessos: Rampa () Escadas () Nº degraus () Corrimão: Sim () Não ()

Casa de Banho: Banheira () Poliban ()

Produtos de apoio: Não () Sim () Quais _____

Observações _____

Estado de consciência:

Vigil () Sonolento () Estupor () Coma () Escala coma Glasgow: ____

Desorientação: Tempo () Espaço () Pessoas ()

Estado emocional: Calmo () Agitado () Agressivo () Ansioso () Apático () Deprimido () Labilidade emocional ()

Observações _____

Alterações visuais:

Campos Visuais: Sem perda campo visual ().

Hemianopsia: Direita (), Esquerda (). Quadrantanopsia, especificar _____

Pupilas: Simetria: Isocoria () Anisocoria () _____ Reatividade: Reativas () Não Reativas ()

Sem oftalmoparésias (). Paresia parcial do olhar conjugado: Para direita () Para esquerda ()

Observações: _____

Simetria da Face:

Sem alterações ()

Paresia Facial Central: Direita (), Esquerda (). Paresia facial periférica: Direita (), Esquerda ()

Observações: _____

Linguagem:

Sem alterações () Afasia () Disartria (): Compreensível () Incompreensível ()

Fluência: Fluente () Não fluente (). Nomeia: Sim () Não (). Repete: Sim () Não (). Compreende: Sim () Não ()

Cumprir ordens: simples: Não () Sim () complexas: Não () Sim ()

Discurso coerente: Sim () Não ()

Dislexia: Sim () Não () Disgrafia: Sim () Não ()

Observações: _____

Mobilidade

Força Muscular (escala de Lower): _____

Tónus Muscular: Normal () Hipotonia () Hipertonia () _____

Se hipertonia, especificar: Rigidez (), Espasticidade (). Escala Modificada Ashworth _____

Sensibilidade: Não testável () Sem alterações () Alterações, especificar: _____

Coordenação motora: Não testável () Sem alterações () Alterações, especificar: _____

Equilíbrio: _____
Marcha: _____
Observações: _____

Comer e Beber:

Disfagia: Sim () Não (). Reflexo de Deglutição: Presente () Ausente () Diminuído ()
Líquidos () Sólidos ()

SNG motivo: _____

Produtos de Apoio: _____

Observações: _____

Eliminação:

Vesical: Controla Esfíncteres: Sim () Não (). WC () Urinol () Fralda () Cadeira Higiénica () outro: _____
DVP motivo: _____

Intestinal: Controla Esfíncteres: Sim () Não (). WC () Urinol () Fralda () Cadeira Higiénica () Outro: _____

Observações: _____

Respiração:

Pele e mucosas: Hidratadas () Rosadas () Pálidas () Cianose () especificar, Labial () Extremidades ()

Edemas: Não () Sim () Especificar: _____

Padrão Respiratório: Torácica () Abdominal () Mista () Superficial () Profunda () Regular () Irregular ()

Tosse: Sim () Não () Eficaz () Não eficaz () Seca () Produtiva () Irritativa ()

Expetoração: Sem expetoração () Purulentas () Viscosas () espumosas () aquosas () Esbranquiçadas ()
Amareladas () Esverdeadas () Sanguinolentas () Acastanhadas () Escassas () Moderadas () Abundantes ()

Dispneia: Em repouso: Sim () Não () *Ortopneia:* Sim () Não ()

Percussão: Som Claro Pulmonar () Timpanismo () Macicez () Localização: _____

Palpação: Simetria torácica: Sim () Não (). Maior amplitude esquerda () Direita ()

Auscultação Pulmonar:

Murmúrio Vesicular: Mantido/ Diminuído/ Abolido

Ruídos Adventícios: Roncos/ Sibilos/ Crepitações

Auscultação	Dta	Esqda
Lobo Superior		
Lobo médio		
Lobo Inferior		

Sat O2:

Terapêutica inalatória (casa) _____

OLD: Sim () Não () _____ l/min _____ horas/dia

VNI (casa) Sim () Não ()

VNI (internamento)

CPAP () BIPAP () Diurno () Noturno () Contínuo ()

Parâmetros: IPAP __ EPAP __ FR __ O2 __

Tolera () Não tolera () Recusa ()

Observações: _____

Escalas de avaliação:

Índice de Barthel _____

Escala de Morse _____

Escala de Braden _____

Observações: _____

Enf Reabilitação/ Nº mecanográfico:

**ANEXO VIII - Projeto “Preparação do regresso a casa da pessoa com AVC
e seu cuidador”**

HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM

SERVIÇO DE MEDICINA 4

UNIDADE DE HOMENS

PROJETO

**“PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA DA PESSOA COM ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL E SEU CUIDADOR”**

Elaborado por:

Ana Filipa Reis

(Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação)

Catarina Pereira Alves

(Enfermeira e Mestranda em Enfermagem de Reabilitação)

SANTARÉM

MAIO, 2013

ÍNDICE

	f.
NOTA INTRODUTÓRIA	4
1 - PROJETO - “PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA DA PESSOA COM AVC E SEU CUIDADOR”	6
1.1 - RECURSOS HUMANOS/MATERIAIS	6
1.2 - FUNÇÕES E COMPETÊNCIAS DA EQUIPA DE SAÚDE	6
1.3 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	7
1.4 - CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO NO PROJETO	8
1.5 - IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	8
2 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	9
3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10

CHAVE DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

DGS – Direção Geral da Saúde

EEER – Enfermeiras especialistas em enfermagem de reabilitação

HDS – Hospital Distrital de Santarém

NOTA INTRODUTÓRIA

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é, a nível mundial, um problema da maior relevância em termos de saúde pública, por constituir a terceira causa de morte e de incapacidade permanente nos países desenvolvidos. Em Portugal, o seu impacto é ainda maior, pois constitui a primeira causa de morte e de incapacidade (DGS, 2010).

