



**A utilização de instrumentos de avaliação funcional
pelo enfermeiro especialista em enfermagem de
reabilitação no planeamento de cuidados para a
mobilidade**

**Relatório de Estágio apresentada para a obtenção do grau de Mestre
na área de Enfermagem de Reabilitação**

Ana Maria Preguiça Prata Massano

**Orientador:
Professor Joaquim Simões
Co-orientadora:
Professora Dra. Maria João Esparteiro**

**2012
Janeiro**

RESUMO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, na unidade curricular Estágio II e Relatório, no sentido de promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área da especialização do conhecimento em enfermagem de reabilitação, desenvolveu-se um relatório com o intuito de visualizar o resultado da operacionalização da intervenção na prática clínica de enfermagem. Foram definidos os seguintes objectivos:

- Demonstrar competências adequadas à prestação de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, à pessoa/família em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular, neurológica e neuro-traumatológica, visando a sua independência máxima;
- Analisar e fundamentar a influência da utilização de instrumentos de avaliação funcional no planeamento de cuidados na AV Mobilidade, no adulto em processo de reabilitação, com recurso à revisão sistemática da literatura.

No sentido de promover a reflexão na ação e sobre a ação, recorreu-se à prática baseada na evidência, suportada pela metodologia PI[C]O. A questão pela qual se realizou a reflexão, foi: A utilização de instrumentos de avaliação funcional pelo enfermeiro especialista de reabilitação melhora o planeamento de cuidados na AV Mobilidade, no adulto em programa de reabilitação?

Demonstrou-se como o enfermeiro de reabilitação, através do desenvolvimento das suas competências, proporciona uma melhor avaliação das necessidades da pessoa com um melhor planeamento de cuidados na AV mobilidade, através da utilização/aplicação de instrumentos de avaliação funcional. A utilização de instrumentos de avaliação funcional traz benefícios para as pessoas com doenças neurológicas motoras, principalmente para as pessoas com sequelas de AVC e TCE, bem como nas pessoas amputadas do membro inferior. Os benefícios refletem-se a vários níveis: físico e psicológico. Assim sendo, concluí-se com base na evidência, que a utilização desta abordagem pode melhorar o nível de independência nas AV e contribuir para a preparação da alta do adulto dependente.

Palavras-chave: reabilitação, planeamento de cuidados, instrumentos.

ABSTRACT

Under the 1st Master Course of Rehabilitation Nursing, the course Internship and Report, to promote the personal and professional development in the area of specialization of knowledge in rehabilitation nursing, developed a report in order to view the result of the operation of the intervention in the clinical practice of nursing. We defined the following objectives:

- Demonstrate appropriate skills for the provision of specific nursing care for rehabilitation, the person / family in a situation of disease and / or disability, stroke, neurological and neuro-trauma, aiming at their maximum independence;
- Analyze the influence and support the use of functional assessment instruments in care planning activity in the mobility of life in adult rehabilitation process, using the systematic literature review.

In order to promote reflection of the action and about the action, we used the evidence-based practice, supported by the method PI[C] O. The question which was held by the reflection, was: Does the use of functional assessment instruments by the rehabilitation specialist nurse, improve the care planning activity of live mobility in adult rehabilitation program?

It was demonstrated how rehabilitation nurses, through skills development provided a better assessment of the needs of people with a better planning of care in the activity of life mobility through the use / application of functional assessment instruments. The use of functional assessment instruments is beneficial for people with neurological motor, especially for people with sequelae of stroke and traumatic brain injury, as well as in lower limb amputees. The benefits are reflected at various levels, physical and psychological. Therefore, it can be concluded based on evidence that the use of this approach can improve the level of independence in activities of life and contribute to the preparation of a dependent adult discharge.

Keywords: rehabilitation, patients care planning, instruments

INDICE	p.
INTRODUÇÃO	1
PARTE I – REFERENCIAL TEÓRICO DA TEMÁTICA	5
1 – A IMPORTANCIA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	5
2 - APLICAÇÃO DO MODELO TEÓRICO DE ROPER, LOGAN E TIERNEY NA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	9
3 – IMPORTANCIA DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL	11
3.1 - Alterações da mobilidade na pessoa vítima de acidente vascular cerebral	15
3.2 - Alterações da mobilidade na pessoa vítima de traumatismo cranioencefálico	15
3.3 - Alterações da mobilidade na pessoa submetido a amputação do membro inferior	16
4 – REVISÃO DA LITERATURA: PRÁTICA BASEADA NA EVIDENCIA	17
4.1 – Protocolo de pesquisa	18
4.2 – Análise de artigos	19
PARTE II - ANÁLISE CRITICA E REFLEXIVA DA EXPERIÊNCIA CLÍNICA NO ESTÁGIO II	23
1 – ESTÁGIO EM CONTEXTO DE PESSOA COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS NÃO TRAUMÁTICAS	30
2 – ESTÁGIO EM CONTEXTO DE PESSOA COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS TRAUMÁTICAS	32
3 – ESTÁGIO EM CONTEXTO DE OPÇÃO	33
CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXOS	
ANEXO I – QUADRO 1 – Critérios utilizados para a formulação da questão de investigação	45
ANEXO II – QUADRO 2 – Pesquisa dos descritores em texto integral, a	

2011/11/02, nas bases de dados CINAHL e MEDLINE (via EBSCO), 2004/2011	49
ANEXO III – QUADRO 3 - Cruzamento dos descritores, em texto integral, a 2011/11/02, nas bases de dados CINAHL e MEDLINE (via EBSCO), 2004/2011	53
ANEXO IV – QUADRO 4 - Critérios de seleção dos artigos	57
ANEXO V – Artigos selecionados para análise	61
a) Comparison of the responsiveness of the care dependency scale for rehabilitation and the Barthel Index , EICHHORN-KISSEL, J; DASSEN, T.; LOHRMANN, C.	
b) Funksjonsvurdering og evaluering ved rehabilitering [Functional assessment in rehabilitation], KJEKEN, I.; KVIEN, T.K.; DAGFINRUD, H.;	
c) Stroke outcome measures , KELLY-HAYES, M.	
ANEXO VI – Análise dos artigos	97
a) Comparison of the responsiveness of the care dependency scale for rehabilitation and the Barthel Index , EICHHORN-KISSEL, J.;	
DASSEN, T.; LOHRMANN, C.	
b) Funksjonsvurdering og evaluering ved rehabilitering [Functional assessment in rehabilitation], KJEKEN, I.; KVIEN, T.K.; DAGFINRUD, H.;	
c) Stroke outcome measures , KELLY-HAYES, M.	
ANEXO VII - Projetos de estágio:	105
a) Em contexto de pessoa com alterações neurológicas não traumáticas;	
b) Em contexto de pessoa com alterações neurológicas traumáticas;	
c) Em contexto de opção	



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

**1º MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
1º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO
UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO II E RELATÓRIO
Ano letivo 2010 / 2011**

**A UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO
FUNCIONAL PELO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE
REABILITAÇÃO NO PLANEAMENTO DE CUIDADOS
PARA A MOBILIDADE**

Dissertação apresentada para obtenção
do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação
(Diário da República, IIª série – n.º178, de 14 de
setembro, Despacho n.º20690/2009).

Ana Maria Preguiça Prata Massano

Orientador:

Professor Joaquim Simões

Co-orientadora:

Professora Dra. Maria João Esparteiro

2012

Janeiro

CHAVE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APER – Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

AV – Atividade de vida

AVC – Acidente vascular cerebral

AVD – Atividades de vida diária

C - Competência

CA – Critério de avaliação

CDS-R – Escala de dependência de cuidados de reabilitação

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGH – Direção Geral dos Hospitais

ECG – Escala de coma de Glasgow

EEB – Escala de equilíbrio de Berg

ENA - Emergency Nurses Association

IB – Índice de Barthel

MIF – Medida de Independência Funcional

n.º - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

PBE – Prática baseada na evidência

PICO - Population, Intervention, Comparison, Outcomes

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

TCE – Traumatismo cranioencefálico

UC – Unidade de competência

AGRADECIMENTOS

Por tudo que consegui aprender, pelo que cresci pessoal e profissionalmente e pela minha felicidade na concretização acadêmica, queria desde já, deixar um muito obrigada a todos que de uma forma direta ou indireta contribuíram para todo este processo. Todos foram importantes, todos constituíram uma peça fundamental para a conclusão de mais um ciclo da minha vida.

Ao Professor Joaquim Simões, pela disponibilidade, ajuda e compreensão, sem as quais não teria seguido em frente.

Aos enfermeiros cooperantes pela disponibilidade permanente, a qual me permitiu o tempo necessário à realização deste projeto de formação.

À minha família, agradeço por tudo, pelo incentivo, pelo apoio nos momentos de maior dificuldade.

INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, 2010/2011, da Escola Superior de Saúde de Santarém, e na unidade curricular Estágio II e Relatório que decorreu no 2º e 3º semestres do referido curso, no sentido de promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área da especialização do conhecimento em enfermagem - enfermagem de reabilitação, numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida, através da auto formação e reflexividade sobre a prática, desenvolveu-se um relatório com o intuito de visualizar o resultado da operacionalização da intervenção na prática clínica de enfermagem, tendo por base diferentes estratégias mobilizadas. Não sendo o objetivo destas estratégias produzir investigação, mas sim desenvolver competências no âmbito da prática baseada na evidência, partiu-se para uma reflexão sobre os cuidados de enfermagem de reabilitação em vários contextos: em contexto de pessoa com alterações neurológicas não traumáticas, em contexto de pessoa com alterações neurológicas traumáticas e em contexto de opção.

A decisão clínica é antagónica da prática rotineira, estando profundamente ligada à prática reflexiva como alicerce do desenvolvimento sócio/profissional dirigido para as necessidades de cuidados da população. Deste modo, segundo MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT (2005), é urgente desenvolver a prática baseada na evidência, como forma a integrar os conhecimentos, os valores, preferências das pessoas e as características dos enfermeiros peritos e direcionar os cuidados prestados para as necessidades dos doentes, desenvolvendo deste modo, uma prática de enfermagem avançada que traduza cuidados de maior qualidade. O uso da prática baseada na evidência é necessária para que as pessoas tenham acesso a melhores cuidados, mantenham os conhecimentos atualizados de forma a complementar e suportar o julgamento clínico, poupando tempo e acima de tudo aumentando a qualidade na saúde, podendo nos dias de hoje até ser considerado anti-ético prestar cuidados cuja certeza de eficácia não esteja reconhecida, devendo sempre ter em conta a criação do valor em cada atuação, dado a finitude de recursos (CRAIG; SMYTH, 2004)

Retornando à área, específica, de enfermagem de reabilitação, dado ser a área em estudo, a sua relevância, atual, é alicerçada em outros pressupostos que decorrem de novas realidades, tais como o aumento da sinistralidade, o aumento da longevidade e a prevalência, crescente, de doenças crónicas. De facto, estes três fatores geram disfuncionalidades, incapacidades diversas, as quais são necessárias prevenir, restaurar ou minimizar, de modo a que os anos, que a ciência e a tecnologia possibilitam à vida destas pessoas, potenciem uma melhor qualidade de vida. A visão da sociedade sobre a pessoa portadora de deficiência é alterada drasticamente quando essa pessoa demonstra independência para as atividades de vida diária, pois vai de encontro ao preconceito social existente relacionado ao peso social e

financeiro que o portador de deficiência acarreta para a sociedade. Isto é, uma vez demonstrada independência, a pessoa apresenta capacidade ou potencial para exercer o seu papel social e produtivo perante a sociedade. A incapacidade física pode ser uma barreira para a independência quando as pessoas assim a vêem ou quando o ambiente a propicia.

Para tal, o enfermeiro de reabilitação deve deter um conjunto de competências específicas e entre elas saber cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, conforme define o REGULAMENTO n.º125/2011, de 18 de fevereiro. Segundo esta mesma fonte, necessita para isso de, primariamente, identificar as necessidades de intervenção especializada em pessoas que, em consequência da sua condição de saúde, apresentam limitação da atividade, através da avaliação da funcionalidade aos vários níveis, privilegiando o uso de escalas e instrumentos de medida. Só após a identificação das necessidades de intervenção, pode conceber adequadamente o plano de reeducação funcional e/ou de otimização da função afetada.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação atuam como agentes fulcrais na obtenção de ganhos em saúde da população. Neste sentido, pretendem contribuir para o Plano Nacional de Saúde, ser intervenientes e parceiros na criação de ganhos de saúde em diversas áreas de intervenção (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO, 2010).

No sentido de promover a reflexão na ação e sobre a ação, através da utilização da metodologia da prática baseada na evidência, suportada na metodologia PI[C]O, o primeiro passo foi converter as necessidades de informação em questões claras. A questão pela qual se realizou a reflexão, foi: “A utilização de instrumentos de avaliação funcional pelo enfermeiro especialista de reabilitação melhora o planeamento de cuidados na AV mobilidade no adulto em programa de reabilitação?” Para esta questão selecionaram-se as seguintes palavras-chave: reabilitação, planeamento de cuidados, instrumentos. Decidiu-se, face à questão, mobilizar o Modelo de Enfermagem ROPER, LOGAN e TIERNEY, por se considerar que este se encontra em congruência com a temática a abordar, tendo por base os diferentes pressupostos e os diferentes contextos que a mesma contempla.

Sendo esta a primeira etapa da prática baseada na evidência, surgiu então a necessidade de rever sistematicamente a melhor evidência relacionada com a pergunta, avaliá-la em termos de validade e fiabilidade metodológica e aplicar, na prática clínica, os achados escolhidos mediante a análise crítica da literatura investigada, permitindo, por fim, avaliar os resultados.

Assim, para a elaboração deste trabalho, foram definidos os seguintes objetivos:

- Demonstrar competências adequadas à prestação de 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;

- Desenvolver competências para a revisão sistemática da literatura, como suporte à prática baseada na evidência, no contexto específico de cuidados da enfermagem de reabilitação;
- Analisar e fundamentar a influência da utilização de instrumentos de avaliação funcional no planeamento de cuidados na AV Mobilidade, para o adulto em processo de reabilitação, nomeadamente nas pessoas vítimas de AVC, TCE e submetidas a amputação do membro inferior, com recurso à revisão sistemática;
- Avaliar, registar e divulgar os resultados da ação/intervenção de enfermagem.

O presente documento inicia-se com uma contextualização teórica da temática, analisando os conceitos mobilizados nesta revisão, com base na consulta de literatura, bem como na revisão da literatura com recurso à prática baseada na evidência, apresentando o protocolo de pesquisa e análise de artigos. Na segunda parte procede-se à análise crítica e reflexiva das intervenções em enfermagem de reabilitação, relativamente ao planeamento de cuidados para a mobilidade, nos contextos anteriormente mencionados, tendo por base a fundamentação teórica e a evidência da prática, numa perspetiva de recolha de contributos para a melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Este trabalho foi elaborado seguindo as normas regulamentadas para a elaboração de trabalhos escritos, pela Escola Superior de Saúde de Santarém. Essas normas têm por base os critérios da Norma Portuguesa NP 405 (ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM. Centro de documentação e informação, 2010).

