

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

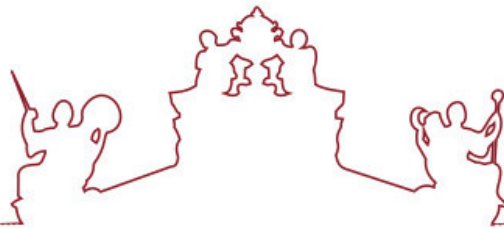
Relatório de Estágio

**Contributo para a Validação da Escala Catherine Bergego
em Portugal – Fiabilidade Intra e Inter observador**

Sónia Cristina Lopes Maximiano

Orientador(es) | Luís Manuel Mota de Sousa

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

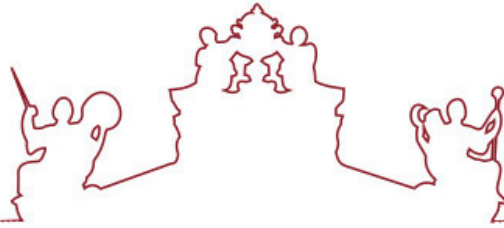
Relatório de Estágio

**Contributo para a Validação da Escala Catherine Bergego
em Portugal – Fiabilidade Intra e Inter observador**

Sónia Cristina Lopes Maximiano

Orientador(es) | Luís Manuel Mota de Sousa

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Universidade de Évora)

Vogais | César Fonseca (Universidade de Évora) (Arguente)
Luís Manuel Mota de Sousa (Universidade de Évora) (Orientador)

“Uma experiência nunca é um fracasso, pois vem sempre demonstrar algo.”

Thomas Edison

AGRADECIMENTOS

Uma etapa difícil e desafiante, que se conclui graças a todo o apoio que recebi e pelo qual me sinto muito grata.

Agradeço, em primeiro lugar, ao meu orientador, Professor Doutor Luís Sousa, pela orientação, compreensão, motivação e toda a aprendizagem que me proporcionou. Foi uma honra poder ser orientada por alguém que luta tão afincadamente pela Enfermagem e pela Enfermagem de Reabilitação, em particular. Obrigada, Professor Luís!

Aos meus supervisores clínicos, Enf.^a Cátia, Enf.^o Pedro, Enf.^a Ana, Enf.^o Ricardo, Enf.^a Teresa e Enf.^a Rita, que me orientaram nos campos de estágio e com quem tive bastantes e significativas oportunidades de aprendizagem.

À Catarina Soares pelo encorajamento para concorrer à especialidade e por todas as dicas durante o percurso.

Aos meus colegas e amigos, André Gordo e José Garcia, com quem tenho o privilégio de trabalhar e com quem partilhei este desafio de “aprender a ser Enfermeira de Reabilitação” desde o início. Sem o seu companheirismo e suporte teria sido muito mais difícil.

A todos os restantes colegas de trabalho pelo apoio e pela disponibilidade para trocas de horário entre outras cedências, sem as quais este caminho teria sido ainda mais complexo.

A todos os professores bem como aos colegas de curso.

A todas as pessoas com as pessoas que se cruzaram comigo durante este percurso e a todas a quem prestei cuidados e que me proporcionaram momentos de aprendizagem.

Em especial, à minha família e aos meus amigos de sempre, que mais uma vez demonstraram o quão valiosos são, e me ofereceram um enorme suporte durante este trajeto.

Em particular, à Celina e ao André, à Filipa e ao Pedro, por me darem abrigo na capital e me terem permitido optar por campos de estágios em centros hospitalares de Lisboa.

E por último, ao meu João, que sempre me incentivou e motivou para este desafio, mesmo quando um evento súbito colocou as nossas vidas num processo de transição inesperado,

que, apesar de ter tido consequências negativas neste percurso académico, me proporcionou também uma visão, noutra perspetiva, de quão relevante é o papel do Enfermeiro em geral e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em particular, na vida das pessoas.

A todos um enorme obrigada!

RESUMO

Enquadramento: A negligência unilateral caracteriza-se pela incapacidade de detetar, explorar e dar resposta a estímulos presentes no hemiespaço ou hemicorpo esquerdo. é prevalente em cerca de metade das pessoas com AVC do hemisfério direito, sendo interferente no processo de reabilitação e um fator preditor de dependência funcional na pessoa após a lesão cerebral. A utilização de instrumentos de avaliação é fundamental para identificar estes distúrbios. Catherine Bergego Scale é o instrumento identificado pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação para a avaliação do esquecimento unilateral, não se encontrando esta escala traduzida para português de Portugal nem validada para a população portuguesa.