Este projeto surge da necessidade de implementar procedimentos direcionados para a preparação do regresso a casa da pessoa com AVC e seu cuidador, no serviço de Medicina 4, Unidade de Homens. Pretende-se divulgar orientações e estratégias facilitadoras à pessoa e/ou cuidador, para assegurar a continuidade dos cuidados no domicílio, com vista à sua máxima autonomia e independência, capacitando-a para a reinserção e exercício da cidadania.

O Hospital Distrital de Santarém (HDS) tem como **MISSÃO** “prestar cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável”, nessa continuidade propomos a implementação do presente projeto, de forma a promover a qualidade dos cuidados de forma eficiente.

A nossa instituição tem como **VISÃO** “ser um hospital de referência, com capacidade de resposta às necessidades dos utentes e pela qualidade técnica e humana dos profissionais”, assim propomos responder às necessidades da pessoa com AVC e seu cuidador, capacitando-os para o regresso a casa. Consideramos os seguintes valores/princípios ao assumirmo-nos como parceiros das famílias:

- Responsabilização (pessoa/cuidador) no processo de recuperação;
- Diminuição dos fatores de ansiedade do cuidador/família;
- Promoção das famílias enquanto parceiros nas tomadas de decisão.

Este projeto fundamenta-se na observação do fenómeno da ocorrência de situação de pessoa com AVC em número elevado, altamente incapacitante, geradoras de dificuldades dos cuidadores/famílias em assumirem a responsabilidade de cuidar.

Este projeto tem como **objetivo geral** preparar o regresso a casa da pessoa com AVC e o seu cuidador, com vista à sua máxima autonomia e independência, capacitando-a para a reinserção e exercício da cidadania, respeitando as suas necessidades.

Foram definidos como **objetivos específicos**:

- Validar com o cuidador os ensinamentos necessários;
- Promover estratégias (ensinos/instruções/treino) personalizadas à pessoa com AVC e seu cuidador;
- Capacitar a pessoa com AVC e/ou o seu cuidador para o autocuidado;
- Promover a utilização dos recursos disponíveis na comunidade;
- Rentabilizar os recursos humanos, funções e competências dos enfermeiros do serviço;
- Diminuir a necessidade de protelar a alta e conseqüentemente diminuir o número de dias de internamento.

Ao elaborar o projeto considerou-se a existência de eventuais contingências, pelo que fica a possibilidade de no futuro ocorrerem ajustes e/ou alterações.

1- PROJETO - “PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA DA PESSOA COM AVC E SEU CUIDADOR”

A reabilitação tem uma tendência crescente para ser continuada no domicílio, no ambiente próprio da pessoa, onde esta se sente mais segura, concordamos com a perspectiva de HOEMAN (2011,p.25) ao referir que “regressar a casa é frequentemente um dos maiores desejos dos doentes envolvidos em programas de reabilitação. A medida de uma reabilitação bem sucedida é a generalização ou a transferência de competências para o ambiente natural – a casa”, enfatizando o fato da reabilitação no domicílio promover a autonomia, a independência e a reintegração na comunidade

Com este projeto pretende-se divulgar orientações e estratégias facilitadoras à pessoa e/ou cuidador, para assegurar a continuidade dos cuidados no domicílio, com vista à sua máxima autonomia e independência, capacitando-a para a reinserção e exercício da cidadania.

1.1– RECURSOS HUMANOS/MATERIAIS

No sentido de rentabilizar os recursos humanos, funções e competências dos enfermeiros do serviço e para a concretização deste projeto, será efetivada uma reorganização dos mesmos, promovendo uma maior eficiência.

Os recursos materiais serão os existentes, sem acréscimo de gastos.

1.2– FUNÇÕES E COMPETÊNCIAS DA EQUIPA DE SAÚDE

A preparação do regresso a casa deve ter início no acolhimento, visto que é a partir deste que a pessoa com AVC e cuidador irão formar uma opinião acerca da instituição e equipa de saúde, influenciando o estabelecimento da relação de ajuda. Assim sendo, a equipa de saúde coopera na identificação das suas necessidades, a fim de se implementarem estratégias.

Os **enfermeiros** integrados na equipa de saúde vão cooperar na implementação do projeto, nomeadamente:

- Avaliar a disponibilidade do cuidador e promover o envolvimento do mesmo nos cuidados;

- Identificar as dificuldades da pessoa/cuidador.

A **equipa médica** comunica atempadamente a data prevista da alta, a fim de ser programada e planeada em equipa.

Cabe às **enfermeiras especialistas em enfermagem de reabilitação** (EEER) avaliar a pessoa com o diagnóstico de AVC internada no serviço, aplicar os critérios de inclusão definidos e determinar as que são abrangidas pelo projeto.

As EEER intervém na:

- Potenciação das capacidades de cada pessoa, tendo em vista a máxima autonomia nas Atividades de Vida Diárias (AVD's);

- Identificação das condições habitacionais, barreiras arquitetónicas, dando sugestões de alterações ou pequenas modificações benéficas que promovam a melhoria da mobilidade e acessibilidade no seu contexto de vida;

- Avaliação dos conhecimentos e necessidades de ensino da pessoa/cuidador, promovendo a sua participação ativa no programa de reabilitação;

- Planeamento do ensino à pessoa/cuidador em função das necessidades identificadas, evidenciando as suas capacidades;

- Ensino à pessoa e/ou cuidador sobre técnicas específicas de autocuidado, visando a adaptação às limitações da mobilidade, maximização da autonomia e qualidade de vida;

- Demonstração e treino com a pessoa/cuidador de técnicas que necessitem de ser aprendidas;

- Promoção da prevenção de complicações da imobilidade e intervenção precoce nos processos de doença incapacitante.