PARTE I – REFERENCIAL TEÓRICO DA TEMÁTICA

De forma a contextualizar a temática em estudo, o presente capítulo pretende constituir um breve quadro teórico que enquanto síntese da literatura publicada e produzida neste âmbito sustente e contribua para a fundamentação, crítica e reflexiva das intervenções de enfermagem de reabilitação, numa prática de cuidados gerais.

1 – A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A clarificação do espaço de intervenção de Enfermagem, no âmbito dos cuidados de saúde, tem por base um quadro de referência orientador do exercício profissional dos enfermeiros em qualquer contexto de ação e que está assente nos seguintes pilares: o Código Deontológico do Enfermeiro, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Para além destes documentos constitutivos do quadro de referência, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) constitui-se como um documento essencial para a prática do exercício profissional da enfermagem, porque salvaguarda, no essencial, os aspetos que permitem a cada enfermeiro fundamentar a sua intervenção enquanto profissional de saúde, com autonomia (DECRETO-LEI nº 161/1996, de 4 de setembro).

Os cuidados de enfermagem são as “intervenções autónomas ou interdependentes realizadas pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais” (ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE), 1996); sendo o enfermeiro responsável pelas suas decisões e atos, nas intervenções autónomas, a sua autonomia profissional é relativa a todo o processo de decisão e de execução do cuidado, enquanto que nas intervenções interdependentes, a autonomia do enfermeiro materializa-se na decisão sobre a execução ou não execução do ato prescrito, em função da avaliação que realize em concreto. Assim, o enfermeiro exerce autonomamente o que implica a tomada de decisão com base em conhecimento científico próprio e a prática de atos, pelos quais assume em exclusivo a responsabilidade profissional. É exatamente o que determina a alínea b) do Artigo 79º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo DECRETO-LEI nº 111/2009 de 16 de setembro, ao prescrever como dever deontológico geral, que o enfermeiro deve “responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega” (OE, 2009, p.73). Através dos registos os enfermeiros dão visibilidade ao seu desempenho, reforçando igualmente a sua autonomia e responsabilidade profissional (DIAS; MENDES; MOURINHO; CARREIRA; NUNES; FERREIRA, 2001). ROMANO e SILVA (1984,

p.299), referem que “a ausência ou insuficiência dos registos de enfermagem, constituem um dos factores que determinam a menor qualidade da assistência ao doente, e da impossibilidade de avaliar os benefícios da profissão de enfermagem”.

Para FREDERICO e LEITÃO (1999), “a comunicação está presente em todos os momentos e em todas as actividades. Sendo assim, é indiscutível a sua necessidade e importância, pois é o elo que permite a interacção, quer com os elementos da equipa de saúde, quer com os doentes”. Considerando que o exercício profissional de enfermagem, como acontece com as demais profissões da saúde, se concretiza através do trabalho em equipa, o REPE estabelece também como princípio a complementaridade funcional, que prescreve que o enfermeiro deve “trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde; actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma” (OE, 2009, p.79).

A conceção dos cuidados de saúde exige respostas centradas nas pessoas e orientadas mais para aquilo que estas podem ainda fazer, do que para as suas incapacidades; os enfermeiros especialistas em reabilitação podem desempenhar um papel fundamental, já que o maior nível de conhecimentos e experiência acrescida, lhes permite efetuar com segurança um juízo clínico e elaborar um plano de intervenção individualizado e diferenciado.

A enfermagem de reabilitação dirige-se essencialmente a pessoas com disfunções crónicas muitas vezes irreversíveis e incuráveis que deixam na pessoa, não raras vezes, incapacidades residuais que podem persistir por toda a vida. É justamente neste grupo de pessoas que os ganhos em saúde, associados aos cuidados de enfermagem especializados, têm tradução e expressão tanto pelo êxito na adaptação e manutenção funcional das pessoas à sua nova condição, como agindo de modo antecipatório na resolução dos problemas, o que se consegue pelo treino do cuidador.

Para HESBEEN (2003, p.54), “a reabilitação combina uma disciplina e um espírito cuja intenção é trabalhar para que as pessoas e as populações atingidas por determinada deficiência ou incapacidade, se tornem os mais independentes possíveis”. É um processo global e dinâmico orientado para a recuperação física e psicológica da pessoa, portadora de deficiência de modo a permitir uma reintegração na sociedade (HESBEEN, 2003). A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar a pessoa com doença aguda, crónica ou com sequelas, a maximizar o seu potencial funcional com vista à independência.

A novidade da reabilitação reside no facto de esta especialização “atribuir mais importância ao doente que à doença” (HESBEEN, 2003, p.51): a ajuda à pessoa com dependência e o restabelecimento das faculdades perdidas são as áreas privilegiadas, mas não se esgotam nestas, pois o campo de ação da enfermagem de reabilitação vai desde a prevenção primária até aos níveis agudos e sub-agudos, passando também pelos processos de transição das pessoas ao longo da vida, sendo mesmo, na perspectiva de HOEMAN (2011), o alicerce de intervenção terciária na comunidade.

Segundo STRYKER (1977, citado por HOEMAN, 2011), a enfermagem de reabilitação é um processo criativo que começa nos cuidados preventivos imediatos, no primeiro estágio da doença ou acidente, continua na fase de recuperação e implica a adaptação de todo o ser a uma nova vida. Os enfermeiros especialistas de reabilitação estão habilitados a prestar cuidados às pessoas em processo de transição que decorrem do próprio desenvolvimento, como a velhice e as suas consequências, de eventos inesperados, tais como os acidentes, ou de processos de saúde/doença em que os mecanismos de adaptação não foram suficientes e que, por isso, necessitam de uma intervenção mais dinâmica no sentido de levar as pessoas a enfrentar essa adaptação, a aumentar as suas possibilidades, a lidar com a incapacidade e a modificar o ritmo e direção da sua vida (ZAGONEL, 1999).

A sua intervenção está relacionada com o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, prevenindo complicações e evitando as incapacidades; proporciona intervenções terapêuticas que visem melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência da pessoa nas atividades de vida minimizando o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica bem como, em outras deficiências e incapacidades. Para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação da pessoa e família, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração da pessoa na família e na comunidade, proporcionando-lhe assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida (REGULAMENTO n.º125/2011).

A 18 de fevereiro de 2011, foi publicado em Diário da República, IIª série – n.º35, o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, considerando-se que uma das competências específicas é que este seja capaz de cuidar de pessoas ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados (REGULAMENTO n.º125/2011). O cuidar, entendido aqui como competência, implica não só a mobilização de conhecimentos profundos e habilidades, mas também a atenção dada a cada situação particular, que inscrita num espaço e tempos concretos, é vivida por duas pessoas que se encontram, uma que é cuidada e outra que cuida. No contexto da enfermagem de reabilitação, a competência para cuidar não é um dado adquirido nem é transferível de uma situação para outra, é antes algo que necessita de ser revisto, requestionado e redefinido face à particularidade de cada pessoa ou situação (HESBEEN, 2003).

Outra competência específica do enfermeiro de reabilitação é que seja capaz de capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania num processo que passa pela avaliação da funcionalidade ou do risco de alteração da mesma, pelo diagnóstico de alterações que determinem limitações da atividade e incapacidades, pela identificação de fatores facilitadores e inibidores para a realização das atividades de vida diária de forma independente. Passa igualmente pela elaboração e implementação de programas de treino específico de atividades de vida diária (AVD) visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida, tanto pelo ensino e treino da pessoa, da família e/ou do cuidador, como pela

utilização de dispositivos de compensação, o que tem implícita a criação e gestão de bolsas de ajudas técnicas (REGULAMENTO n.º125/2011). Através do ensino, instrução e treino sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor e cardio-respiratório, tendo em conta os objetivos individuais dos sujeitos, o enfermeiro de reabilitação é ainda capaz de maximizar a funcionalidade e desenvolver as capacidades da pessoa.

No âmbito da sua atuação interdisciplinar, o enfermeiro de reabilitação possui ainda conhecimentos e habilidades que lhe permitem sensibilizar a comunidade para a importância de adoção de práticas inclusivas, identificar barreiras arquitetónicas e orientar para a eliminação das mesmas no contexto de vida de cada pessoa.

Este regulamento veio contribuir para o reconhecimento e maior autonomia do enfermeiro nos percursos de desenvolvimento profissional.

Em síntese, os cuidados de enfermagem de reabilitação permitem na pessoa o desenvolvimento de habilidades e de capacidades funcionais, a recuperação e o desenvolvimento da autonomia e a reintegração familiar e social, sem nunca perderem de vista o contexto em que a pessoa vive. Por isso, são inclusivos e participativos porque, abrangendo o cuidador e/ou a família, permitem assistir a pessoa como um todo, independente da idade, doença e/ou incapacidade. O que distingue os cuidados de enfermagem de reabilitação dos restantes cuidados de enfermagem é o tipo de conhecimento que o enfermeiro especialista possui e a abordagem terapêutica que usa no seu tempo de contacto.

O enfermeiro de reabilitação está vocacionado para a aplicação de técnicas de reabilitação específicas, de modo a evitar sequelas e complicações inerentes a cada situação clínica de imobilidade, “aproveitando ao máximo as capacidades para restauro da função e diminuição de incapacidades, contribuindo para uma rápida reintegração do doente na família e comunidade e conseqüente redução dos dias de internamento” (DIREÇÃO GERAL DOS HOSPITAIS - Circular Normativa nº5/90, p.1). Contribuem para a maximização do potencial funcional e independência física, emocional e social da pessoa com o intuito de minimizar as incapacidades, nomeadamente através de reeducação funcional respiratória, reabilitação funcional motora, treino de atividades de vida diária, ensino sobre a otimização ambiental, utilização de ajudas técnicas. Estes métodos ou medidas, merecem especial atenção do enfermeiro de reabilitação não só pela sua importância clínica, mas também, porque algumas das suas manobras mais simples, podem ser utilizadas, em situações agudas ou crónicas, como terapêutica isolada ou adjuvante, com intuítos preventivos ou curativos e em todos os grupos etários (HEITOR; CANTEIRO; FERREIRA; OLANZABAL; MAIA, 1988). No âmbito dos cuidados hospitalares, atuam ao nível da prevenção de complicações e no desenvolvimento de maior independência funcional e qualidade de vida da pessoa e família, repercutindo-se em ganhos em saúde e económicos (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO (APER), 2010). Para isso, concebem, implementam e monitorizam planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais da pessoa (REGULAMENTO n.º125/2011, de 18 de fevereiro).

Para HESBEEN (2003), a eficácia da ajuda do enfermeiro de reabilitação só poderá ser real se fizer sentido para a existência de quem é cuidado e ir ao encontro das suas

necessidades. Assim, o profissional de reabilitação tem como objetivo que numa situação existente ou previsível, a pessoa deficiente ou incapacitada e os seus familiares consigam o melhor nível possível de autonomia, para que não vivam ou vivam o menos possível, situações de desvantagem (HESBEEN, 2003). CHIN; FINOCCHIARO; ROSEBROUGH (1998), referem que qualquer que seja o tipo de relação estabelecida, cada um dos elementos do agregado é afetado quando um dos membros fica incapacitado. O sucesso de reabilitação da pessoa é influenciado pelo suporte que recebe da família quando esta é incluída desde o início no processo de reabilitação.

O conseguir alguma independência no desempenho destas capacidades é um dos indicadores de uma reabilitação bem sucedida. A real medida do sucesso deve focar-se na capacidade que a pessoa tem de viver uma vida independente e bem sucedida, da forma como ela a vê (ROGERS, 1982, citado em HOEMAN, 2011). Segundo o mesmo autor, quando a pessoa atinge a independência no desempenho de uma ou de todas essas atividades, saem reforçadas a imagem corporal e a auto-estima, ajudando assim a recuperar o controlo da sua vida.

2 - APLICAÇÃO DO MODELO TEÓRICO DE ROPER, LOGAN E TIERNEY NA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Na realidade portuguesa, o uso de um modelo de enfermagem faz todo o sentido, nos Padrões de Qualidade divulgados pela Ordem dos Enfermeiros, em que um dos itens assinalados na organização dos cuidados é “a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem” (OE, 2001, p.15), de forma a ter presente os princípios que gerem a conduta profissional. Deste modo, os enfermeiros de reabilitação competentes devem estar preparados para avaliar contextos, processos, significados e modelos de explicação da realidade, antes de fazer quaisquer juízos ou iniciar intervenções terapêuticas. HOEMAN (2011, p.5), reitera este pressuposto e acrescenta que os enfermeiros “não se conseguem aperceber das questões que se relacionam com aquilo que sabem – ou a forma como pensam, ou acerca daquilo que pensam, ou as coisas que fazem e como as fazem ” sem conhecer o percurso das estruturas concetuais da profissão.

Foi no contexto de abordagem de saúde e responsabilidade pessoal na manutenção da mesma que o Modelo Teórico de ROPER, LOGAN e TIERNEY foi concebido, e escolhido para este estudo. Baseia-se num modelo de vida relacionando o Processo de Viver com o Processo da Enfermagem Individualizada, reflete um quadro concetual da enfermagem centrada na pessoa como um todo – visão holística, focada na autonomia e na relação profissional pessoa/enfermeiro em que sempre que possível, a pessoa toma as suas decisões.

Tendo em consideração os Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem na promoção dos projetos de saúde de cada pessoa ao longo do ciclo vital, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a maximização da independência na realização das atividades de vida. Preconizam que na tomada de decisão, o enfermeiro

identifique as necessidades de cuidados especializados de enfermagem da pessoa/família e/ou comunidade, identificando problemas (reais ou potenciais), prescreva as intervenções, com o objetivo de resolver ou minimizar esses problemas, indo de encontro com a enfermagem individualizada interiorizada no modelo de enfermagem ROPER, LOGAN e TIERNEY. Adquirindo o papel de ajuda à pessoa/família no seu processo adaptativo e estratégias de *coping*, irá repercutir-se na capacidade de validação e negociação com a pessoa de modo a que ocorram reformulações positivas no seu projeto de vida e de saúde, originando ganhos em saúde.

Para ROPER; LOGAN; TIERNEY (2001), é inevitável que, à medida que a pessoa avança pela vida, haja uma mudança contínua, e cada aspeto da vida seja influenciado pelas circunstâncias biológicas, psicológicas, socioculturais, ambientais e político-económicas encontradas, bem como, diferentes graus de dependência e independência nas atividades de vida (AV). Sendo uma competência específica do enfermeiro especialista de reabilitação cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, torna-se importante conhecer os aspetos fundamentais de cada estágio da vida. Assim, a pessoa adulta, em circunstâncias “normais”, determina o seu destino de forma autónoma de acordo com o seu projeto de vida e de saúde. No entanto, e apesar de ser capaz de modificar o ambiente em seu redor e adaptar os seus comportamentos, por vezes, encontra-se incapaz de sozinha ultrapassar os seus limites ou desvantagens. A patologia poderá ser interpretada como uma limitação do potencial máximo da pessoa. A doença crónica, representa uma necessidade de adaptação na rotina do quotidiano, sendo interpretada como fator de crise, ameaçando a estabilidade de uma pessoa inserida no contexto familiar, profissional, social e cultural. Neste contexto, é importante a atuação da enfermagem de reabilitação, no sentido promover intervenções preventivas, não só para assegurar as capacidades funcionais da pessoa, bem como, evitar mais incapacidades, prevenir complicações e defender o seu direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade, assumindo assim o papel de educador, gestor de casos, conselheiro, defensor dos direitos dos utentes, investigador, capacitador/ facilitador, líder, moderador, perito e membro da equipa.