Objetivo: Descrever o processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e das competências de Mestre em Enfermagem, bem como as atividades desenvolvidas em contexto de Estágio, destacando a problemática da negligência unilateral e o estudo da escala Catherine Bergego.

Metodologia: O recurso a metodologia descritiva e observacional e à análise reflexiva relativa à aquisição e desenvolvimento de competências.

Resultados: A realização dos estágios, a elaboração deste relatório e a reflexão sobre as competências, possibilitaram o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. O estudo sobre a Escala Catherine Bergego demonstrou que esta não é aplicável às pessoas em estado de doença aguda.

Conclusão: A Escala Catherine Bergego não é aplicável às pessoas em estado de doença aguda. São necessários mais estudos no âmbito de Enfermagem e da Negligência Unilateral.

Palavras-Chave: Acidente Vascular Cerebral; Negligência Unilateral; Escala Catherine Bergego; Enfermagem; Enfermagem de Reabilitação.

Contribution to the Validation of the Catherine Bergego Scale in Portugal: Intra and Interobserver Reliability

ABSTRACT

Background: Unilateral neglect is characterized by the inability to detect, explore and respond to stimuli present in the hemispace or leftist hemibody. It is prevalent in about half of people with right hemisphere stroke, being interfering in the rehabilitation process and a predictor of functional dependence in the person after brain injury. The use of assessment tools is essential to identify these disorders. Catherine Bergego Scale is the instrument identified by the College of Rehabilitation Nursing Specialty for the evaluation of unilateral forgetfulness, not being this scale translated to Portuguese of Portugal not validated for the Portuguese population.

Objective: To describe the process of development and acquisition of common and specific competencies of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing and the competencies of Master in Nursing, as well as the activities developed in the context of Internship, highlighting the problem of unilateral neglect and the study of the Catherine Bergego scale.

Methodology: The use of descriptive and observational methodology and reflexive analysis related to the acquisition and development of competencies.

Results: The realization of internships, the preparation of this report and the reflection on competencies, enabled the process of learning and development of common and specific competencies of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing. The Catherine Bergego Scale study showed that it is not applicable to people in acute illness.

Conclusion: The Catherine Bergego Scale is not applicable to people in acute illness. Further studies are needed in nursing and unilateral neglect.

Keywords: Stroke; Unilateral Neglect; Catherine Bergego Scale; Nursing; Rehabilitation Nursing.

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I - Desempenho dos participantes *line bisection test*, *star cancelation test* e *secção visuoespacial/executiva do MoCA test*.

Apêndice II – Autorização para incluir o projeto “Capacitação da Pessoa sob Terapêutica Inalatória em Programa de Reabilitação” no trabalho acadêmico

Apêndice III - Fundamentação teórica da folha de registos na área de intervenção ortopédica

Apêndice IV – Folha de registos na área de intervenção ortopédica

Apêndice V – Plano de formação - Administração de terapêutica inalatória – inaladores pressurizados de dose calibrada.

Apêndice VI - Guião de formação - Administração de terapêutica inalatória – inaladores pressurizados de dose calibrada.

Apêndice VII – Avaliação de avaliação da formação - Administração de terapêutica inalatória – inaladores pressurizados de dose calibrada.

Apêndice VIII - Planos de Cuidados

Apêndice IX – Autorização para utilização e tradução da escala Catherine Bergego em Portugal

Apêndice X – Resposta à proposta de cedência de tradução da escala para Português

Apêndice XI - Solicitada autorização ao autor do Brasil e concedida

Apêndice XII – Resposta da Comissão de Ética do Centro Hospitalar

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - *Line Bisection Test*

Anexo II - *Star Cancellation Test*

Anexo III - *Montreal Cognitive Assesement (MoCA)*

Anexo IV – Escala Catherine Bergego

Anexo V – Escala de Coma de Glasgow

Anexo VI - *National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)*

Anexo VII - Certificado do “MocaTest”

Anexo VIII - Cerificação na escala FIM

Anexo IX – Certificado da Formação “*A intervenção da Enfermagem de Reabilitação na sexualidade*”