1.3 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO PROJETO

- Doente que permaneça internado no serviço de Medicina 4, Unidade de Homens, com o diagnóstico de AVC, aquando o dia específico de aplicação do projeto (uma vez por semana, na fase inicial);

- Doente consciente e que consiga cumprir ordens simples;
- Cuidador que se disponibilize a vir ao serviço para que sejam dadas orientações.

1.4 – CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO NO PROJETO

- Doente que permaneça internado no serviço de Medicina 4, Unidade de Homens, com o diagnóstico de AVC, aquando o dia específico de aplicação do projeto (uma vez por semana, na fase inicial), mas que não reúna as condições definidas nos critérios de inclusão.

1.5 – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

O presente projeto foi apresentado à equipa de enfermagem no decorrer de um dia de formação em serviço.

Prevê-se que a fase teste/validação decorra entre o mês de junho e agosto de 2013, sendo aplicado um dia por semana.

Será realizado contato telefónico com a pessoa e/ou cuidador 30 dias após a alta, para validar a eficácia das orientações.

Criação de um dossier e folhas de registo para arquivar os dados, para posterior utilização.

2- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto surge como uma mais-valia, traduzindo o empenho e satisfação perante o mesmo.

O mesmo visa estruturar os objetivos definidos a atingir num determinado período de tempo, permitindo dar visibilidade do que se pretende fazer, sendo contempladas áreas que consideramos fulcrais na nossa prática profissional no contexto de prestação de cuidados.

O enfermeiro tem um papel fundamental a desempenhar como formador do pessoa/cuidador e dos seus pares, contribuindo assim, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, para uma valorização da profissão e para a transformação da própria sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

HESBEEN, Walter (2003) **A Reabilitação: Criar novos caminhos.** Loures: Lusociência

HOEMAN, Shiley P. (2011) **Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados** (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2010). **Acidente Vascular Cerebral – Itinerários Clínicos**, Lisboa, LIDEL – Edições Técnicas, Lda, 162 p. ISBN: 978-972-757-616-6

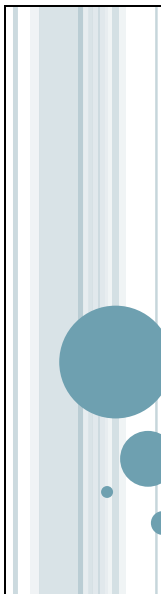
Regulamento das Competências do enfermeiro de cuidados gerais, retirado do web site: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/LegislacaodaOE.a>

Regulamento nº122/2011 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista/ Diário da República nº 35, 2ª série, 18 de Fevereiro;

Regulamento nº125/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação/ Diário da República nº 35, 2ª série, 18 de Fevereiro

ANEXO IX - Apresentação do projeto “Preparação do regresso a casa da pessoa com AVC e seu cuidador” à equipa de enfermagem

Slide 1



PROJETO

“PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA DA
PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR
CEREBRAL E SEU CUIDADOR”

Trabalho elaborado por:
Ana Filipa Reis
Catarina Pereira Alves

Maio, 2013

Slide 2


PROJETO - “PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA DA
PESSOA COM AVC E SEU CUIDADOR”

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

- Um problema a nível mundial, por constituir a terceira causa de morte e de incapacidade permanente nos países desenvolvidos.
- Em Portugal, o seu impacto é ainda maior, pois constitui a primeira causa de morte e de incapacidade (DGS, 2010).

↓

Este projeto surge da necessidade de implementar procedimentos direcionados para a preparação do regresso a casa da pessoa com AVC e seu cuidador, no serviço de Medicina 4, Unidade de Homens.




Slide 3

PROJETO - “PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA DA
PESSOA COM AVC E SEU CUIDADOR”

Com o projeto pretende-se divulgar orientações e estratégias facilitadoras à pessoa e/ou cuidador.

↓

Para assegurar os cuidados no domicílio, com vista à sua máxima autonomia e independência, capacitando-a para a reinserção e exercício da cidadania.



Slide 4

PROJETO - "PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA DA PESSOA COM AVC E SEU CUIDADOR"

O Hospital Distrital de Santarém (HDS) tem como **MISSÃO** "prestar cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável", nessa continuidade propomos a implementação do presente projeto, de forma a promover a qualidade dos cuidados de forma eficiente.



Slide 5

PROJETO - "PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA DA PESSOA COM AVC E SEU CUIDADOR"

A nossa instituição tem como **VISÃO** "ser um hospital de referência, com capacidade de resposta às necessidades dos utentes e pela qualidade técnica e humana dos profissionais", assim propomos responder às necessidades da pessoa com AVC e seu cuidador, capacitando-os para o regresso a casa.



Slide 6

PROJETO - "PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA DA PESSOA COM AVC E SEU CUIDADOR"

Consideramos os seguintes valores/princípios ao assumirmo-nos como parceiros das famílias:

- ◇ Responsabilização (pessoa/cuidador) no processo de recuperação;
- ◇ Diminuição dos fatores de ansiedade do cuidador/família;
- ◇ Conselheiros nas tomadas de decisão.