Segundo LUCKMANN e SORENSEN (1998), os anos da idade adulta são geralmente designados como os que se situam entre os 40 e os 65 anos. Na plataforma MeSH (Medical Subjects Headings) BROWSER (2011, <URL: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>) considera-se idade adulta (“*adult*”) entre os 19 e os 44 anos e a meia-idade (“*middle aged*”) entre os 45 e os 64 anos.

Segundo ROPER *et al.* (2001), os diagnósticos de enfermagem para pessoas com movimentos ou mobilidade alterados ou comprometidos, têm a ver com o compromisso do equilíbrio e da coordenação, com instabilidade do tronco, fraqueza muscular, paralisia, repouso prolongado na cama e perda ou diminuição da visão.

A capacidade de movimentar-se é uma das características de todos os seres vivos e a capacidade de mover livremente o corpo é uma atividade humana necessária e muito valorizada. Por exemplo, a comunicação de todos os dias (tão vital à vida social), é praticamente impossível sem movimentos, dado implicar, como implica, os atos de falar e de

escutar, com os movimentos associados dos olhos, a expressão facial e a linguagem corporal. Da mesma forma, todo o comportamento associado às atividades de respirar, comer, beber, eliminar, trabalhar, jogar e assim por diante, implica movimento. A vida de todos os dias envolve uma multiplicidade de complicados movimentos corporais em inúmeras combinações, muitos dos quais são internos e não se vêem, não sendo muitos deles conscientes.

A atividade física constitui um impulso humano básico, com importância durante toda a vida. A aquisição das competências básicas de movimentação é, no entanto, um processo muito longo e complicado. À medida que os sistemas corporais se desenvolvem com a idade, uma criança com um crescimento saudável está sempre a somar competências de movimentação, sendo de cultivar as posturas corretas da marcha, ficar de pé e sentado. Além de estas serem esteticamente agradáveis para o observador, conservam a energia quando utilizadas em atividades diárias em casa, na escola e nas diversões.

Segundo ROPER *et al.* (2001), muitas vezes não se dá o devido valor à capacidade da pessoa saudável se mobilizar fisicamente sem ajuda, até que as circunstâncias interfiram com parte do sistema músculo-esquelético e vias associadas. Para os que têm um problema físico permanente que reduza a mobilidade, a ajuda consiste em levá-los a apreciar o mais possível a vida de todos os dias. Para aqueles que sucumbem a uma doença ou ferimento que os imobilize, poderá significar a adaptação a um estilo de vida com menor atividade física mas de igual realização pessoal: a adaptação poderá ser temporária ou necessitar de uma vida inteira de adaptações. É importante que em qualquer grupo etário as pessoas com ajudas à deslocação sejam levadas a compreender a sua importância enquanto pessoas e o facto de terem direitos iguais aos dos outros membros da sociedade. A maioria destas pessoas está na comunidade e se houver possibilidades de o seu problema se tornar permanente, elas procurarão uma vida o mais independente possível no contexto da sua capacidade individual, e não no da sua incapacidade (ROPER *et al.*, 2001).

ROPER *et al.* (2001), refere ainda que é desejável que as pessoas saudáveis tenham maior consciência da forma como as pessoas podem ser auxiliadas a alcançar um estilo de vida satisfatório nas situações de trabalho, descanso, divertimento e família. A resposta adequada às suas necessidades compensará até certo ponto as desvantagens e ajudá-las-á a contribuir positivamente para a comunidade em que vivem, na medida das suas possibilidades. Estratégias positivas de *coping*, podem na verdade, minorar os problemas individuais respeitantes à AV mobilidade.

3 – IMPORTANCIA DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

GEORGE (2000), refere que o processo de enfermagem é um esquema subjacente que propicia ordem e direção ao cuidado de enfermagem, sendo o instrumento e a metodologia da profissão e, como tal, ajuda o enfermeiro a tomar decisões e a avaliar e prever as suas consequências. Foi desenvolvido como um método específico para a aplicação da abordagem científica na solução de problemas na prática clínica da enfermagem. Como é corrente, o

processo inicia-se na fase investigativa que inclui a colheita e análise dos dados e de onde brotarão os diagnósticos de enfermagem.

Atendendo a que, na especificidade da enfermagem de reabilitação e segundo BRUMMEL-SMITH (1990, citado em HOEMAN, 2011), objetiva-se melhorar a função, promover a independência e a satisfação com a vida e preservar a auto-estima, o processo pelo qual estas metas são atingidas, consiste numa avaliação globalizante, em que um dos focos de atenção é a da avaliação da capacidade funcional, que pode ser definida como a capacidade para desempenhar uma variedade de competências necessárias às atividades físicas, cognitivas, comportamentais e sociais (HOEMAN, 2011).

A esfera de ação da avaliação das intervenções em reabilitação evolui a partir do quadro conceitual de incapacidade. Para HEESBEN (2003, p.40) deficiência é a “alteração prolongada da estrutura anatómica, fisiológica ou psicológica de um indivíduo” e a incapacidade é a “consequência funcional de uma deficiência”.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, conhecida por CIF, tem como objetivo proporcionar uma linguagem unificada e padronizada, assim como, uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde; define componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar relacionado com a saúde sendo os seus domínios relacionados com Funções e Estrutura do Corpo, e Atividades e Participação. Define funcionalidade como “termo que engloba todas as funções do corpo, actividades e participação” e incapacidade como “termo que inclui deficiências, limitação da actividade ou restrição na participação” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), 2004, p.7). A CIF não é de forma alguma uma classificação de pessoas. Permite descrever as características de cada pessoa em diferentes domínios e as características do seu meio físico e social, selecionando um conjunto de códigos que possam documentar da melhor forma possível o seu perfil de funcionalidade e participação. Não é um instrumento de avaliação ou de medida e não dispensa que os profissionais, dentro das suas áreas de especialidade, adotem procedimentos e utilizem instrumentos de avaliação normalizados e fidedignos que evidenciem de forma rigorosa os diferentes domínios em estudo, tomando como referencia a CIF (OMS, 2004).

Os objetivos gerais da avaliação funcional são determinar o estado físico funcional, documentar as necessidades de intervenções e serviços, traçar um plano de tratamento e avaliar e monitorizar os progressos. Para a enfermagem, a abordagem tradicional da avaliação das capacidades funcionais foi muitas vezes qualitativa e subjectiva. Com o encorajamento profissional para a certificação e padrões na avaliação de reabilitação, a avaliação formal é incorporada no processo de enfermagem utilizando instrumentos refinados que produzam dados fiáveis e válidos. Hoje em dia, quando se prestam cuidados de reabilitação, utilizam-se um grande número de instrumentos de avaliação para documentar as deficiências, as AVD básicas, o desempenho das AVD complexas e a qualidade de vida; são medições adequadas à inclusão num sistema de avaliação centrado na pessoa e a sua utilização promove a utilização de medições aceitáveis como componente central da enfermagem. Também SEQUEIRA

(2010), reforça que, cada vez mais é necessário utilizar instrumentos de avaliação como suporte de apoio à tomada de decisão clínica em enfermagem.

A informação obtida a partir dos instrumentos de avaliação, pode ser utilizada com diferentes objetivos, sendo os mais comuns os descritivos, avaliativos e/ou preditivos. Estes instrumentos devem ser simples, práticos, válidos, sensíveis e eficientes, de modo que produzam resultados que possam orientar o processo de reabilitação. A natureza da incapacidade influencia as escolhas dos instrumentos de medição: para HOEMAN (2011), o instrumento de avaliação empregue deve ser capaz de medir a incapacidade, monitorizar os progressos, melhorar a comunicação, medir a eficácia do tratamento e documentar os benefícios das intervenções de reabilitação.

KELLY-HAYES (2000), refere que para a escolha de instrumentos de avaliação funcional, há que atender a princípios orientadores: a medida tem que ser válida para a função a estudar; devem ser fiáveis com demonstração em estudos prévios; a medida deve ser suficientemente sensível para traduzir as alterações clínicas importantes. SANTOS; RAMOS; ESTEVÃO; LOPES; PASCOALINHO (2005), apresentaram uma listagem de instrumentos de medida que foram submetidos a um processo de adaptação linguística e cultural para a realidade portuguesa. Referem que a qualidade do processo de adaptação linguística e cultural será diferente de um instrumento para outro, dependendo dos respetivos recursos e sua utilização, no entanto considera-se que qualquer um dos instrumentos por eles validado, está apto para ser utilizado no exercício clínico e na investigação.

HOEMAN (2011), refere que no domínio da medição da função há um consenso importante de que o auto cuidado e a mobilidade são centrais na reabilitação. Embora estas capacidades funcionais sejam parâmetros importantes para reduzir a dependência a terceiros, o reportório de comportamentos necessários para levar a uma vida com significado inclui também medidas de funcionamento cognitivo, emocional, perceção, social e vocacional.

As avaliações de mobilidade física e as estratégias de movimento são utilizadas na reabilitação neurológica. Com o objetivo de deteção de uma mudança na capacidade motora, ou até mesmo no prognóstico, os instrumentos clínicos, que produzem dados válidos e confiáveis, são essenciais. Para que a avaliação seja objetiva e útil, é necessário o uso de medidas padronizadas e comprovadas, permitindo quantificar o objetivo das técnicas de reabilitação. Os instrumentos mostram se ocorreram mudanças com o tempo, sendo importante que a medida seja validada e comprovada para estar de acordo com as variações no desempenho da pessoa (CARVALHO; VANDERLEI; BOFI; PEREIRA; NAWA, 2007). Entre eles pode-se citar a Escala de Equilíbrio de BERG (EEB), o Time Up and GO (TUG) e a Medida de Independência Funcional (MIF), que são de excelente confiabilidade, utilizadas na avaliação do equilíbrio estático e dinâmico, a mobilidade ortostática, e a capacidade funcional respetivamente (YONEYAMA; ROIZ; LIMA; OLIVEIRA; PARAIZO; MACEDO, 2007, OLIVEIRA; CACHO; BORGES, 2006).

Segundo HOEMAN (2011), os instrumentos que mais se utilizam são a Medida de Independência Funcional (MIF) e o Índice de BARTHEL. A MIF reagrupa a avaliação da independência para as AVD, o controlo dos esfíncteres, a mobilidade (transferências) e a

deambulação, a comunicação e as atividades cognitivas de carácter social. Trata-se sobretudo de um indicador de base da severidade da incapacidade. A severidade da incapacidade muda durante o tratamento de reabilitação, portanto a alteração da MIF é um indicador dos benefícios ou resultados do tratamento. Esta medida usa-se para estabelecer critérios de admissão, alta e manutenção dos ganhos de reabilitação, e deve ser gerida por aqueles que praticam a reabilitação, tomando a enfermagem aqui uma posição de liderança (HOEMAN, 2011).

A escala (ou índice) de BARTHEL, foi criada com o objetivo de medir a função física que se centra no auto cuidado e mobilidade básica. Tem como população alvo, pessoas após acidente vascular cerebral (AVC), com lesões vertebro-medulares, com condições neurológicas (como esclerose múltipla), pessoas com queimaduras, com patologia cardíaca, com artrite reumatóide, pessoas amputadas, idosos, ou pessoas com doenças crónicas das quais resulte grande incapacidade (SANTOS *et al.*, 2005). O índice de BARTHEL (IB), avalia a capacidade funcional através da análise das atividades básicas de vida diária: avalia o nível de independência da pessoa no seu desempenho (2008, <URL: <http://www.cpep-fisio.com.br/material/Estagio%20Neurologia/Escalas/2008barthel.pdf>). É amplamente utilizada, sobretudo em contexto hospitalar, nas unidades de recobro e centros de reabilitação; é considerado por vários autores o instrumento mais adequado na avaliação da incapacidade para a consecução das AVD; é de fácil aplicação e baixo custo. O seu preenchimento requer pouco tempo e pode ser aplicado com frequência, permitindo uma análise longitudinal; o IB é considerado o instrumento que assume maior fidelidade e validade; permite conhecer quais são as incapacidades específicas da pessoa (ARAÚJO; RIBEIRO; OLIVEIRA; PINTO, 2007).

O índice de BARTHEL foi validado através de um estudo desenvolvido por ARAÚJO *et al.* (2007), publicado na Revista de Saúde Pública. Esta escala é amplamente utilizada em Portugal, sendo mesmo indicada pela DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2001), nas diretrizes publicadas relativamente ao desenvolvimento das unidades de AVC em Portugal.

A escala de equilíbrio de BERG, foi criada com o objetivo de avaliar o equilíbrio em idosos e monitorizar, ao longo do tempo, as mudanças relativas a esta incapacidade. A população alvo do instrumento, são pessoas idosas, pessoas com AVC, pessoas com doenças de Parkinson e pessoas com outras patologias que condicionem défices de equilíbrio (SANTOS *et al.*, 2005). A escala de equilíbrio de BERG (EEB), é uma escala de fácil aplicação, simples, segura, com o objetivo de avaliar o equilíbrio. BERG; MAKI; WILLIAMS; HOLLIDAY; WOOD-DAUPHINEE (1992) ao criá-la pretendiam que esta fosse utilizada como medida do estado de equilíbrio da pessoa, bem como permitir avaliar a sua evolução e resposta ao tratamento. As tarefas que são avaliadas na EEB solicitam à pessoa para realizar atividades que fazem parte da sua vida diária como manter uma posição estática, mudar a orientação do seu centro de gravidade, relativamente à sua base de suporte e para diminuir a sua base de suporte. Enquanto algumas destas tarefas são pontuadas de acordo com a qualidade de execução, outras têm em conta o tempo que demora a completá-las (PERRACINI, 2009, <URL: <http://pt.scribd.com/doc/11615826/Escala-de-Berg>).

Os enfermeiros de reabilitação devem encarar os instrumentos de avaliação como outra informação clínica essencial; o especialista de reabilitação tem necessidade de dados

uniformes destinados a mostrar os verdadeiros progressos adquiridos pelas pessoas, para isso é necessário que a colheita desses dados seja rápida, segura e fiável.

3.1 - Alterações da mobilidade na pessoa vítima de acidente vascular cerebral

O AVC é uma das principais causas de incapacidades neurológicas em adultos, apresentando défice motor, como a hemiplegia, caracterizada pela perda dos movimentos voluntários de um hemicorpo e alterações do tonús postural, que pode estar aumentado ou diminuído (DAVIES, 1996), podendo estar associada também a outras sequelas como disfunção sensorial, distúrbios da fala e audição, défice visual, acometimento mental e intelectual. Tais comprometimentos podem determinar o grau de dificuldade ou até mesmo a incapacidade na realização de diversas AVD, além de interferir a ponto de interromper atividades de extrema importância na realização pessoal do indivíduo como lazer, vida profissional, social e sexual (RYERSON, 1994; DAVIES, 1996), havendo neste processo cuidados que possibilitam o resgate social e a integração da pessoa à sociedade, na reconquista da sua cidadania (FIGUEIREDO; MACHADO, 2004).