Anexo X – Certificado *1ª Jornadas de Enfermagem de Reabilitação “Transversalidade” do Centro Hospitalar Universitário do Algarve*

LISTA DE SIGLAS

AIT – Acidente Isquémico Transitório
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD – Atividade de Vida Diária
CBS – *Catherine Bergego Scale*
CDE – Código Deontológico do Enfermeiro
CEER – Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação
CHULC - Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DM – Diabetes *Mellitus*
DRC – Doença Respiratória Crónica
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
FIM – *Functional Independence Measure*
HTA – Hipertensão Arterial
INE – Instituto Nacional de Estatística
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
MMSE - *Mini-Mental State Examination*
MoCA - *Montreal Cognitive Assessment*
NIHSS - *National Institute of Health Stroke Scale*
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
TBI – Teste da Desatenção Comportamental
UPP – Úlcera por Pressão

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1. FISIOPATOLOGIA DO AVC	16
1.2. AGNOSIA	16
1.3. APRAXIA	17
1.4. ATENÇÃO E NEGLIGÊNCIA UNILATERAL	17
1.5. PESSOA COM AVC	19
1.6. PROCESSO DE TRANSIÇÃO – SAÚDE / DOENÇA	19
1.7. CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR DA PESSOA COM NEGLIGÊNCIA UNILATERAL 22	
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	24
2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	24
2.2. METODOLOGIA	27
2.2.1. Contexto, desenho e participantes.....	27
2.2.2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	29
2.3. RESULTADOS E INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS.....	31
2.4. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	35
2.5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	36
3. ANÁLISE REFLEXIVA DE COMPETÊNCIAS ADEQUIRIDAS	36
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	37
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	49
3.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	55
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICES	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio concretiza-se no âmbito do 5º Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem – Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, regido pela Universidade de Évora.

A elaboração deste documento surge associada às unidades curriculares “Relatório” e “Estágio Final”, onde se procura narrar e refletir aprofundadamente o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e competências de Mestre em Enfermagem. Inclui-se também o Projeto de Intervenção implementado no contexto do Estágio II, que decorreu numa Unidade Cérebro Vascular num Hospital de Lisboa. Inicialmente planificou-se estudar a fiabilidade intra e interobservador da escala Catherine Bergego, um instrumento que avalia a negligência unilateral nas Atividades de Vida Diária (AVD’S), com vista a dar um contributo para a validação desse instrumento para a população portuguesa. No entanto, ao chegar ao local de estágio, por várias características do serviço não tidas em consideração previamente, tais como rotatividade das pessoas internadas e do seu estado agudo de doença, a aplicação do projeto conforme previamente estruturado não era viável, pelo que se reformulou.

O AVC tem como principais sequelas défices neurológicos que se podem refletir em todo o corpo, uni ou bilateralmente, como consequência da localização e da dimensão da lesão cerebral. As funções neuromuscular, motora, sensorial, perceptiva e cognitiva/comportamental ficam comprometidas. O tipo e a extensão dos défices dependem do local da lesão, podendo provocar distúrbios na posição no espaço, na perceção da profundidade, na orientação topográfica, apraxia, agnosia e falhas na discriminação esquerda/direita. Os distúrbios de perceção são possíveis complicações do AVC, como o *neglet* ou negligência hemiespacial seletiva, que é a incapacidade em atender, explorar, responder ou orientar-se para estímulos presentes no hemiespaço e/ou no hemicorpo contralateral (Marques-Vieira, Sousa, & Braga, 2017).

Utilizar instrumentos de avaliação é fundamental para identificar os diferentes distúrbios de perceção. Catherine Bergego Scale (CBS) é o instrumento identificado pelo Colégio da

Especialidade de Enfermagem de Reabilitação para a avaliação do esquecimento unilateral nas atividades de vida diária (Ordem dos Enfermeiros , 2016).