Slide 7

PROJETO - "PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA DA PESSOA COM AVC E SEU CUIDADOR"

Este projeto fundamenta-se:

- ❖ Observação do fenómeno da ocorrência de situação de pessoa com AVC em número elevado e altamente incapacitante;
- ❖ Dificuldades dos cuidadores/famílias em assumirem a responsabilidade de cuidar.




Slide 8

PROJETO - "PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA DA PESSOA COM AVC E SEU CUIDADOR"

OBJETIVO GERAL

Preparar o regresso a casa da pessoa com AVC e o seu cuidador, com vista à sua máxima autonomia e independência, capacitando-a para a reinserção e exercício da cidadania, respeitando as suas necessidades.




Slide 9

PROJETO - "PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA DA PESSOA COM AVC E SEU CUIDADOR"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ❖ Validar com o cuidador os ensinamentos necessários;
- ❖ Promover estratégias (ensinos/instruções/treino) personalizadas à pessoa com AVC e seu cuidador;
- ❖ Capacitar a pessoa com AVC e/ou o seu cuidador para o autocuidado;
- ❖ Promover a utilização dos recursos disponíveis na comunidade;



Slide 10

PROJETO - "PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA DA
PESSOA COM AVC E SEU CUIDADOR"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (cont.):

- ❖ Diminuir a necessidade de protelar a alta e consequentemente diminuir o número de dias de internamento;
- ❖ Rentabilizar os recursos humanos, funções e competências dos enfermeiros do serviço.



Slide 11

PROJETO - "PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA DA
PESSOA COM AVC E SEU CUIDADOR"

RECURSOS HUMANOS/MATERIAIS

Reorganização dos recursos humanos, promovendo uma maior eficiência.

Os recursos materiais serão os existentes, sem acréscimo de gastos.



Slide 12

PROJETO - "PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA DA
PESSOA COM AVC E SEU CUIDADOR"

FUNÇÕES E COMPETÊNCIAS DA EQUIPA DE SAÚDE

A preparação do regresso a casa deve ter início no acolhimento, visto que é a partir deste que a pessoa com AVC e cuidador irão formar uma opinião acerca da instituição e equipa de saúde.

A equipa de saúde coopera na identificação de necessidades, a fim de se implementarem estratégias.



Slide 13

PROJETO - "PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA DA
PESSOA COM AVC E SEU CUIDADOR"

Aos **enfermeiros** integrados na equipa de saúde solicita-se a cooperação na implementação do projeto, nomeadamente:

- ❖ Avaliar a disponibilidade do cuidador e promover o envolvimento do mesmo nos cuidados;
- ❖ Identificar as dificuldades da pessoa/cuidador.



Slide 14

PROJETO - "PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA DA
PESSOA COM AVC E SEU CUIDADOR"

Solicita-se por parte da **equipa médica** da comunicação atempada da data prevista da alta, a fim de ser programada e planeada em equipa.



Slide 15

PROJETO - "PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA DA
PESSOA COM AVC E SEU CUIDADOR"

As **enfermeiras especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER)** avaliam a pessoa com o diagnóstico de AVC internada no serviço, aplicam os critérios de inclusão definidos e determinam as que são abrangidas pelo projeto.



Slide 16

PROJETO - "PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA DA
PESSOA COM AVC E SEU CUIDADOR"

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO PROJETO

- ❖ Doente que permaneça internado no serviço de Medicina 4, Unidade de Homens, com o diagnóstico de AVC, aquando o dia específico de aplicação do projeto (uma vez por semana, na fase teste);
- ❖ Doente consciente e que consiga cumprir ordens simples;
- ❖ Com cuidador que se disponibilize a vir ao serviço para que sejam dadas orientações.

Slide 17

PROJETO - "PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA DA
PESSOA COM AVC E SEU CUIDADOR"

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO NO PROJETO

Doente que permaneça internado no serviço de Medicina 4, Unidade de Homens, com o diagnóstico de AVC, aquando o dia específico de aplicação do projeto (uma vez por semana, na fase inicial), mas que não reúna as condições definidas nos critérios de inclusão.

Slide 18

PROJETO - "PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA DA
PESSOA COM AVC E SEU CUIDADOR"

IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

- ❖ Apresentação à equipa de enfermagem.
- ❖ Prevê-se que a fase teste/validação decorra de junho a agosto de 2013, sendo aplicado um dia por semana.
- ❖ Planeia-se contato telefónico com a pessoa e/ou cuidador 30 dias após a alta, para validar eficácia das orientações.

Slide 19

PROJETO - "PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA DA
PESSOA COM AVC E SEU CUIDADOR"

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HESBEEN, Walter (2003) **A Reabilitação: Criar novos caminhos**. Loures:
Lusociência

PORTUGAL, Ministério da Saúde. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2010).
Acidente Vascular Cerebral – Itinerários Clínicos, Lisboa, LIDEL – Edições
Técnicas, Lda, 162 p. ISBN: 978-972-757-616-6

Regulamento das Competências do enfermeiro de cuidados gerais, retirado do
web site:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/LegislacaodaOE.aspx>

Regulamento nº122/2011 – Regulamento das Competências Comuns do
Enfermeiro Especialista/ Diário da República nº 35, 2ª série, 18 de Fevereiro

Regulamento nº125/2011 – Regulamento das Competências Específicas do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação/ Diário da República nº
35, 2ª série, 18 de Fevereiro

Slide 20

Obrigado pela atenção

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

**ANEXO X - Projeto individual de estágio em contexto de cuidados de enfermagem
de reabilitação à pessoa/família na comunidade**