Em países industrializados, o AVC é a terceira causa de morte, onde cerca de metade dos sobreviventes ficam incapacitados, os custos são elevados e há um desinteresse sobre novos métodos de tratamentos nestes doentes crónicos (KASTE; FOGELHOLM; RISSANEN, 1998).

A chave para a avaliação das novas terapias de tratamento da pessoa vítima de AVC é a escolha de escalas e instrumentos de avaliação. Cada vez mais, pesquisadores recorrem a medidas de resultado funcional (por exemplo, o índice de BARTHEL), para analisar os resultados das terapêuticas empregues (KASTE *et al.*, 1998). Como método de avaliar a capacidade funcional, existem descritos na literatura científica, diversas técnicas, dentre elas destaca-se o IB que é um instrumento amplamente utilizado com o propósito de mensurar a capacidade da pessoa na realização das AVD, obtendo uma estimativa quantitativa do grau de dependência da pessoa (NISHIDA; AMORIM; INOUE, 2004).

Até o segundo ano de AVC, a evolução motora dos hemiplégicos no tratamento de reabilitação é evidente principalmente na reeducação dos movimentos e no equilíbrio postural. Contudo, após esse período, esta evolução torna-se discreta, o que acarreta em desmotivação por parte da pessoa (DAVIES, 1996). A recuperação do equilíbrio é uma das metas a atingir com o tratamento de reabilitação (ORRELL; EVES; MASTERS, 2006; TYSON; HANLEY; CHILLALA; SELLEY; TALLIS, 2006).

3.2 - Alterações da mobilidade na pessoa vítima de traumatismo cranioencefálico

Traumatismo cranioencefálico (TCE) é definido pela NATIONAL HEAD INJURY FOUNDATION como sendo “uma agressão ao cérebro, não de natureza degenerativa ou congénita, mas causada por uma força física que pode provocar uma alteração da consciência, incapacidades físicas, congénitas e/ou comportamentais” (SENRA; OLIVEIRA, 2003, p.124). O

mesmo organismo acrescenta que as incapacidades daí resultantes podem ser temporárias ou definitivas, podendo causar um comprometimento funcional parcial ou total (SENRA; OLIVEIRA, 2003). Outros autores, porém, simplesmente definem TCE como qualquer lesão que envolva as estruturas desde o couro cabeludo até ao parênquima encefálico (ENA, 2000; MASSADA, 2002; CRUZ-SANTOS; CUENCA-DARDÓN, 2008).

Segundo a EMERGENCY NURSES ASSOCIATION (ENA, 2000), os TCE podem ser ordenados em três classes: TCE *minor*, TCE moderado e TCE severo. Esta classificação depende da avaliação neurológica que é realizada à pessoa após sofrer um TCE, nomeadamente através da escala de Coma de Glasgow (ECG). Esta escala varia entre 3, valor que pode corresponder já a morte cerebral, até ao valor máximo de 15 para uma pessoa com um estado perfeito de consciência. O total de toda a avaliação indica o nível de consciência da pessoa, assim como é indicador de morbilidade e/ou mortalidade pós traumatismo craniano, permitindo monitorizar a sua recuperação (ENA, 2000; SOARES; COSTA; CORREIA; BENTO-SOARES, 2003).

Os impactos da lesão variam de pessoa para pessoa em função dos fatores pessoais, assim como dos fatores associados à lesão ou à reabilitação. A perda de funções depende da área do cérebro que for afetada. Os sintomas específicos e localizados podem contribuir para determinar a área afetada. As consequências desta lesão podem ser: físicas (problemas de movimento; dificuldades na coordenação motora e equilíbrio; menor força física; lentidão nos movimentos corporais; cansaço, fadiga e perdas de energia; perda de sensações - sensibilidade ao toque, olfacto, visão; epilepsia pós-traumática), cognitivas, emocionais e comportamentais (SAPO SAÚDE, 2011, <URL:<http://saude.sapo.pt/saude-medicina/artigos-gerais/traumatismo-cranio-encefalico.html>>). Estudos demonstraram que uma percentagem significativa de pessoas com estes défices após uma evolução neurológica positiva, ficou afetada a sua reintegração na família e na sociedade (SENRA; OLIVEIRA, 2003).

Os objetivos a curto prazo para o movimento destinam-se a melhorar áreas específicas de competências como a força, a coordenação, a amplitude do movimento, o equilíbrio e a postura, bem como a mobilidade e a segurança (BORGMAN-GAINER *et al.*, 2000). A independência funcional requer força muscular, equilíbrio, resistência cardiovascular e também motivação.

3.3 - Alterações da mobilidade na pessoa submetido a amputação do membro inferior

Existem vários conceitos de amputação: CARVALHO (2003), define como sendo a retirada cirúrgica, total ou parcial, de um membro.

Para KELLY e DOWLING (2008), a reabilitação das pessoas após amputação de membros inferiores, é essencial para fornecer os resultados para melhorar a qualidade de vida do amputado. Realizaram assim, uma revisão da literatura para examinar provas relativas à reabilitação de pessoas após a amputação dos membros inferiores. A idade da pessoa e o nível de amputação foram identificados como os mais importantes indicadores no resultado funcional, tendo o resultado das medidas utilizadas indicado que a idade é o fator mais

importante, influenciando a eficácia da reabilitação expressa como mobilidade; as pessoas com idade inferior a 65 anos conseguem maior autonomia na mobilidade, que os mais velhos. O comprimento do coto ou o nível de amputação é também um indicador de resultado de reabilitação, sendo o nível mais distal de amputação ainda compatível com a cicatrização de feridas a situação ideal; o nível que remove tecidos doentes ou danificados com sucesso, fornece o melhor ambiente para o rápido retorno à mobilidade e função.

Para as mesmas autoras, a importância de avaliar a eficácia da prática clínica de reabilitação por meio de medidas de resultado emerge da literatura. Há uma série de medidas de resultado disponíveis para avaliar o potencial de reabilitação, o que pode tornar difícil para profissionais de saúde a sua escolha. O índice de BARTHEL é uma útil e popular medida das atividades de vida das pessoas amputadas, sendo uma ferramenta mais usada na avaliação da reabilitação entre pacientes neurológicos: os valores são utilizados para avaliar as mudanças entre a admissão e a alta.

A avaliação funcional possui grande importância para os amputados, uma vez que a reabilitação deste grupo de pessoas visa melhorar a mobilidade e a independência pessoal. CHAMLIAN e MELO (2008), no estudo que realizaram, referem que vários autores descrevem na literatura instrumentos para a análise da função em pessoas amputadas, mas não há consenso sobre quais devem ser utilizados e muitos se limitam a uma aplicação universal, por restringir a idade, a fase da reabilitação, a presença de co-morbidades ou outros aspectos individuais. Segundo as mesmas autoras, em reabilitação, e particularmente na pessoa amputada, também deve ser observada o modo pelo qual são realizadas trocas posturais, transferências, atividades da vida diária e prática, ortostatismo, locomoção em cadeira de rodas, marcha com ou sem prótese, presença de dor, nível de satisfação pessoal e qualidade de vida, dependência social, retorno ao trabalho. Este estudo demonstrou que existem diversos instrumentos usados para avaliar a função em pessoas amputados, porém não há uma considerada padrão.

4 – REVISÃO DA LITERATURA: PRÁTICA BASEADA NA EVIDENCIA

RUTLEDGE e GRANT (2002, citados por MELNYK e FINEOUT-OVERHOLT, 2005), referem que a prática baseada na evidência (PBE) define os cuidados de enfermagem que integram melhor a evidência científica, como sendo o conhecimento da fisiopatologia, o conhecimento das questões psicossociais, as preferências e os valores da pessoa em relação à tomada de decisão dos seus processos terapêuticos. Atendendo a que são necessários vários anos para que os resultados da investigação se repercutam na prática clínica, a PBE através da metodologia PICO, é uma forma pró-ativa dos profissionais de enfermagem garantirem a assertividade, cientificidade e qualidade dos seus cuidados. Trabalhar estas metodologias, permite desenvolver conhecimentos e conseqüentemente competências objetivando a qualificação profissional, numa perspectiva vanguardista do planeamento de cuidados. Para tal, e segundo CRAIG e SMYTH (2004), a abordagem baseada na evidência na

prática clínica pretende prestar cuidados apropriados, de um modo eficiente, a cada pessoa. É um processo que impõe a integração da evidência pela investigação, a perícia clínica, a interpretação das necessidades e perspectivas das pessoas, na tomada de decisão, em que os cuidados de enfermagem englobam uma vasta gama de intervenções e utilizam, por conseguinte, uma base diversa de evidência (incluindo, por exemplo, a evidência proveniente da psicologia, sociologia e saúde pública). Os enfermeiros precisam de desenvolver competências chave de forma a aceder e a utilizar, apropriadamente, a evidência na prática clínica e, quando a evidência não for acessível, tomar um conjunto de decisões ponderadas.

Neste contexto entende-se competência profissional na perspectiva de SACKETT *et al.* (2000, citado por CRAIG e SMYTH, 2004), como a mestria de utilizar as capacidades/ perícias clínicas e experiência passada para identificar o estado de saúde e o diagnóstico de cada pessoa, os riscos e benefícios individuais de intervenções potenciais, e os seus valores e expectativas pessoais.

Existe uma preocupação acerca da distância entre enfermagem académica e a da área clínica, com o argumento de que a investigação existente não se adequa aos contextos da prática profissional quotidiana. Por outro lado, é conhecido que o conhecimento dos mais recentes resultados científicos e a sua implementação nas práticas, tende a arrastar-se no tempo. Assim, há que adequar a política profissional às exigências da real qualidade dos cuidados. Parece que o primeiro passo é converter as necessidades de informação em questões claras. Após este passo deve-se então proceder a uma cuidadosa pesquisa sistematizada, nas bases científicas creditadas. Os passos mais exigentes são porém os que se seguem, e que consistem numa apreciação crítica acerca da validade e utilidade da informação e da capacidade de integração dos resultados na prática clínica, tendo em conta as necessidades e preferências da pessoa alvo do cuidado, aumentando a probabilidade dos resultados esperados serem alcançados, objetivando a assertividade do cuidar. O processo não deve terminar aí, e o enfermeiro deve avaliar o seu desempenho de forma a ajuizar sobre os resultados da sua decisão na prática.

4.1 - Protocolo de pesquisa

Como ponto de partida para a revisão sistemática da literatura, foi formulada a pergunta de investigação em formato PICJO (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005): "A utilização de instrumentos de avaliação funcional pelo enfermeiro especialista de reabilitação (Intervenção), melhora o planeamento de cuidados na AV Mobilidade (Outcome) no adulto em programa de reabilitação (População)? Foram utilizados critérios para a formulação da questão de investigação, que estão explícitos no quadro 1 (Anexo I).

As palavras-chave definidas, no contexto desta metodologia, foram submetidas a verificação através da base internacional MeSH BROWSER (2011, <URL: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>>), uma vez que sem este passo o pesquisador corre o risco de não utilizar a mesma linguagem que os autores dos artigos científicos,

dificultando a pesquisa; obtiveram-se a validação dos seguintes descritores e respectivas definições uniformizadas:

- *Rehabilitation* - Restauração de funções humanas para o grau máximo possível numa pessoa ou pessoas que sofrem de doença ou lesão;
- *Patient care planning* - normalmente, um programa de cuidados médicos e de enfermagem escrito projetado para uma pessoa particular;
- *Instruments* - usados como procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, técnicas analíticas de especialidades ou disciplinas, para o desenvolvimento ou modificação de aparelhos, instrumentos ou equipamentos.

A plataforma electrónica onde foi feita a pesquisa foi a EBSCO, recorrendo às bases de dados CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE whit Full Text. Foram procurados artigos científicos publicados em texto integral, por ordem de relevância a 2011/11/02, definindo como filtro cronológico para a seleção o período entre 2004/01/01 e 2011/11/02, usando os descritores anteriormente mencionados, obtendo-se um total de 52857 artigos (Quadro 2 - Anexo II). Seguidamente efetuou-se o cruzamento dos descritores em texto integral a 2011/11/02, tendo resultado 1318 artigos (Quadro 3 - Anexo III). Aplicaram-se os critérios de seleção dos artigos que foram definidos com base na pergunta que norteia a revisão, estabelecendo-se critérios de inclusão e exclusão (Quadro 4 - Anexo IV).

Procedeu-se, à leitura dos títulos e resumos dos artigos, resultando numa pré-seleção de dez artigos. Da leitura integral do conteúdo dos referidos documentos, apuraram-se três artigos finais a analisar (Anexo V). A listagem dos três artigos filtrados, selecionados e considerados pertinentes para o estudo em causa, foram apresentados segundo tabelas de análise de modo a tornar perceptível e clara, a metodologia (Anexo VI). Estes artigos estiveram na base do estudo e foram essenciais na reflexão e nos resultados obtidos. De modo a clarificar a metodologia de cada um, foi utilizada uma escala com seis níveis de evidência (GUYATT; RENNIE, 2002).

4.2 - Análise de artigos

EICHHORN-KISSEL, DASSEN, LOHRMANN (2010, <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=11&sid=66f454e7-58b1-4e36-84ca-717c07204b4c%40sessionmgr113>>), realizaram um estudo com o objetivo de comparar a capacidade de resposta da Escala de Dependência de Cuidados de Reabilitação (CDS-R) e o Índice de BARTHEL, em reabilitação, para responder à questão: Qual o instrumento mais adequado na reabilitação para avaliar as alterações no doente ao longo do tempo?

Estabelecem, assim, como principal objetivo da reabilitação, a melhoria e mudança do estado funcional dos doentes e o aumento da independência. Neste contexto, a avaliação e eficácia dos tratamentos desempenham um papel essencial e são amplamente aceites como centrais para uma boa prática clínica. Para isso é necessária uma avaliação padronizada dos cuidados, através da utilização de instrumentos validados e fiáveis. A existência dessas propriedades psicometricas é vista como indispensável para um bom instrumento.

Para avaliar aspetos como a melhoria ou alterações num doente, relativamente aos cuidados e tratamentos, são necessários instrumentos que sejam sensíveis, ou seja, que sejam capazes de detetar com precisão as mudanças nos doentes e alterações ao longo do tempo. O CDS-R e o IB são instrumentos de medem e avaliam a necessidade de cuidados no desempenho nas AVD. O IB é um instrumento de avaliação, com foco nos aspetos físicos.

O Índice de BARTHEL parece ser um pouco mais ágil do que a Escala de Dependência de Cuidados, na prática da reabilitação. Ambos os instrumentos, no entanto, têm a capacidade de detetar mudanças clinicamente relevantes e portanto, parecem aplicáveis na prática da reabilitação para a avaliação das melhorias do doente, ao longo do tempo.