Apenas utilizando instrumentos fiáveis e adequados, que permitam avaliar e documentar com rigor, é possível extrair dados que verifiquem a eficácia das intervenções e consequentemente contribuam para a qualidade de cuidados. A taxa de resolução do esquecimento unilateral é um indicador de resultado que permite avaliar a efetividade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (CEER) na resolução do esquecimento unilateral no que se refere a uma melhoria contínua dos processos de reeducação funcional, contribuindo assim para maximizar as capacidades funcionais e adaptativas das pessoas a nível sensorial e motor (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Assim, surgindo a oportunidade no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, e dada a impossibilidade prática de estudar a fiabilidade intra e interobservador do instrumento conforme planeado, realizou-se um estudo observacional em que se aplicou a escala “Catherine Bergego” nos parâmetros possíveis, conjuntamente com o “Moca Test”, “Star Cancellation Test” e “Line bisection test”, com o objetivo de comparar resultados e perceber a aplicabilidade e utilidade da Escala Catherine Bergego em pessoas com AVC numa fase aguda, com a finalidade de dar um contributo para futuros estudos neste âmbito.

Os objetivos orientadores deste trabalho são:

- adquirir e desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e competências de mestre em Enfermagem;
- adotar de uma postura crítica e reflexiva relativamente às práticas desenvolvidas e resultados obtidos com vista a adquirir competências de integração de conhecimentos, capacitação da pessoa com défice no autocuidado, deficiência, limitação e/ou restrição da participação para a reinserção do exercício de cidadania;
- adquirir e desenvolver competências na área da Enfermagem de Reabilitação à pessoa com Negligência Unilateral;
- elaborar um projeto na área da Enfermagem de Reabilitação direcionado para a pessoa com AVC do hemisfério direito.

A escolha do tema prende-se com a perceção pessoal de que questões cognitivas e visuo-espaciais relacionadas com o AVC no hemisfério direito têm um impacto importante na Reabilitação e que, por vezes, passam despercebidas ou são desvalorizadas. Assim, a sensibilização dos enfermeiros para esta temática e o estudo de um instrumento que avalie esse impacto nas atividades de vida diária, torna-se relevante.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O Acidente Vascular Cerebral é definido pela OMS como o compromisso neurológico focal ou global, de ocorrência súbita e duração de superior a 24 horas (ou que causa morte) e de provável origem vascular (Organização Mundial de Saúde, 2006). Afeta cerca de 15 milhões de pessoas em todo o mundo e é considerada a segunda causa de morte a nível mundial, sendo o principal responsável pela incapacidade adquirida (Fonseca, et al., 2016; Oliveira, 2020).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, o AVC está na origem do maior número de óbitos em Portugal, em 2019 registaram-se 10 975 óbitos por AVC, representando 9,8% da mortalidade e uma taxa de 106,5 mortes de residentes por mil habitantes (Instituto Nacional de Estatística, 2021). Em 2020, de acordo com os dados do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), foram encaminhados 5112 casos para a via verde AVC e, em 2021, até julho, já se verificaram 3315 (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2021).

A implementação de programas e estratégias preventivas adotadas ao nível nacional levou à redução de mortalidade provocada por doenças cerebrovasculares (19,7%) e em particular por AVC isquémico, em idades inferiores a 70 anos. Tal deve-se também à introdução de novos fármacos e de técnicas inovadoras e efetivas na prática clínica, assim como pelo correto encaminhamento de pessoas com AVC, ativando a via verde AVC, o que traduz um ganho de tempo fundamental para a efetividade dos tratamentos (Direcção Geral da Saúde, 2017; Ministério da Saúde, 2018; Rocha, Bravo, Sousa, Mesquita, & Pestana, 2020).

O número de pessoas com AVC isquémico tratados precocemente com terapêuticas de revascularização tem vindo a aumentar ao longo dos anos. Em 2017, de 20 505 internados por AVC isquémico, há registo de 1617 terem realizado tratamento com medicamentos trombolíticos e de 1297 terem sido submetidos a trombectomia endovascular. Em 2019, de 20 887 internados por AVC isquémico esses tratamentos foram respetivamente de 2467 e 2057 (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

O AVC continua a ser a primeira causa de morte e incapacidade em Portugal (Serviço Nacional de Saúde, 2021). Existem alguns fatores de risco não modificáveis que predispõem à ocorrência de um AVC, tais como origem geográfica, sexo, raça, idade, baixo peso ao nascer e fatores genéticos. Factores de risco modificáveis, susceptíveis de serem

alterados através de intervenção, são a hipertensão arterial (HTA), tabagismo, diabetes mellitus (DM), dislipidemia, fibrilhação auricular, estenose carotídea, Acidente Isquémico Transitório (AIT) ou AVC prévio, consumo de álcool, sedentarismo, obesidade, distribuição abdominal de gordura corporal, nutrição e terapia hormonal de substituição (Sociedade Portuguesa do AVC, 2011; Marques-Vieira, Sousa, & Braga, 2017).