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO II E RELATÓRIO

ANO LETIVO 2012/2013

**PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO EM CONTEXTO
DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À
PESSOA/FAMÍLIA NA COMUNIDADE
(COMPONENTE OPCIONAL)**

**ACES MÉDIO TEJO
CENTRO DE SAÚDE DO ENTRONCAMENTO
UCC ENTRONCAMENTO**

Cooperante : Enfermeira Isabel Mendes

Mestranda: Catarina Pereira Alves

Orientador: Professor Joaquim Simões

SANTARÉM

MAIO 2013

ÍNDICE

	f.
NOTA INTRODUTÓRIA	4
1 - PLANO DE ATIVIDADES	8
2 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
3 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

CHAVE DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

OMS – Organização Mundial da Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

NOTA INTRODUTÓRIA

Segundo a OMS (2005) existem milhões de pessoas que vivem com incapacidades de vários tipos, alertando para a necessidade de serem dadas respostas no âmbito da reabilitação, entre outras.

As exigências e os desafios impostos pela sociedade, relacionados com a evolução científica e tecnológica, são um incentivo constante à aquisição e aprofundamento de conhecimentos através da formação contínua, quer pela aplicação prática, quer pelas competências a adquirir, com vista ao desenvolvimento pessoal e profissional no sentido da especialização.

Os enfermeiros de reabilitação devem atuar através da promoção da saúde, da prevenção e tratamento da doença, contribuindo para a readaptação funcional e reinserção social, independentemente da etapa do ciclo vital da pessoa.

O enfermeiro de reabilitação ao cuidar de pessoas na comunidade, identifica as necessidades de intervenção especializada, ensinando a atingir a sua melhor capacidade, objetivando a máxima independência e qualidade de vida, dando atenção às diferentes variáveis com impacto neste processo. HOEMAN (2011) diz-nos que a enfermeira de reabilitação na comunidade desempenha um papel chave numa reintegração comunitária bem sucedida, pois envolve as diversas variáveis (ambiente, transporte, habitação, profissionais de saúde, recursos, localização geográfica e acesso aos serviços locais) que podem influenciar o processo.

Em contexto comunitário o enfermeiro de reabilitação poderá ter um papel determinante na formação, para garantir as condições necessárias ao nível arquitectónico, particularmente no que respeita às acessibilidades em organizações públicas e nas empresas, podendo também ser mais um recurso no âmbito da segurança social para colaborar na avaliação das necessidades de produtos de apoio, indispensáveis à promoção da autonomia. Nos cuidados domiciliários intervém na avaliação das condições habitacionais e na orientação para as alterações necessárias na estrutura física, assim como em outras acções de promoção da saúde e prevenção de doença/morbilidade junto dos indivíduos/família/cuidadores. A educação para a saúde,

em doentes com incapacidade, doença crónica, ou resultantes do envelhecimento também assume importância na promoção da qualidade de vida da pessoa e sua família (APER, 2010).

O Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista), veio clarificar e regulamentar as competências específicas para cada área de especialização em enfermagem, visando promover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

O Regulamento nº125/2011 de 18 de Fevereiro (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação), que veio permitir enquadrar a intervenção do enfermeiro de reabilitação no processo de cuidados, bem como definir as suas competências específicas. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação **cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.** Interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal.

Realizaram-se vários estágios em diferentes contextos, com algumas especificidades, porém todos no âmbito hospitalar/internamento, considera-se pertinente realizar um em contexto comunitário/domiciliário, pois o que se pretende é a reinserção da pessoa no seu ambiente familiar, na comunidade onde se encontrava inserido previamente. Torna-se relevante mencionar, que ocorrendo a possibilidade de se desenvolver um estágio na componente opcional, se optou por escolher um na vertente comunitária/domiciliária, pois se considera importante conhecer um contexto na comunidade, tanto pela sua importância, como por motivos pessoais da mestranda, que sempre exerceu a sua atividade profissional em contexto hospitalar, considerando de extrema importância conhecer uma realidade bastante diferente da sua.

A enfermagem de reabilitação visa potenciar uma recuperação e reintegração da pessoa, diminuindo a deficiência, a incapacidade e desvantagens que possam existir. O processo de reabilitação é único e pessoal e apenas termina quando a pessoa se torna autónoma no seu meio ambiente. A intervenção do enfermeiro de reabilitação não se limita ao contexto hospitalar a sua ação é de extrema importância no contexto da

comunidade, onde poderá reduzir a dependência e promover a autonomia e qualidade de vida da pessoa/família. Daí, também a sua pertinência na escolha deste contexto com estágio opcional.

De acordo com o Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (CMER), surge a unidade curricular Estágio II e Relatório. Nesta, o mestrando terá que desenvolver um projeto individual de trabalho no contexto de pessoa/família em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular, neurológica e neuro-traumatológica, visando a sua independência máxima.

Pretende-se que o mestrando adquira competências nos cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação, em diferentes contextos, em diferentes situações de saúde e/ou de risco, sob orientação/supervisão de um enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Este projecto de estágio surge inserido na referida unidade curricular, com a especificidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação em contexto da comunidade, onde se incluem pessoas com alterações neurológicas (traumáticas e não traumáticas), em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular e outras específicas da enfermagem de reabilitação. Será realizado na UCC do Centro de Saúde do Entroncamento, no período de 27 de maio a 21 de junho de 2013.

Para a elaboração deste projeto, foi necessário conhecer a dinâmica do serviço, a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na comunidade e do grupo de pessoas alvo desses cuidados, de modo que este incidisse sobre essa realidade.