KJEKEN; KVIEN; DAGFINRUD (2007, <URL: <http://tidsskriftet.no/lts-pdf/pdf2007/598-9.pdf>>), numa revisão sistemática da literatura, definem reabilitação como um processo com uma duração limitada, orientada por metas, onde as diversas profissões cooperam com a pessoa, no sentido desta alcançar um melhor funcionamento possível, de modo a tornar-se independente e com participação na sociedade; reconhecem a pessoa com deficiência, como o centro do processo, perita, intervindo nas decisões de reabilitação, tendo em conta as suas metas de vida, incluindo a sua participação na sociedade. Assim, os requisitos para a prática baseada na evidência aumentam no sentido de documentar o conteúdo do processo e os benefícios dos cuidados de reabilitação: a medição sistemática e avaliação na prática clínica, são uma boa base para essa documentação. O processo de reabilitação exige o uso de métodos de pesquisa e instrumentos, no planeamento dos cuidados, sendo definidos objetivos e traçadas intervenções. Somente quando os métodos de avaliação refletirem esse conteúdo individual, o benefício real do processo de reabilitação pode ser documentado.

Os instrumentos de avaliação da função têm três objetivos principais: descrever a função atual, medir as alterações ao longo do tempo e prever o futuro da função. A sua escolha deve ter em conta a validade e fiabilidade, deve captar as alterações dos aspetos que pretende medir e ser aplicável nas circunstâncias em que é usado, se na prática clínica ou em pesquisas.

Os instrumentos são classificados de acordo com a maneira para o qual foram projetados ou construídos e em relação ao que medem. Os métodos objetivos têm em comum o facto de serem usados na maioria das pessoas (mesmo na fase aguda), porque exigem pouco envolvimento da pessoa, para além da capacidade de seguir as instruções. Com os instrumentos específicos, a pessoa estabelece as suas metas e só depois é que se avalia a progressão da função, tendo em conta os objetivos estabelecidos por ela. Estes instrumentos exigem a participação ativa da pessoa, o que acaba por tornar a reabilitação mais eficaz.

No início do processo de reabilitação, aquando da lesão ou doença, é necessário uma avaliação do estado da função, sendo o objetivo muitas vezes o restaurar a função, na medida do possível – nesta situação os instrumentos objetivos são as avaliações mais adequadas. No caso em que a pessoa não pode retornar à sua função normal, os esforços vão no sentido de otimizar as AVD e participação no trabalho e sociedade. Então, há necessidade de métodos que forneçam a perceção da pessoa sobre as suas necessidades, as suas prioridades na vida, o que acha importante atingir.

KELLY-HAYES (2004, <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&hid=24&sid=66f454e7-58b1-4e36-84ca-717c07204b4c%40sessionmgr113>>), numa revisão da literatura, focou a importância de uma abrangente avaliação de pessoas com AVC ser necessária para a gestão adequada de cuidados e avaliação de intervenções e resultados. Referiu que com o surgimento de novos tratamentos eficazes para o AVC, a oportunidade de documentar as deficiências e incapacidades do acidente vascular cerebral para monitorizar o planeamento e a recuperação no sentido da reinserção na comunidade, é uma prioridade de enfermagem. A utilização de instrumentos validados e padronizados torna esta meta alcançável.

Acrescentou ainda que, a partir de uma perspetiva interdisciplinar, o uso de medidas padrão melhora a comunicação entre as disciplinas, que é uma grande prioridade no tratamento e recuperação. Além disso, o foco para a enfermagem também deve ser o de conseguir e manter uma qualidade de vida aceitável, otimizando o bem-estar.

A Agência de Política de Saúde e Pesquisa (AHCPR, agora AHRQ) Diretrizes de Reabilitação pós-AVC recomenda o uso de instrumentos validados e padronizados. O estabelecimento de medidas confiáveis é essencial para alcançar comparações válidas entre pessoas e grupos, bem como para prescrever tratamentos corretos. Estes instrumentos de avaliação asseguram a documentação confiável de condições neurológicas, função, deficiência, apoio à família, e do progresso ao longo da recuperação. Estas ferramentas de medição são usadas em todas as configurações de cuidados em que a pessoa vítima de AVC pode ser encontrada - cuidados agudos, de reabilitação, centros de saúde, e na comunidade.

No momento de um acidente vascular cerebral, em fase aguda, o Índice de BARTHEL é a medida frequentemente utilizada. Tem sido demonstrado repetidamente por ser uma medida confiável e válida de AVD básicas. Em programas de reabilitação e serviços, mais instrumentos de avaliação são utilizados para documentar a recuperação pós-AVC: por exemplo, a Medida de Independência Funcional (MIF). Vários estudos avaliaram a fiabilidade e a validade da MIF para a população com acidente vascular cerebral. A enfermagem e outras profissões relacionadas com a reabilitação estão certificadas para a administração desta ferramenta de avaliação.

PARTE II – ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DA EXPERIÊNCIA CLÍNICA NO ESTÁGIO II

Com o intuito de refletir sobre as principais aprendizagens e a sua influência na concretização dos objetivos propostos, irá documentar a integração e aplicação dos conteúdos desenvolvidos no âmbito da área específica da especialização do conhecimento à pessoa/família com necessidade de manutenção e/ou desenvolvimento do seu potencial, capacitando-a para o auto cuidado, tendo em vista a sua qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade.

Inicialmente, irá efetuar uma apreciação global de todos os estágios, salientando os aspetos considerados mais relevantes, no desenvolvimento de competências na área de especialização em enfermagem de reabilitação, no âmbito da qualidade dos cuidados de enfermagem, e posteriormente irá contextualizar cada campo de estágio, bem como as intervenções específicas desenvolvidas nesses contextos.

De forma a dar cumprimento a um dos requisitos destes estágios, foram elaborados projetos de estágio, para cada um, onde foram traçados objetivos específicos e atividades a desenvolver, no sentido de delimitar e clarificar as metas pessoais a alcançar, em cada um deles (Anexo VII). Estes objetivos refletiram as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação a adquirir, desenvolver ou aperfeiçoar, e surgiram de encontro a interesses pessoais e necessidades sentidas no primeiro contacto com os campos de estágio.

A expectativa era grande e por isso houve necessidade de definir prioridades em relação ao processo de aprendizagem, definindo à partida três domínios: conhecimento, atitude e competências. Segundo URDEN; STACY; LOUGH (2008), o domínio do conhecimento centra-se na aquisição de informação, enquanto o da atitude inclui a incorporação de novos valores, crenças ou atitudes e por fim, o domínio da aquisição das competências a desenvolver, baseado no Plano de Estudos definido no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (DESPACHO n.º20690/2009, de 14 de setembro).

Surgiu um sentimento de “ansiedade” alguma “expectativa” em relação à forma como iriam decorrer os estágios, perfil dos enfermeiros cooperantes, postura dos pares,... . Ultrapassados os receios, rapidamente se compreendeu que para além de muita aprendizagem, haveriam também conhecimentos a partilhar e competências adquiridas, não só pela experiência profissional construída ao longo de muitos anos como ainda, pelas mais-valias adquiridas recentemente, na componente teórica do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação e estágios práticos já realizados.

Foi percorrendo um caminho formativo proporcionado pelo estágio em serviços com as suas especificidades físicas, humanas e institucionais. Ao tentar compreender esta “nova realidade”, certamente com muita emoção, seguiu uma linha orientadora no sentido de

alcançar os objetivos específicos propostos. Sem dúvida que o grande objetivo ao longo de todos estes estágios, era o de absorver ao máximo as situações de aprendizagem relacionadas com enfermagem de reabilitação, bem como refletir sobre elas, filtrando o que de facto poderia ser relevante; assim, na identificação, planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem de reabilitação, estiveram sempre presentes os quatro domínios e respetivas competências que unificam a atuação de um enfermeiro especialista: “responsabilidade profissional, ética e legal”; “melhoria contínua da qualidade”; “gestão dos cuidados” e “aprendizagens profissionais” (REGULAMENTO n.º122/2011, de 18 de fevereiro), com o objetivo fundamental de ajudar a pessoa a atingir a melhor qualidade de vida, através de uma maior funcionalidade e independência a nível físico, emocional e social.

No contexto geral da gestão de cuidados e da qualidade, na primeira semana de estágio, conseguiu perceber a organização dos serviços, em todas as suas vertentes nomeadamente, estrutura física, recursos humanos e materiais, reconhecendo a dinâmica/metodologia de prestação de cuidados em que, o enfermeiro especialista de reabilitação ocupa um lugar de destaque na gestão dos cuidados específicos de reabilitação implementados a cada pessoa internada, nas tomadas de decisão em equipa e na formação/acompanhamento enquanto líder e perito na área, sendo reconhecido dentro da equipa multiprofissional: ao fundamentar as suas atitudes, transmitiu aos pares qual a razão de agir de determinada forma e assim demonstrou a necessidade e os benefícios dos cuidados de enfermagem de reabilitação; foi uma referência que se traduziu numa consciencialização da cultura da reabilitação e num modelo a seguir. O enfermeiro especialista de reabilitação também tem um papel importante na organização do serviço e na liderança, no sentido da promoção da melhoria contínua na qualidade dos cuidados, sendo portanto, difícil, desagregar as funções no que respeita à prestação ou à gestão dos cuidados de enfermagem.

A capacidade de movimentar-se é uma das características de todos os seres vivos e a capacidade de mover livremente o corpo é uma atividade humana necessária e muito valorizada. Por isso, uma das competências desenvolvidas, foi a de cuidar de pessoas que se encontravam impossibilitadas de executar atividades de vida de forma independente, ao longo do ciclo de vida em alguns contextos da prática de cuidados (Competência J1 – REGULAMENTO n.º 125/2011). O cuidar, entendido aqui como competência, implicou não só a mobilização de conhecimentos profundos e habilidades, mas também a atenção dada a cada situação particular, vivida por duas pessoas, uma que é cuidada e outra que cuida. No contexto da enfermagem de reabilitação, a competência para cuidar não é um dado adquirido nem é transferível de uma situação para outra, é antes algo que necessita de ser revisto, requestionado e redefinido face à particularidade de cada pessoa ou situação (HESBEEN, 2003). Para alcançar este objetivo, mobilizou, os conhecimentos adquiridos na parte teórica do curso, participando e colaborando com o enfermeiro especialista, na avaliação da funcionalidade e elaboração de diagnósticos das respostas humanas desadequadas a nível motor, cardio-respiratório e a da realização das AVD, identificando as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função (Unidade de competência J1.1 - Critério de avaliação J1.1.3, J1.1.6, J1.1.7 – REGULAMENTO n.º 125/2011).

A vida de todos os dias envolve uma multiplicidade de complicados movimentos corporais em inúmeras combinações, muitos dos quais são internos e não se vêem, não sendo muitos deles conscientes. Assim, e tendo em conta os diagnósticos que determinam limitações da atividade e incapacidades, atribuiu importância ao uso/aplicação de instrumentos de medida de avaliação funcional (UC J1.1 - CA J1.1.2 – REGULAMENTO n.º 125/2011), tendo havido a oportunidade durante os estágios, de aplicar uma série de instrumentos (Escala de Equilíbrio de BERG, Escala de LOWER para a força muscular, Escala de ASHWORTH, Escala de BRADEN, Índice de BARTHEL, Medida de independência funcional), de modo a fundamentar a intervenção junto da pessoa e também junto da própria equipa, aquando da tomada de decisão. Estes instrumentos são importantes na prática do enfermeiro especialista pois ajudam a medir a incapacidade da pessoa, monitorizam os progressos, medem a eficácia do tratamento, fundamentam a tomada de decisão e documentam os benefícios das intervenções de reabilitação. Também SEQUEIRA (2010), reforça que cada vez mais é necessário utilizar instrumentos de avaliação como suporte de apoio à tomada de decisão clínica em enfermagem.

No decorrer dos estágios, a identificação das necessidades da pessoa/família, foi feita através da observação, consulta de processos clínicos e de enfermagem, conversa com a pessoa, quando possível, e com os familiares, aspetos que agilizaram a execução de planos de intervenção em cuidados de enfermagem de reabilitação, com vista ao auto cuidado em situações de incapacidade (UC J1.2 – REGULAMENTO n.º 125/2011). Procurou que a recolha de dados fosse pertinente, formulando diagnósticos de enfermagem diferenciados, planeando intervenções que exigiam maior especificidade, desenvolvendo cada vez maior autonomia, assertividade e maior disciplina na organização do trabalho. As intervenções, decisões e resultados foram partilhadas com o enfermeiro cooperante, e sempre que necessário reformuladas, bem como a partilha de informação com outros elementos da equipa, de modo a garantir a continuidade dos cuidados. Os enfermeiros cooperantes ao longo dos estágios foram elementos facilitadores no processo de aprendizagem, enaltecendo todos os aspetos da reabilitação, a sua importância para a pessoa e sociedade, influenciando a conduta, o que indiscutivelmente irá trazer repercussões para o seu percurso como enfermeira especialista de reabilitação.

Uma estratégia promotora de aprendizagem e desenvolvimento, no sentido da qualidade de cuidados foi a elaboração, de planos de cuidados destinados a facilitar as intervenções, restaurar e manter níveis saudáveis de vida e evitar complicações; foi mote para pesquisa, revisão de apontamentos de modo a que qualquer intervenção de enfermagem, fosse planeada o mais rigorosa e adaptada possível a cada situação específica de cuidar, com objetivos compatível com os desejos da pessoa (UC J1.2 - CA J1.2.2 – REGULAMENTO n.º 125/2011): segundo HESBEEN (2003), a eficácia da ajuda do enfermeiro de reabilitação só poderá ser real se fizer sentido para a existência de quem é cuidado e ir ao encontro das suas necessidades. Deste modo identificou focos de enfermagem alterados ou em risco programou e executou programas de reeducação funcional, adaptados a cada situação, ao nível da patologia, e a cada pessoa tendo em conta a idade, motivação, estado cognitivo, memória e

recursos disponíveis (UC J1.2 - CA J1.2.3; UC J1.3 – REGULAMENTO n.º 125/2011). Hoje considera-se que esta estratégia utilizada foi uma mais-valia para atingir os objetivos propostos nos planos de atividades, manifestando-se sempre uma abertura de espírito relativamente a novas ideias, encarando o processo de aprendizagem como uma oportunidade de crescimento e valorização.

Nos programas de reeducação funcional respiratória concebidos e implementados (UC J1.3 - CA J1.3.2; UC J3.1 – CA J3.1.3; UC J3.2 - J3.2.1 – REGULAMENTO n.º 125/2011), foi muito gratificante perceber que muitas das alterações ou sintomas presentes, podiam ser corrigidos por técnicas baseadas essencialmente na associação do controlo da respiração (consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios), com o posicionamento (de descanso ou relaxamento) e com o movimento - exercícios respiratórios (respiração abdomino-diafragmática e costal). Ao nível da permeabilidade das vias aéreas e relativamente à mobilização de secreções foram ensinadas e executadas técnicas (UC J1.3 - CA J1.3.3; UC J3.1 - J3.1.2 – REGULAMENTO n.º 125/2011); contudo, após instituir algumas das intervenções, nomeadamente ensino/treino da tosse assistida e dirigida, drenagem postural clássica ou modificada e executar algumas das manobras acessórias, constatou que eram eficazes e que apesar de simples, conseguiam-se obter bons resultados (UC J1.4 - CA J1.4.1; UC 3.2 – CA J3.2.2 – REGULAMENTO n.º 125/2011). Estes métodos ou medidas, merecem especial atenção do enfermeiro de reabilitação não só pela sua importância clínica, mas também, porque algumas das suas manobras mais simples, podem ser utilizadas, em situações agudas ou crónicas, como terapêutica isolada ou adjuvante, com intuítos preventivos ou curativos e em todos os grupos etários (HEITOR *et al.*, 1988).