Perante o descrito, os cuidados de enfermagem de reabilitação planeados dirigem-se essencialmente à pessoa com necessidade de reabilitação na área da reabilitação funcional motora e/ou com alterações da função respiratória e sua família/cuidador, em contexto domiciliário e comunitário. O serviço utiliza o método de enfermeiro responsável, tendo como base o modelo teórico de Nancy Roper. Os registos são realizados no aplicativo SAPE.

Neste contexto, a prática é parte integrante na formação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, correspondendo à aplicação dos conhecimentos adquiridos na teoria e consolidados com a prática dos mesmos.

Assim, com este estágio pretende-se:

- Demonstrar competências adequadas à prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas 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 de enfermagem de Reabilitação;

- Dar a conhecer através da realização de um projeto, o conjunto de atividades que vão favorecer o desenvolvimento de competências;

- Fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a susceptibilidade de mudança com recurso à revisão sistemática.

O projeto individual de estágio começa com uma nota introdutória onde se contextualiza o tipo de estágio e explicita os objetivos deste documento. Segue-se um plano de atividades onde são mencionados os objetivos pessoais, as respectivas atividades a desenvolver, as competências a adquirir, os intervenientes e o tempo em que decorrerá. Finaliza com as considerações finais relativas à importância dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, em realce os prestados em contexto da comunidade e a contribuição que os conhecimentos adquiridos ao longo deste estágio proporcionarão no desenvolvimento da atividade profissional.

O projeto é um processo dinâmico, que poderá sofrer alterações sempre que seja considerado pertinente para a aprendizagem ou pelo contexto de uma situação específica. O projeto é o ponto de partida para uma aprendizagem eficaz durante o estágio e que também fornecerá contributos para a construção de competências no domínio de futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, servindo de base para a elaboração do relatório final de estágio.

1- PLANO DE ATIVIDADES

No quadro que se segue constam as atividades propostas face os objetivos específicos delineados, definidas temporalmente, bem como os intervenientes necessários para o concretizar dos mesmos. Optou-se por dar visibilidade às competências comuns do enfermeiro especialista (REGULAMENTO Nº 122/2011 de 18 Fevereiro) bem como às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (REGULAMENTO Nº 125/2011, da mesma data), implícitas para o concretizar dos objetivos propostos.

Saliente-se, ainda, que caso necessário, o plano de atividades poderá vir a sofrer alguns ajustes, na medida em que possui um caráter flexível.

1 – PLANO DE ATIVIDADES

Objetivo Geral: Desenvolver competências técnicas, científicas, relacionais e culturais na prestação de cuidados específicos de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com deficiência/incapacidade e família/cuidador em contexto domiciliário e comunitário.

Objetivos Específicos	Atividades	Competências a adquirir	Intervenientes	Cronograma
<p><input type="checkbox"/> Compreender o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação no contexto domiciliário e comunitário;</p>	<p>➤ Reunião informal com a enfermeira cooperante no sentido de conhecer quais as suas funções no Centro de Saúde do Entroncamento, na UCC e na ECCI;</p> <p>➤ Consulta do Plano de Ação da UCC Entroncamento, em realce os projetos existentes e outros documentos utilizados pela enfermeira especialista em reabilitação;</p> <p>➤ Conhecimento das parcerias existentes entre a UCC e a comunidade.</p>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista</p> <p><u>Competências do domínio das aprendizagens profissionais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolve o autoconhecimento e assertividade; - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. 	<p>◆ Cooperante/ Mestranda</p> <p>◆ Mestranda</p>	<p>Na primeira semana de estágio</p>

<p>❑ Aprofundar conhecimentos relativos aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, na perspectiva do contexto domiciliário e na comunidade;</p>	<p>➤ Pesquisa bibliográfica sobre cuidados de enfermagem de reabilitação na comunidade;</p> <p>➤ Mobilização dos conhecimentos adquiridos em ensino teórico;</p> <p>➤ Realização de reuniões informais com a Enfermeira Cooperante para reflexão crítica do desempenho na prestação de cuidados de enfermagem especializados de reabilitação;</p> <p>➤ Partilha de experiências e conhecimentos conjuntamente com a Enfermeira Cooperante que promovam a aprendizagem;</p>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista</p> <p><u>Competências do domínio das aprendizagens profissionais:</u></p> <p>- Desenvolve o autoconhecimento e assertividade;</p> <p>- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p>	<p>◆ Mestranda</p> <p>◆ Cooperante/ Mestranda</p>	<p>Ao longo do estágio</p>
<p>❑ Prestar cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação na área da reabilitação funcional motora à pessoa com</p>	<p>➤ Avaliação das necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação:</p> <p>→ Recolha de informação pertinente que permita conhecer a complexidade e singularidade de cada pessoa, tendo em conta as várias dimensões (pessoais, familiares, ambientais) através de:</p>	<p>Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação</p> <p>- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>- Capacita a pessoa com</p>	<p>◆ Cooperante/ Mestranda/ Pessoa/Família/ Equipa Interdisciplinar</p>	<p>Ao longo do estágio</p>

<p>deficiência/ incapacidade e família/cuidador, em contexto domiciliário e comunitário, com vista à sua máxima autonomia e independência;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas informais à pessoa/família; - Consulta do processo clínico; ➤ Avaliação objetiva da pessoa com deficiência/incapacidade, utilizando escalas e instrumentos de medida; → Avaliação neurológica e funcional utilizando o impresso utilizado na instituição pela enfermagem de reabilitação, de acordo com a especificidade, podendo recorrer nomeadamente a: <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do estado de consciência (Escala de Glasgow); - Avaliação da força muscular (Escala de Lower); - Avaliação motora, com a avaliação do equilíbrio corporal sentado e em pé, o estático e o dinâmico; - Avaliação da coordenação motora; - Avaliação da sensibilidade superficial (Táctil e Álgica) e profunda (Proprioceptiva e Esterognosia); - Avaliação da espasticidade (Escala de Ashworth); 	<p>deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa; - Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida. - Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social. <p>Competências comuns do enfermeiro especialista</p> <p><u>Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:</u></p>		
---	--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da força motora (Lower); - Avaliação dos reflexos tendinosos profundos; - Avaliação dos reflexos cutâneos; - Avaliação de atividades de vida diária com o índice de Barthel; ➤ Planeamento da intervenção especializada nas necessidades identificadas, prescrevendo um programa de reabilitação funcional motora individualizado a cada pessoa em função das suas características pessoais e a patologia subjacente de forma a assegurar a manutenção ou restabelecimento das suas capacidades funcionais, otimizando capacidades adaptativas para uma maior autonomia e qualidade de vida, nomeadamente ensino, demonstração e treino de técnicas. ➤ Execução de: <ul style="list-style-type: none"> - Exercícios de reeducação dos músculos da face; - Estimulação proprioceptiva (estimular o contacto corporal para favorecer o equilíbrio e o 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. <p><u>Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; - Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. 		
--	---	--	--	--

	<p>reconhecimento da localização do próprio corpo);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posicionamento em padrão anti-espástico (em pessoa com AVC); - Equilíbrio estático e dinâmico sentado e/ou em pé; - Exercícios de mobilidade passivos, ativos, ativos-assistidos, ativos-resistidos; - Atividades terapêuticas como: Rolar, Facilitação cruzada, Ponte, Auto mobilizações com as mãos, carga com a mão e carga no cotovelo; - Levante/transferência do leito para a cadeira/cadeirão e vice-versa; - Treino de marcha; ➤ Realização de ensinamentos e treinos de atividades de vida à pessoa/família de acordo com as suas necessidades utilizando produtos de apoio (se necessário); ➤ Orientação para a aquisição e utilização de produtos de apoio de modo a facilitar o processo de integração sócio-familiar (se necessário); 			
--	---	--	--	--

	<p>➤ Avaliação em conjunto com a pessoa/família dos resultados das intervenções realizadas e reajuste destas, se necessário, conjuntamente o diálogo com a equipa interdisciplinar acerca dos progressos do doente;</p> <p>- Avaliação dos conhecimentos e necessidades de ensino da pessoa/família, promovendo a sua participação ativa no programa de reabilitação;</p> <p>➤ Identificação e avaliação das condições habitacionais, identificando e orientando a pessoa/família na eliminação de barreiras arquitetónicas, adequando a habitação às necessidades da pessoa, promovendo a melhoria da mobilidade, a acessibilidade e a participação social;</p> <p>➤ Elaboração de registos de enfermagem de reabilitação dos cuidados efetuados à pessoa/família ao longo do programa de reabilitação estabelecido e da evolução.</p>			
--	---	--	--	--

<p>❑ Prestar cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação à pessoa com alterações da função respiratória em contexto domiciliário e comunitário, com vista à sua máxima autonomia e independência;</p>	<p>➤ Avaliação das necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação com:</p> <p>→ Recolha de informação pertinente para avaliação da função respiratória da pessoa.</p> <p>➤ Planeamento de um programa de reabilitação funcional respiratória dando ênfase nos métodos de limpeza das vias aéreas, nomeadamente ensino, demonstração e treino:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercícios respiratórios (respiração diafragmática / abdominal) - Exercícios de expansão torácica com técnica de expiração forçada; - Tosse dirigida; - Execução de manobras acessórias para a libertação de secreções: compressões, percussões e vibrações (se a situação clínica o permitir); <p>➤ Avaliação em conjunto com a pessoa/família dos resultados das intervenções realizadas e</p>	<p>Competências Específicas do Enfermeiro de Reabilitação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa; - Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida. 	<p>◆ Cooperante/ Mestranda/ Pessoa/Família/ Equipa Interdisciplinar</p>	<p>Ao longo do estágio</p>
--	---	--	--	----------------------------

	<p>reajuste destas, se necessário, conjuntamente o diálogo com a equipa interdisciplinar acerca dos progressos do doente;</p> <p>➤ Elaboração de registos de enfermagem de reabilitação dos cuidados efetuados à pessoa/família ao longo do programa de reabilitação estabelecido e da evolução.</p>	<p>- Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</p> <p>Competências comuns do enfermeiro especialista</p> <p><u>Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:</u></p> <p>- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p><u>Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade:</u></p> <p>- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas</p>		
--	--	--	--	--

<p>❑ Gerir os cuidados de enfermagem de reabilitação, promovendo a otimização e a qualidade dos mesmos, em contexto domiciliário e comunitário;</p>	<p>➤ Colaboração na tomada de decisão relativamente às necessidades de cuidados de Enfermagem de Reabilitação;</p> <p>➤ Organização e gestão adequada dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação face às necessidades e prioridade que cada pessoa apresenta;</p>	<p>institucionais na área da governação clínica;</p> <p>- Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;</p> <p>- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>Competências comuns do enfermeiro especialista</p> <p><u>Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade:</u></p> <p>- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>- Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;</p>	<p>◆ Cooperante/ Mestranda/ Pessoa/Família</p>	<p>Ao longo do estágio</p>
--	---	--	--	----------------------------