Segundo ROPER *et al.* (2001), muitas vezes não se dá o devido valor à capacidade da pessoa saudável se mobilizar fisicamente sem ajuda até que as circunstâncias interfiram com parte do sistema músculo-esquelético e vias associadas: assim, desenvolveu o programa de reeducação funcional motora, a implementação de medidas foram no sentido de aumentar a força muscular, manter o tonús muscular e amplitude dos movimentos, manter o equilíbrio e postura corporal com a finalidade de melhorar ou restaurar a função da pessoa ou prevenir a sua disfunção. Procedeu ao ensino e execução de mobilizações passivas, ativas, ativas assistidas e ativas resistidas, assim como colaboração nas transferências, nos treinos de equilíbrio e da marcha e na gestão/reeducação do esforço (UC J1.3 - CA J1.3.2, J1.3.3; UC J3.1 – CA J3.1.2, J3.1.3 – REGULAMENTO n.º 125/2011).

O ensino, instrução e treino sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor e cardio-respiratório, tendo em conta os objetivos individuais dos sujeitos, foram desenvolvidas no sentido de maximizar a funcionalidade e desenvolver as capacidades da pessoa (UC J3.1 - CA J3.1.2 – REGULAMENTO n.º 125/2011). O conseguir alguma independência no desempenho destas capacidades é um dos indicadores de uma reabilitação bem sucedida. A real medida do sucesso deve focar-se na capacidade que a pessoa tem de viver uma vida independente e bem sucedida, da forma como ela a vê (ROGERS, 1982, citado em HOEMAN, 2011). Segundo o mesmo autor, quando a pessoa atinge a independência no

desempenho de uma ou de todas essas atividades, saem reforçadas a imagem corporal e a auto-estima, ajudando assim a recuperar o controlo da sua vida.

A procura de situações de aprendizagem e a necessidade do conhecimento, agilizam a solicitude e disponibilidade, tendo este aspeto constituído um pilar de todos os conhecimentos e competências adquiridas, na medida em que, para se poder desenvolver um espírito crítico e intuitivo, imperava a necessidade de compreender os aspetos mais elementares, passando inicialmente por observador, a observador participativo e finalmente a participante, procedendo à avaliação inicial, planeamento, implementação e avaliação dos resultados, com registos dos cuidados específicos de reabilitação. Os registos são a base de toda a filosofia e metodologia do trabalho em enfermagem, revestindo-se por isso de grande importância, pois são o testemunho escrito da prática de enfermagem. É através deles que os enfermeiros dão visibilidade ao seu desempenho, reforçando igualmente a sua autonomia e responsabilidade profissional (DIAS *et al.*, 2001). ROMANO e SILVA (1984, p.299) referem que “a ausência ou insuficiência dos registos de enfermagem, constituem um dos factores que determinam a menor qualidade da assistência ao doente, e da impossibilidade de avaliar os benefícios da profissão de enfermagem”. Assim, os diagnósticos de enfermagem, as intervenções planeadas e realizadas, alteração dos focos de enfermagem, status e intervenções, e posterior avaliação, foram registados utilizando a linguagem CIPE, no sentido da continuidade de cuidados (UC J1.1, J1.2, J1.3, J1.4 – REGULAMENTO n.º 125/2011).

A maioria destas pessoas irá para a comunidade e se houver possibilidades de o seu problema se tornar permanente, elas procurarão uma vida o mais independente possível no contexto da sua capacidade individual, e não no da sua incapacidade (ROPER *et al.*, 2001). Para isso desenvolveu outra competência específica do enfermeiro de reabilitação na capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (C J2 – REGULAMENTO n.º 125/2011): após a avaliação da funcionalidade ou do risco de alteração da mesma, o diagnóstico de alterações que determinem limitações da atividade e incapacidades e identificação de fatores facilitadores e inibidores para a realização das atividades de vida diária de forma independente, (UC J1.1 - CA J1.1.1, J1.1.4, J1.1.6 – REGULAMENTO n.º 125/2011), procedeu à elaboração e implementação de programas de treino específico de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida (UC J2.1 – REGULAMENTO n.º 125/2011), tanto pelo ensino e treino da pessoa, da família e/ou do cuidador, (UC J2.1 - CA J2.1.1 – REGULAMENTO n.º 125/2011), como pela utilização de produtos de apoio (UC J2.1 - CA J2.1.2, J2.1.3 – REGULAMENTO n.º 125/2011), que se irão traduzir em ganhos em saúde com tradução e expressão no êxito na adaptação e manutenção funcional das pessoas à sua nova condição.

No que concerne à aquisição de competências na relação com a pessoa e com a sua família, dentro da reabilitação, conseguiu manter sempre uma atitude de escuta, com postura adequada para uma maior envolvência da família. Também o facto de se ter utilizado uma linguagem adequada ao nível de compreensão das pessoas e das famílias, foi facilitador para garantir o envolvimento destas, no processo de cuidar no que respeita à situação de

incapacidade; orientação no cuidar, para o auto cuidado, estimulando a autonomia, levando em consideração as crenças, hábitos, os valores e práticas da pessoa. Constituiu preocupação privilegiar a relação com os familiares, aproveitando as oportunidades para promover o envolvimento da família na prestação de cuidados, procurando compreender os seus mecanismos de *coping*. Segundo URDEN *et al.* (2008), as estratégias de *coping* são usadas pelos doentes e famílias para ajudar a manter o controlo da situação e a encorajar a esperança e a estabilidade na vida. Adquirindo o papel de ajuda à pessoa/família no seu processo adaptativo e estratégias de *coping*, irá repercutir-se na capacidade de validação e negociação com a pessoa de modo a que ocorram reformulações positivas no seu projeto de vida e de saúde, originando ganhos em saúde. Há a realçar o facto dos familiares se mostrarem disponíveis e muito receptivos sempre que foram abordados, tendo facilitado o relacionamento estabelecido, com repercussão nos resultados atingidos. CHIN *et al.* (1998) referem que qualquer que seja o tipo de relação estabelecida, cada um dos elementos do agregado é afetado quando um dos membros fica incapacitado. O sucesso de reabilitação da pessoa é influenciado pelo suporte que recebe da família quando esta é incluída desde o início no processo de reabilitação.

Assim, promoveu uma adequada preparação e planeamento da alta da pessoa, e sempre que necessário com ligação aos cuidados continuados (UC J2.2 - CA J2.2.1 – REGULAMENTO n.º 125/2011), incluindo o assegurar do ensino à pessoa e familiares de referência, indispensável aos cuidados após a alta (UC J2.1 - CA J2.1.1 – REGULAMENTO n.º 125/2011), bem como identificação de barreiras arquitetónicas e orientação para a eliminação das mesmas no contexto de vida de cada pessoa (UC J2.2 - CA J2.2.3, J2.2.4 – REGULAMENTO n.º 125/2011), no sentido da promoção da mobilidade, a acessibilidade, a participação social, e o direito à dignidade e à qualidade de vida. A alta foi planeada de modo a que a pessoa/família nesse momento não se sentisse “abandonada” e levasse a correta informação quer quanto aos cuidados necessários, quer quanto aos meios de que dispõe na comunidade e aos quais poderá recorrer (UC J2.2 - CA J2.2.1 – REGULAMENTO n.º 125/2011). Foram feitos ensinamentos sobre o processo de reabilitação no domicílio, os posicionamentos, levantes, transferências, bem como aspectos relacionados com as atividades de vida diária (UC J3.1 - CA J3.1.2 – REGULAMENTO n.º 125/2011), tendo sido bem aceites pela pessoa e família, alvitando por vezes, estratégias para o desempenho de determinadas atividades no domicílio (UC J2.2 - CA J2.2.3 e J2.2.4 – REGULAMENTO n.º 125/2011). No entanto, em determinadas situações, houve necessidade de referência da pessoa para a Rede Nacional de Cuidados Continuados – unidades de média duração e reabilitação (DECRETO-LEI 101/2006), quando a necessidade de reabilitação era indispensável para atingir o máximo de independência física e psíquica (UC J2.2 - CA J2.2.1 – REGULAMENTO n.º 125/2011).

A articulação com a equipa multiprofissional foi fundamental; desde logo se mostrou muito recetiva, estabelecendo relações de cooperação e apoio, facto que teve um forte contributo no decorrer de todos os estágios, tendo-se privilegiado sempre a comunicação. Para FREDERICO *et al.* (1999), a comunicação está presente em todos os momentos e em todas as

atividades. Sendo assim, é indiscutível a sua necessidade e importância, pois é o elo que permite a interação, quer com os elementos da equipa de saúde, quer com os doentes. Considerando que o exercício profissional de enfermagem, como acontece com as demais profissões da saúde se concretiza através do trabalho em equipa, o REPE estabelece também como princípio a complementaridade funcional, que prescreve que o enfermeiro deve “trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde; actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma” (OE, 2009, p.79).

Um dos primeiros desafios, ao iniciar os ensinamentos clínicos, foi ter de fazer a gestão dos conhecimentos adquiridos e conseguir convertê-los em competências. Havia recursos, mas impunha-se a sua aplicabilidade na prática e neste sentido, houve uma correspondência de forma positiva. A gestão do conhecimento, constituiu um aspecto fundamental não só para o reconhecimento precoce de problemas, como também para fundamentar todas as sugestões e propostas efetuadas. Aprender a pensar, foi uma mais-valia para a forma de encarar a profissão, na medida em que se vai descobrindo, pouco a pouco, a forma de melhorar o papel do enfermeiro na prestação de cuidados de reabilitação. Progressivamente foi exercendo autonomamente o que implicava a tomada de decisão com base no conhecimento científico próprio e a prática de atos, pelos quais assumiu em exclusivo a responsabilidade profissional.

Cada vez mais, se exige aos profissionais da saúde que prestem cuidados de forma refletida, imperando que as suas práticas sejam baseadas na evidência científica. Inicialmente como treino e depois como necessidade, foram efetuadas pesquisas em bases de dados, no sentido de reflexão sobre a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Certamente, que a aquisição de competências requer muito trabalho, dedicação, interesse e motivação, mas considera-se a curva de aprendizagem exponencial, ao longo de todos os estágios. Procurou-se manter sempre firmeza de caráter e energia emocional, praticando ações cimentadas no respeito por valores e princípios de ética pessoal e profissional, conseguindo desta forma, granjear sinergias na atuação de enfermagem. Face ao exposto, pode-se dizer que foram ótimos locais de estágio onde foram aproveitadas todas as oportunidades de aprendizagem. Também foi de forma crescente que se sentiu o desenvolvimento da segurança, confiança e autonomia, na medida que se foi percebendo que a diversidade de experiências ia contribuindo para a consolidação de conhecimentos, adquirindo destreza na parte prática.

Este percurso não foi fácil, na medida em que exigiu um esforço suplementar a todos os níveis: pessoal, familiar, profissional, económico e social, compensado, com toda a certeza, pela aquisição de novas competências e pela satisfação pessoal, por ter vencido mais uma batalha. Transformou-se cada dificuldade sentida, num incentivo para encontrar alternativas que proporcionassem o enriquecimento no percurso profissional. Contudo, se pode afirmar que motivação, empenho e capacidade de iniciativa, foram características que se mantiveram presentes e que muito facilitaram a aprendizagem.

1 - ESTÁGIO EM CONTEXTO DE PESSOA COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS NÃO TRAUMÁTICAS

O estágio teve a duração 100 horas e a escolha do local para a sua concretização recaiu sobre o serviço de Medicina B do Centro Hospitalar de Torres Vedras, que decorreu de 2 a 23 de novembro de 2010.

A escolha do diagnóstico da pessoa vítima de AVC, deveu-se ao facto de ser um dos principais motivos de internamento neste serviço e também porque os AVC constituem um dos principais problemas neurológicos em todo o mundo, desencadeando um conjunto de deficiências, incapacidades e desvantagens com efeitos evidentes na qualidade de vida das pessoas, sendo os cuidados de enfermagem em reabilitação indispensáveis ao desenvolvimento das suas capacidades, nas suas funções orgânicas e motoras; nesse processo há cuidados que possibilitam o resgate social e a integração da pessoa na sociedade e na reconquista da sua cidadania (FIGUEIREDO; MACHADO, 2004). Embora, os objetivos do projeto de estágio estarem direcionados para a pessoa com AVC, colaborou-se ativamente na abordagem de todas as pessoas que necessitassem de cuidados de enfermagem de reabilitação, dentro da sua especificidade, abrindo os horizontes, tendo em conta as funções do enfermeiro de reabilitação. Sendo assim, a reabilitação envolveu a pessoa e família através de ensinamentos, visando a reintegração eficaz na comunidade; promoveu o envolvimento da pessoa e sua família no planeamento e implementação de cuidados como meta para a máxima independência possível e a capacitação da pessoa para o auto cuidado (C J2 – REGULAMENTO n.º 125/2011).

Atendendo a que, na especificidade da enfermagem de reabilitação, para BRUMMEL-SMITH (1990, citado em HOEMAN, 2011), objetiva-se melhorar a função, promover a independência e a satisfação com a vida e preservar a autoestima, o processo seguido para que estas metas fossem atingidas, passaram pela avaliação em que um dos focos de atenção foi o da avaliação da capacidade funcional, que contribuiu para a determinação do estado físico funcional, documentação das necessidades de intervenções e serviços, de modo a poder traçar um plano de tratamento para posterior avaliação e monitorização dos progressos (UC J3.2 – CA J3.2.2 – REGULAMENTO n.º 125/2011).

A escolha do instrumento de medição foi influenciada pela natureza da incapacidade (UC J1.1 – CA J1.1.2 – REGULAMENTO n.º 125/2011): o instrumento de avaliação empregue deve ser capaz de medir a incapacidade, monitorizar os progressos, melhorar a comunicação, medir a eficácia do tratamento e documentar os benefícios das intervenções de reabilitação (HOEMAN, 2011). Assim, foi feita a aplicação do Índice de BARTHEL, criado com o objetivo de medir a função física centrada no auto cuidado e mobilidade básica: foi possível avaliar o nível de independência da pessoa no seu desempenho das AVD de uma forma uniforme e fiável, e mais facilmente fazer o levantamento das necessidades de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação de um modo personalizado e organizado, estabelecendo prioridades, em conformidade com os diagnósticos de enfermagem, propondo atividades compatíveis com o estado da pessoa, acompanhando as mudanças durante a recuperação,

intervindo na reabilitação física, contrariando o padrão espástico, prevenindo complicações músculo-esqueléticas e consequências da imobilidade com o intuito de mostrar os verdadeiros progressos adquiridos pela pessoa, estando estas atividades desenvolvidas em planos de cuidados elaborados para cada pessoa (UC J1.4 – CA J4.2 – REGULAMENTO n.º 125/2011). HOEMAN (2011), refere que no domínio da medição da função, há um consenso importante de que o auto cuidado e a mobilidade são centrais na reabilitação, porque são parâmetros importantes que reduzem a dependência a terceiros.