		<p>- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p><u>Competências do domínio da gestão dos cuidados:</u></p> <p>- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p> <p>- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.</p> <p>Competências comuns do enfermeiro especialista</p> <p><u>Competências do domínio das aprendizagens profissionais:</u></p> <p>- Desenvolve o autoconhecimento e assertividade;</p> <p>- Baseia a sua praxis clínica</p>		
--	--	---	--	--

<p>❑ Desenvolver espírito crítico e reflexivo sobre os cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados à pessoa/família em contexto domiciliário e comunitário;</p>	<p>➤ Seleção para análise, das experiências de cuidados que foram formativas, proporcionaram perícia e desenvolvimento de competências em cuidados especializados e de qualidade;</p> <p>➤ Identificação de aspetos de desempenho profissional que tenham sido menos fáceis de gerir, com o intuito de melhorar os conhecimentos nessas áreas;</p> <p>➤ Elaboração do relatório de contexto no final do estágio que reflita o processo e resultados de aprendizagem desenvolvidos.</p>	<p>especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p> <p>Competências comuns do enfermeiro especialista</p> <p><u>Competências do domínio das aprendizagens profissionais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolve o autoconhecimento e assertividade; - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento; 	<p>◆ Cooperante/ Mestranda/ Pessoa/Família/ Equipa Interdisciplinar</p>	<p>Ao longo do estágio</p>
<p>❑ Desenvolver competências na área formativa em</p>	<p>➤ Identificação com a enfermeira chefe e enfermeira cooperante das necessidades no serviço;</p>	<p>Competências comuns do enfermeiro especialista</p>	<p>◆ Enfermeira chefe/ Cooperante/</p>	<p>Na primeira semana de estágio</p>

<p>contexto domiciliário e comunitário para os cuidadores.</p>	<p>➤ Reformulação de um impresso destinado ao Empréstimo de ajudas técnicas no âmbito do Programa de Apoio Integrado a Idosos;</p> <p>➤ Apresentação de uma formação destinada a ajudantes de ação direta e trabalhadores auxiliares (cuidadores formais) do Lar Ferroviário no Entroncamento (pertencente à Associação dos Lares Ferroviários), com os Temas: Ergonomia e Posicionamentos; Transferências e Mobilizações, seguidos de demonstração prática.</p>	<p><u>Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade:</u></p> <p>- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</p> <p>- Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p>	<p>Mestranda/ ◆ Cooperante/ Mestrandas Catarina e Nazaré ◆ Mestrandas Catarina e Nazaré/ Formandos</p>	<p>Ao longo do estágio</p> <p>Dia 12 e 13 de Junho de 2013</p>
---	--	---	--	--

2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto de estágio individual é elaborado, planejando um percurso, sistematizando as atividades a desenvolver, visando estruturar a aprendizagem a atingir e as competências a adquirir num determinado período de tempo, com os objetivos definidos, porém é flexível, permitindo adaptações.

A sua elaboração representa um desafio, pois constitui-se a primeira experiência na área de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação em contexto da comunidade. Sendo este um estágio de opção, é necessário e importante referir que a seleção do seu contexto teve em consideração a sua importância na comunidade e os objetivos pessoais, sendo um motivo de empenho e investimento pessoal.

O enfermeiro de reabilitação ao cuidar e ao interagir com a pessoa com deficiência/incapacidade, deve desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais, ensinando a atingir a sua melhor capacidade, objetivando a máxima independência e qualidade de vida, contribuindo para a readaptação funcional e reinserção social, independentemente da etapa do ciclo vital da pessoa.

A enfermeira de reabilitação na comunidade, segundo HOEMAN (2011), desempenha um papel chave numa reintegração comunitária bem sucedida.

A enfermagem de reabilitação visa potenciar uma recuperação e reintegração da pessoa, diminuindo a deficiência, a incapacidade e as desvantagens que possam existir. O processo de reabilitação é único e pessoal e apenas termina quando a pessoa se torna autónoma (o possível) no seu meio ambiente. A intervenção do enfermeiro de reabilitação não se limita ao contexto hospitalar, a sua ação é de extrema importância no contexto da comunidade, onde poderá reduzir a dependência e promover a autonomia e qualidade de vida da pessoa com incapacidade, daí também a pertinência da escolha deste contexto como estágio opcional.

Com a elaboração do projeto pretende-se que o mesmo sirva de guia orientador ao percurso a efetuar durante o estágio, no entanto, poderá ser ajustado, possibilitando a realização de outras atividades que venham a ser propostas ou que sejam identificadas como pertinentes e/ou imprescindíveis para a riqueza do estágio, sem no entanto perder

a sua concepção inicial. A sua elaboração promoveu a consciencialização do que se deve efetuar e constituirá a base para a realização do relatório.

Pretende-se por em prática, os conhecimentos adquiridos em contexto teórico, tendo uma participação ativa, motivada e empenhada no processo de aprendizagem, desenvolvendo competências específicas de enfermagem de Reabilitação, mantendo uma visão global da pessoa.

3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM (2012/2013) Documento de apoio ao estágio I e estágio II e relatório. Santarém. Autor

HESBEEN, Walter (2003) **A Reabilitação: Criar novos caminhos**. Loures: Lusociência;

HOEMAN, S. [e tal.] - **Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e resultados Esperados**, 4ª edição. Loures: Lusodidacta, 2011

MENOITA, Elsa (2012) – **Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC – Contributos para um Envelhecer Resiliente**. Loures: Lusociência

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

Regulamento nº122/2011 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista/ Diário da República nº 35, 2ª série, 18 de Fevereiro;

Regulamento nº125/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação/ Diário da República nº 35, 2ª série, 18 de Fevereiro.