O IB é considerado o instrumento que assume maior fidelidade e validade; permite conhecer quais são as incapacidades específicas da pessoa (ARAÚJO *et al.*, 2007). Esta escala é amplamente utilizada em Portugal, sendo mesmo indicada pela DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2001), nas diretrizes publicadas relativamente ao desenvolvimento das unidades de AVC em Portugal.

Segundo EICHHORN-KISSEL *et al.* (2010, <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=11&sid=66f454e7-58b1-4e36-84ca-717c07204b4c%40sessionmgr113>>), o principal objetivo da reabilitação é a melhoria e mudança do estado funcional dos doentes e o aumento da independência, sendo para isto central para uma boa prática, a avaliação e eficácia dos tratamentos, avaliação essa através da utilização de instrumentos válidos e fiáveis, sendo as propriedades psicométricas indispensáveis para um bom instrumento. O índice de BARTHEL é um instrumento que mede e avalia a necessidade de cuidados no desempenho das AVD, com foco nos aspetos físicos, considerado como tendo a capacidade de detetar mudanças clinicamente relevantes e portanto, aplicável na prática de reabilitação para a avaliação das melhorias do doente, ao longo do tempo.

KELLY-HAYES (2004, <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&hid=24&sid=66f454e7-58b1-4e36-84ca-717c07204b4c%40sessionmgr113>>), afirmou que uma abrangente avaliação de pessoas com AVC ser necessária para a gestão adequada de cuidados e avaliação de intervenções e resultados. Referiu que com o surgimento de novos tratamentos eficazes para o AVC, a oportunidade de documentar as deficiências e incapacidades do acidente vascular cerebral para monitorizar o planeamento e a recuperação, no sentido da reinserção na comunidade, é uma prioridade de enfermagem. A utilização de instrumentos validados e padronizados torna esta meta alcançável.

O desequilíbrio pode comprometer uma ampla gama de atividades que constituem as AVD. Assim, a realização das mais variadas atividades funcionais e/ou tarefas motoras, como vestir-se, transferir-se, alimentar-se e andar, requerem movimento, com diferentes e complexas mudanças no tonus, na atividade muscular e no influxo de informações sensitivas, necessários para a habilidade de manter ou alcançar o equilíbrio. A utilização da Escala de Equilíbrio de BERG permitiu determinar o risco para perda da independência e para quedas na pessoa vítima de AVC, de uma forma uniforme e fiável, no sentido do levantamento das necessidades de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação de uma forma personalizada e organizada, identificando a habilidade de equilíbrio funcional, propondo atividades compatíveis com o estado da pessoa, acompanhando o seu progresso e avaliando a efetividade das intervenções na prática clínica, estando estas atividades desenvolvidas, em plano de cuidados.

KJEKEN *et al.* (2007, <URL: <http://tidsskriftet.no/lts-pdf/pdf2007/598-9.pdf>) referem que a medição sistemática e avaliação na prática clínica, são uma boa base para documentar o conteúdo do processo e os benefícios dos cuidados de reabilitação. O processo de reabilitação exige o uso de métodos de pesquisa e instrumentos, no planeamento dos cuidados, sendo definidos objetivos e traçadas intervenções. Somente quando os métodos de avaliação refletirem esse conteúdo individual, o benefício real do processo de reabilitação pode ser documentado.

2 - ESTÁGIO EM CONTEXTO DE PESSOA COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS TRAUMÁTICAS

O estágio teve a duração 125 horas, tendo a escolha do local para a sua concretização recaído sobre o Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais, na Tocha: decorreu de 6 a 18 de dezembro de 2010 e de 3 a 22 de janeiro de 2011, no serviço de Reabilitação Geral de Adultos.

Cada pessoa deste centro tem o seu programa específico de reabilitação (trabalho intensivo e integral de reabilitação), na abordagem interdisciplinar. Esta abordagem é feita pelos seguintes elementos: equipa médica, fisioterapia, terapia ocupacional, enfermagem, assistente social e psicólogo, que tem como objetivo geral melhorar a independência funcional da pessoa promovendo o aumento da sua qualidade de vida. Após a avaliação da equipa interdisciplinar, é realizada a admissão da pessoa através da consulta externa deste centro. Na referida avaliação, o enfermeiro especialista de reabilitação contribui na avaliação geral do utente utilizando para tal, um instrumento de avaliação funcional - Medida de Independência Funcional (MIF).

Pretendeu a aplicação na prática dos conhecimentos adquiridos durante a fase teórica que se concretizou com prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, à pessoa vítima de traumatismo cranioencefálico/família com necessidade de manutenção e/ou desenvolvimento do seu potencial, capacitando-a para o auto cuidado na realização das atividades de vida diária (C J2 – REGULAMENTO n.º 125/2011). Para isso, houve necessidade de aplicar um instrumento de avaliação funcional - MIF, para avaliação (na admissão) e reavaliação (durante o internamento), no sentido de permitir determinar a severidade da incapacidade de uma forma uniforme e fiável, no sentido do levantamento das necessidades de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, propondo atividades compatíveis com o estado da pessoa, conseguindo-se avaliar os progressos ao longo do estágio (UC J1.4 – CA J4.2 – REGULAMENTO n.º 125/2011). Segundo HOEMAN (2011) a MIF é um dos instrumentos que mais se utiliza. Trata-se sobretudo de um indicador de base da severidade da incapacidade. A severidade da incapacidade muda durante o tratamento de reabilitação, portanto a alteração da MIF é um indicador dos benefícios ou resultados do tratamento. Esta medida usa-se para estabelecer critérios de admissão, alta e manutenção dos ganhos de

reabilitação, e deve ser gerida por aqueles que praticam a reabilitação, tomando a enfermagem aqui uma posição de liderança (HOEMAN, 2011).

Houve oportunidade de investir também na vertente da formação /educação e a par do desenvolvimento de competências no âmbito daquilo que instruía/treinava a pessoa para executar também se desenvolveram competências ao nível das estratégias de ensino/aprendizagem, no âmbito daquilo que deve ser a aprendizagem do adulto (saber que a pessoa tem as suas próprias experiências e que estas devem ser valorizadas, que o ensino deve centrar-se nas suas necessidades e no problema que o atinge, que a motivação e o querer aprender são muito importantes) (UC J3.1 – CA J3.1.2 - REGULAMENTO n.º 125/2011). Para HESBEEN (2003), este interesse pelo outro não pode ser confundido com a ajuda que se presta a qualquer um; é um interesse particular, requerido pela singularidade da existência de determinada pessoa. A reabilitação permite preparar a pessoa no plano físico, moral, social, familiar e profissional para o melhor estilo de vida, compatível com as capacidades de que dispõe e pode ser definida como a ciência e a arte de gestão dos obstáculos potencialmente geradores de desvantagem. Os seus objetivos são analisar, suprimir, atenuar, ajudar a ultrapassar os obstáculos que os geram.

Durante este estágio conheceram-se histórias de vida: pessoas com os seus projetos, as suas famílias, a sua ocupação, tendo este percurso sido interrompido por um acidente que lhes deixou défices que alteraram as suas vidas. Mas esta vida não acabou, modificou-se; não se perdeu tudo, não são inferiores por apresentarem essa incapacidade; há que reabilitar a incapacidade, há que aproveitar as capacidades existentes, há que ajudar as pessoas e as famílias a reintegrarem-se e seguirem os seus projetos de vida da melhor forma possível, com o máximo de independência, garantindo o pleno e igual gozo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais e promovendo o respeito pela sua dignidade, conforme prevê a Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência (RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPUBLICA n.º56/2009, de 30 de julho). Neste estágio foi possível experienciar a aprendizagem e consciencializar o poder que o enfermeiro de reabilitação tem, na medida em que pode ser parceiro em todo este processo, e não apenas acompanhante ou conselheiro.

KJEKEN *et al.* (2007, <URL: <http://tidsskriftet.no/lts-pdf/pdf2007/598-9.pdf>>), referem que no início do processo de reabilitação, aquando da lesão ou doença, é necessário uma avaliação do estado da função, sendo o objetivo muitas vezes o restaurar a função, na medida do possível; nesta situação os instrumentos objetivos são as avaliações mais adequadas. No caso em que a pessoa não pode retornar à sua função normal, os esforços vão no sentido de otimizar as AVD e a participação no trabalho e sociedade. Então há necessidade de métodos que forneçam a perceção da pessoa sobre as suas necessidades, as suas prioridades na vida e o que acha importante atingir.

3 - ESTÁGIO EM CONTEXTO DE OPÇÃO

O estágio teve como duração 100 horas, tendo a escolha do local para a sua realização

recaído sobre o Centro Hospitalar de Torres Vedras, no período entre 24 de janeiro a 19 de fevereiro de 2011, no serviço de Cirurgia – Unidade A. O contexto de cirurgia foi o escolhido para este estágio de opção, por considerar ser um contexto rico em oportunidades de aprendizagem, seja na área da reeducação funcional respiratória ou na área da reeducação funcional motora e por considerar que na pessoa submetida a intervenção cirúrgica também é de extrema importância a intervenção do enfermeiro especialista, no sentido de prevenir e/ou corrigir complicações, e de modo a obter uma recuperação funcional o mais rápida possível.

No serviço de Cirurgia – Unidade A, existia uma variedade de patologias do foro cirúrgico, pelo que as atividades desenvolvidas foram diversificadas, acabando por se traduzir em oportunidades de aprendizagem. Relativamente aos objetivos traçados no projeto de estágio, nomeadamente: “Prestar cuidados de enfermagem especializada de reabilitação ao utente submetido a intervenção cirúrgica, com ênfase na reeducação funcional respiratória, tendo em conta a sua qualidade de vida e autonomia” e “Prestar cuidados de enfermagem especializada de reabilitação ao utente submetido a intervenção cirúrgica, com ênfase na reeducação funcional motora, tendo em conta a sua qualidade de vida e autonomia”, consideram-se atingidos na sua globalidade, dado que foram planeados e executados, compreendendo e adaptando as diferentes técnicas de reabilitação, com resultados na qualidade de vida das pessoas (UC J3.2 – CA J3.2.2 - REGULAMENTO n.º 125/2011).

Tendo em conta a reflexão da prática, sentiu-se necessidade de fazer uma pesquisa com base na evidência científica para confirmar a intervenção junto da pessoa amputada do membro inferior. Dentro da temática apresentada, impunha-se uma análise crítica acerca dos procedimentos: fez-se uma pesquisa em bases de dados, sobre o que existia acerca da evidência científica nos procedimentos relativos à autonomia e qualidade de vida da pessoa amputada do membro inferior. Segundo DIOGO (1997, <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n1/v5n1a07.pdf>), o idoso com amputação de membros inferiores confronta-se com uma série de barreiras físicas, sociais, de saúde e emocionais que podem promover a dependência e a delegação de responsabilidades para o auto cuidado a outras pessoas, e que compete aos profissionais a promoção da independência e da autonomia desses idosos, atuando em conjunto com a família visando o envelhecimento sadio e com qualidade de vida satisfatória. No entanto, a mesma autora (DIOGO, 2003, <URL: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v13n6/16509.pdf>), num outro estudo feito a 40 idosos, com idade média de 74,5 anos, submetidos a amputação há no mínimo um ano e em programa de reabilitação, refere que estes expressam uma avaliação positiva sobre o seu bem-estar.

A avaliação funcional possui grande importância para os amputados, uma vez que a reabilitação deste grupo de pessoas visa melhorar a mobilidade e a independência pessoal, com vista à reintegração na comunidade. Assim, procedeu-se à determinação do estado físico funcional, aplicou-se um instrumento de medida - o Índice de BARTHEL, com o objetivo de medir a função física que se centra no auto cuidado e mobilidade básica, com dados uniformes destinados a elaborar um plano de cuidados, para mostrar os verdadeiros progressos adquiridos pelas pessoas. Os instrumentos mostram se ocorreram mudanças com o tempo,

sendo importante que a medida seja validada e comprovada para estar de acordo com as variações no desempenho da pessoa (CARVALHO, 2003).

Para KELLY e DOWLING (2008), a importância de avaliar a eficácia da prática clínica de reabilitação por meio de medidas de resultado emerge da literatura. Há uma série de medidas de resultado disponíveis para avaliar o potencial de reabilitação, o que pode tornar difícil para profissionais de saúde a sua escolha. O Índice de BARTHEL é uma útil e popular medida das atividades de vida das pessoas amputadas, sendo uma ferramenta mais usada na avaliação da reabilitação entre pacientes neurológicos: os valores são utilizados para avaliar as mudanças entre a admissão e a alta. Tem como população alvo, pessoas após AVC, com lesões vertebro-medulares, com condições neurológicas (como esclerose múltipla), pessoas com queimaduras, com patologia cardíaca, com artrite reumatóide, pessoas amputadas, idosos, ou pessoas com doenças crônicas das quais resulte grande incapacidade (SANTOS *et al.*, 2005).

EICHHORN-KISSEL *et al.* (2010, <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=11&sid=66f454e7-58b1-4e36-84ca-717c07204b4c%40sessionmgr113>>), estabelecem como principal objetivo da reabilitação, a melhoria e mudança do estado funcional dos doentes e o aumento da independência. Neste contexto, a avaliação e eficácia dos tratamentos desempenham um papel essencial e são amplamente aceitas como central para uma boa prática clínica. Para isso é necessária uma avaliação padronizada dos cuidados, através da utilização de instrumentos validados e fiáveis. A existência dessas propriedades psicométricas é vista como indispensável para um bom instrumento.

KJEKEN *et al.* (2007, <URL: <http://tidsskriftet.no/lts-pdf/pdf2007/598-9.pdf>>), referem que o processo de reabilitação exige o uso de métodos de pesquisa e instrumentos, no planeamento dos cuidados, sendo definidos objetivos e traçadas intervenções. Somente quando os métodos de avaliação refletirem esse conteúdo individual, o benefício real do processo de reabilitação pode ser documentado.

KELLY-HAYES (2004, <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&hid=24&sid=66f454e7-58b1-4e36-84ca-717c07204b4c%40sessionmgr113>>), acrescentou ainda que, a partir de uma perspectiva interdisciplinar, o uso de medidas padrão melhora a comunicação entre as disciplinas, que é uma grande prioridade no tratamento e recuperação. Além disso, o foco para a enfermagem também deve ser o de conseguir e manter uma qualidade de vida aceitável, otimizando o bem-estar.

Remetendo à pergunta PI[C]O, que serve de orientação a esta análise e perante os aspetos supracitados, é indubitável que a utilização de instrumentos de avaliação funcional pelo enfermeiro especialista de reabilitação, melhora o planeamento de cuidados na AV Mobilidade no adulto em programa de reabilitação, nomeadamente nas pessoas vítimas de AVC, TCE e submetidas a amputação do membro inferior.

Perante esta informação transmitida pela revisão sistemática da literatura, há que não esquecer os seus contributos, divulgar e aplicar os resultados à prática diária, através da prática baseada na evidência.

CONCLUSÃO

Este trabalho foi o resultado de um percurso bastante estimulante, que contribuiu para uma reflexão sobre os cuidados de reabilitação prestados, bem como, uma maior consciencialização da amplitude e importância dos mesmos. Permitiu demonstrar, a importância nas intervenções do enfermeiro especialista de reabilitação, face à pessoa/família em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular, neurológica e neuro-traumatológica, quando se pensa em reabilitação como reaprendizagem de habilidades antigas, o que significa muito mais do que reaprender a andar e vestir-se ou transferir-se da cama para a cadeira de rodas. As atividades que precisam ser reaprendidas, abrangem principalmente redescobrir qual o novo papel dentro da família, para poder enfrentar a realidade e os novos problemas do quotidiano. Esses fatores tornam a reabilitação um processo único e específico para cada pessoa, e a enfermagem deve procurar atender a essas necessidades em todos os seus aspetos, numa visão holística.

A realização deste trabalho permitiu desenvolver conhecimentos e competências específicas à metodologia PI[C]O que provavelmente será um instrumento de trabalho, a usar repetidamente ao longo dos próximos desafios profissionais. Fica implícito que o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência actual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual da pessoa, passa pela prática baseada na evidência. Compreende um processo integrador da competência clínica individual com os achados clínicos gerados pelas pesquisas sistemáticas existentes, bem como nos princípios da epidemiologia clínica.

Relativamente ao impacto da AV Mobilidade no processo de reabilitação, é certamente mais claro (nas diferentes especificidades dos contextos e nas melhores formas de adequar os cuidados). Demonstrou-se como o enfermeiro de reabilitação através do desenvolvimento das suas competências e intervenção proporciona uma melhor avaliação das necessidades da pessoa com um melhor planeamento de cuidados na AV Mobilidade, através da utilização/aplicação de instrumentos de avaliação funcional. A utilização dos instrumentos de avaliação funcional traz benefícios para as pessoas com doenças neurológicas motoras, principalmente para as pessoas com sequelas de AVC e TCE, bem como nas pessoas amputadas do membro inferior. Os benefícios refletem-se a vários níveis, físico – com o desenvolvimento de capacidades motoras e psicológico – pelo aumento da auto-estima e confiança. Assim sendo, conclui-se que a utilização desta abordagem pode melhorar o nível de independência nas AV e contribuir para a preparação da alta do adulto dependente.

O enfermeiro de reabilitação tem um papel fulcral nas equipas de saúde através da formação, ensino e concretização de cuidados de reabilitação com vista á manutenção da qualidade de vida da pessoa, promovendo a independência e desenvolvendo a auto estima. É

fundamental a integração dos enfermeiros de reabilitação nas equipas, para assim se poder melhorar a resposta nos cuidados de enfermagem prestados.

Os objetivos deste trabalho parecem estar concretizados, sendo toda a experiência académica efetuada certamente fatigante, mas exequível e positiva. Assim, confirma-se a questão de partida, em formato PI[C]O: A utilização de instrumentos de avaliação funcional pelo enfermeiro especialista de reabilitação, melhora o planeamento dos cuidados na AV Mobilidade no adulto em programa de reabilitação.

Apesar de ter sido um percurso difícil, o resultado final torna-se sempre mais gratificante e enriquecedor. Cabe aos enfermeiros, sobretudo os especializados, de dar evidência científica da prestação de cuidados, através da realização de estudos científicos que demonstrem os resultados das suas intervenções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, F.; RIBEIRO, L.P.R.; OLIVEIRA, A.; PINTO, C. – Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. ISSN 0870-9025. 25(2007) p.59-61.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO – APER (2010). **Contributos para o plano nacional de saúde 2011-2016**. Lisboa: Autor.
- BERG, K.O.; MAKI, B.E.; WILLIAMS, J.I.; HOLLIDAY, P.J.; WOOD-DAUPHINEE, S.L. – Clinical and laboratory measures of postural balance in an elderly population. **School of Physical and Occupational Therapy**. Montreal: McGill University, Department of Epidemiology and Biostatistics. 73(1992) p.1073-1080.
- BORGMAN-GAINER, M.F. – Função independente: movimento e mobilidade. In: **Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados**. 4ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2011.p.251-297.
- CARVALHO, J.A. (2003). **Amputações de membros inferiores: em busca de plena reabilitação**. 2ª edição. São Paulo: Manole. ISBN: 9788520416426.
- CARVALHO, A.C.; VANDERLEI, L.C.; BOFI, T.C.; PEREIRA, J.D.; NAWA, V.A. - Projeto hemiplegia - um modelo de fisioterapia em grupo para hemiplégicos crónicos. **Arq Ciênc Saúde**. S. Paulo: Universidade Estadual Paulista. 14(2007) p.161-168.
- CHAMLIAN, T.R.; MELO, A.C.O. – Artigo de opinião: Avaliação funcional em pacientes amputados de membros inferiores. **Acta Fisiatr**. S. Paulo: Universidade Federal de S. Paulo. 15 (2008) p.49-58.
- CHIN, P.A.; FINOCCHIARO, D.; ROSEBROUGH, A. (1998). **Rehabilitation Nursing Practice**. United States of America: Mc Graw Hill.
- CRAIG, J.; SMYTH, R. (2004). **Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros**. Camarate: Lusociência.
- CRUZ-SANTOS, J.; CUENCA-DARDÓN, J.F. - Manejo perioperatorio del paciente con traumatismo craneoencefálico. **Revista Mexicana de Anestesiologia**. Mexico: Colégio Mexicano de Anestesiologia. 31(2008) p. 108-115.
- DAVIES, P.M. (1996). **Passos a seguir: um manual para tratamento da hemiplegia no adulto**. São Paulo: Manole.
- DECRETO-LEI n.º101/2006. “DR I Serie A”. 109 (2006-06-06) 3856-3865
- DECRETO-LEI n.º161/1996. “DR I Série”. 208 (1996-09-04) 2959-2962
- DESPACHO n.º 20690/2009. “DR II Série”. 178 (2009-09-14) 37519-37521
- DIAS, A.; MENDES, C.; MOURINHO, E.; CARREIRA, F.; NUNES, S.; FERREIRA, L. - Registos de enfermagem. **Servir**. Lisboa. 49(2001) p. 267-271.

- DIOGO, M.J. – A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos a amputação de membros inferiores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. [Em linha] Vol.5, Nº1 (1997) [Consult. 2011-01-28].Disponível em www:URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n1/v5n1a07.pdf>.
- DIOGO, M.J. – Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. **Revista Panamericana de Salud Pública**. [Em linha] Nº13 (2003) p.395-399 [Consult. 2011-01-28]. Disponível em www:URL: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v13n6/16509.pdf>.
- DIREÇÃO GERAL DOS HOSPITAIS – Circular Normativa nº5/90 - **Organização dos serviços - Enfermeiros especializados em enfermagem de reabilitação**. Ministério da Saúde. 1990-02-21.
- DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2001). **Unidades de AVC: Recomendações para o seu desenvolvimento**. Lisboa: Autor. ISBN: 972-9425-97-3.
- EICHHORN-KISSEL, J.; DASSEN, T.; LOHRMANN, C. - Comparison of the responsiveness of the care dependency scale for rehabilitation and the Barthel Index. **Clinical Rehabilitation**. [Em linha]. 25 (2010) p.760-767. [Consult. 2011-11-02]. Disponível em www:URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=11&sid=66f454e7-58b1-4e36-84ca-717c07204b4c%40sessionmgr113>.
- EMERGENCY NURSES ASSOCIATION - **Trauma Nursing Core Course: Provider Manual**. 5ª edição, [S.I.]: Emergency nurses association. 2000. 524 p. ISBN 0-935890-76-9.
- ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM. Centro de documentação e informação – **Regulamento**. 2010. Acessível no Centro de documentação e informação da Escola Superior de Saúde de Santarém, Portugal.
- FIGUEIREDO, N.; MACHADO, W.- O que é reabilitação. In: **Cuidando de clientes com necessidades especiais, motora e social**. São Paulo: Difusão Enfermagem, 2004. p.12.
- FREDERICO, M.; LEITÃO, M. A. (1999). **Princípios de administração para enfermeiros**. 1ª Edição. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-09-03.
- GEORGE, J.B. (2000). **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas.
- GUYATT, G.; RENNIE, D.(2002). **Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice**. Chicago: American Medical Association. 736 p. ISBN 1-57947-174-9.
- HEITOR, C.; CANTEIRO, C.; FERREIRA, J.M.; OLANZABAL, M.; MAIA, O.(1988). **Reeducação Funcional Respiratória**. Lisboa: Boehringer Ingelheim;
- HESBEEN, W. (2003). **A Reabilitação: criar novos caminhos**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-43-6.
- HOEMAN, S.P. (2011). **Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados**. 4ª edição. Loures: Lusodidacta.
- KASTE, M.; FOGELHOLM, R.; RISSANEN, A. - Economic burden of stroke and the evaluation of new therapies. **Public Health**. 112 (1998) p. 103-112.
- KELLY, M.; DOWLING, M. – Patient rehabilitation following lower limb amputation. **Art e Science**. Ireland: National University of Ireland. 13(2008) p.35-40.

- KELLY-HAYES, M. – Avaliação funcional. In: **Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados**. 4ª edição. Loures: Lusodidacta, 2001. p. 161-172.
- KELLY-HAYES, M. - Stroke outcome measures. **Journal of Cardiovascular Nursing**. [Em linha] Nº19 (2004) p. 301-307 [Consult. 2011-11-02]. Disponível em [www:URL: http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&hid=24&sid=66f454e7-58b1-4e36-84ca-717c07204b4c%40sessionmgr113](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&hid=24&sid=66f454e7-58b1-4e36-84ca-717c07204b4c%40sessionmgr113).
- KJEKEN, I.; KVIEN, T.K.; DAGFINRUD, H. - Funksjonsvurdering og evaluering ved rehabilitering [Functional assessment in rehabilitation]. **Medisin og vitenskap**. [Em linha] 5 (2007) p.598-599 [Consult. 2011-11-02]. Disponível em [www:URL: http://tidsskriftet.no/lts-pdf/pdf2007/598-9.pdf](http://tidsskriftet.no/lts-pdf/pdf2007/598-9.pdf).
- LUCKMANN; SORENSEN (1998). **Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica**. 1ª edição. Lisboa: Lusodidata, 1963p.
- MASSADA, Salvador da Rocha (2002). **Avaliação e Ressuscitação do Doente com Trauma Grave: Normas de Orientação Clínica e Administrativa**. Porto: Grupo de Trauma do Hospital de S. João, 111 p. ISBN: 972-9027-98-6.
- MELNYK, B.; FINEOUT-OVERHOLT, E. (2005). **Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice**. Philadelphia: Lippincott, Williams e Wilkins.
- MeSH BROWSER - **Nacional Library of Medicine Medical Subject Headings**. [Em linha]. [Consult. 2011-11-02]. Disponível em [www:URL:www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowtmlser](http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowtmlser).
- NISHIDA, A.P.; AMORIM, M.Z.M.; INOUE, M.M.E.A. - Índice de Barthel e do estado funcional de pacientes pós acidente vascular cerebral em programa de fisioterapia. **Salusvita**. 23(2004) p.467-477.
- OLIVEIRA, R.; CACHO, E.W.; BORGES, G. - Post-stroke motor and functional evaluations: a clinical correlation using Fugl-Meyer assessment scale, Berg balance scale and Barthel index. **Arq Neuro-Psiquiatr.** 64(2004) p.731-735.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (1996). **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros: REPE**. Lisboa: Autor.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos**. Lisboa: Autor.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). **Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem**. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2004). **Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, p. 70-75.
- ORRELL, A.J.; EVES, F.F.; MASTERS, R.S.W. - Motor Learning of a Dynamic Balancing Task After Stroke: Implicit Implications for Stroke Rehabilitation. **Physiotherapy**. 86 (2006) p. 369-380.
- PERRACINI, M.R.; GAZZOLA, J.; OKUMA, L.; MEDEIROS, P.R.S. – Berg Balance Scale. **Portal equilíbrio e quedas em idosos**. [Em linha]., 2009 [Consult. 2011-10-29]. Disponível em [www:URL: http://pt.scribd.com/doc/11615826/Escala-de-Berg](http://pt.scribd.com/doc/11615826/Escala-de-Berg).
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Circular Normativa nº 5/90 de 21 de Fevereiro.

- REGULAMENTO nº122/2011. “DR II Série”. 35 (2011-02-18) 8648-8653
- REGULAMENTO nº125/2011. “DR II Série”. 35 (2011-02-18) 8658-8659
- RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPUBLICA n.º56/2009. “DR I Serie”. 146 (2009-07-30) 4906-4929
- ROMANO, A.; SILVA, J. – Os registos como instrumentos de avaliação dos benefícios de enfermagem. **Servir**. Lisboa. 6(1984) p. 296-318.
- ROPER, N.; LOGAN, W.; TIERNEY, A.J. (2001). **O Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney**. 1ª Edição, Lisboa: Climepsl Editores, 198p. ISBN 972-796-013-8.
- RYERSON, S. - Hemiplegia resultante de dano ou doença vascular. In: **Fisioterapia Neurológica**. São Paulo: Manole, 1994, p.615-659.
- SANTOS, A.; RAMOS, N.; ESTEVÃO, P.; LOPES, A.; PASCOALINHO, J. – Instrumentos de medida úteis no contexto da avaliação em fisioterapia. **Re(habilitar): Revista da ESSA**. Alcabideche: Edições Colibri. 1 (2005) p. 131-156.
- SAPO SAÚDE – **Traumatismo crânio-encefalico**. [Em linha]. Universidade de Aveiro. 2011 [Consult. 2011-10-02]. Disponível em [www:URL:http://saude.sapo.pt/saude-medicina/artigos-gerais/traumatismo-cranio-encefalico.html](http://saude.sapo.pt/saude-medicina/artigos-gerais/traumatismo-cranio-encefalico.html).
- SENRA, H.; OLIVEIRA, R.A. – Avaliação Neuropsicológica no Traumatismo Cranioencefálico Grave: Estudo de Caso. **Psychológica: Revista da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra**. Coimbra. ISSN 0871-4657. 33 (2003) p.123 - 141.
- SEQUEIRA, C. (2010). **Cuidar de idosos com dependência física e mental**. Porto: Lidel.
- SOARES, J.G.; COSTA, J.A.; CORREIA, A.; BENTO-SOARES, F. – Algumas noções gerais e normas de orientação sobre TCE. **Saúde Infantil: Hospital Pediátrico de Coimbra**. Coimbra. 25 (2003) p. 15-22.
- TYSON, S.F.; HANLEY, M.; CHILLALA, J.; SELLEY, A.; TALLIS, R.C. - Balance Disability After Stroke. **Physical Therapy**. 86 (2006) p. 30-38.
- URDEN, L. D.; STACY, K. M.; LOUGH, M. (2008). **Enfermagem de Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção**. 5ª Edição. Camarate: Lusodidacta.
- YONEYAMA, S.M.; ROIZ, R.M.; LIMA, N.M.; OLIVEIRA, T.M.; PARAIZO, M.F.; MACEDO, L.S.- Balance training in chronic hemiparesis: effects of task-oriented exercises with altered sensory input. In: **6º Congresso Internacional de Controle Motor**. São Paulo: Santos, 2007. p.243-244.
- ZAGONEL, I. P. S. – O cuidado humano transicional na trajetória de Enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. 7 (1999) p.25-32.