1.1. FISIOPATOLOGIA DO AVC

Existem dois tipos de AVC: o isquémico e o hemorrágico. O AVC isquémico representa 85% dos casos e define-se como um episódio de disfunção neurológica devido a isquemia cerebral pela diminuição do fornecimento de sangue durante um período de tempo superior a 24 horas, este pode ser classificado como trombótico, embólico ou lacunar (Menoita, Sousa, Pão-Alvo, & Vieira, 2012; Figueiredo, Pereira, & Mateus, 2020).

Por outro lado, o AVC hemorrágico, representando 15% dos casos, define-se pelo extravasamento de sangue no tecido cerebral na sequência de uma rutura vascular, também associado a alterações neurológicas. O AVC hemorrágico pode ser classificado como intracerebral, parenquimatoso e subaracnóide (Menoita, 2012; Figueiredo, Pereira, & Mateus, 2020).

Na ocorrência de um AVC, os sintomas e sinais variam consoante diferentes fatores, tais como fatores de risco da pessoa e a localização e extensão da lesão, entre outros. Para alguns indivíduos, os sintomas são leves e de curta duração, para outros podem ser graves e duradouros (Figueiredo, Pereira, & Mateus, 2020).

1.2. AGNOSIA

Gnosia (“conhecimento”), refere-se ao reconhecimento dos impulsos sensoriais com resultado na perceção, apreciação e reconhecimento do estímulo. A agnosia refere-se à perda ou alteração na capacidade de saber ou reconhecer o significado dos estímulos, mesmo que estes tenham sido percebidos (Chambell & Barohn, 2019).

A agnosia ocorre na ausência de problemas de cognição, atenção ou estado de alerta. As agnosias são normalmente específicas para uma dada modalidade sensorial e pode ocorrer

com qualquer tipo de estímulo sensorial, estando frequentemente relacionadas com síndromes de desconexão que perturbam a comunicação entre uma área específica cortical sensorial e as áreas da linguagem (Chambell & Barohn, 2019).

Existem várias formas de agnosia: visual, acústica, amusia, autotopagnosia (dificuldade em reconhecer e nomear partes do corpo), astereognosia (dificuldade em reconhecer um objeto pelo tato, embora consiga sentir o seu tamanho, textura ou outra informação relevante (Chambell & Barohn, 2019).

1.3. APRAXIA

Apraxia é definida como a incapacidade para executar normalmente movimentos coordenados (Catrini, Lier-DeVitto, & Arantes, 2015). Tal incapacidade reside na programação dos comandos sensoriomotores necessários para o posicionamento e movimento dos músculos envolvidos na tarefa desejada pelo que, normalmente a ação realizada ou a palavra dita não correspondem ao planeado, estando geralmente a pessoa consciente do erro. Estas alterações não podem ser explicadas por défices de compreensão, sensoriais e/ ou neuromusculares. Existem vários tipos de apraxia, dependendo a sua classificação da função, tarefa ou parte do corpo envolvida, mas também dos autores. Alguns tipos de apraxia, os mais comuns são ideomotora ou ideacional, bucofacial, de construção e de vestir (Chambell & Barohn, 2019; Instituto de Apoio e Desenvolvimento, 2022).

1.4. ATENÇÃO E NEGLIGÊNCIA UNILATERAL

A atenção é fundamental para a atividade sensorial, a memória e processos executivos (Caldas A. C., 1999). Alterações na atenção relacionam-se com problemas de concentração, dificuldade na filtragem de estímulos externos irrelevantes, habilidade para alternar atividades e negligência, com impacto na velocidade de processamento. A atenção pode ser avaliada desde o primeiro contacto com a pessoa, observando o seu comportamento face a uma abordagem

precisa por parte do profissional, proporcionando diferentes exigências através da gestão do ambiente face a atividades propostas (Sohlberg & Mateer, 2011; Soares, 2018).

A negligência unilateral ou heminegligência é descrita na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como percepção comprometida - perda da capacidade de reconhecer um lado do corpo ou percepção da falta de consciência de um lado do corpo (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2018).

A heminatenção é prevalente em cerca de metade das pessoas com AVC do hemisfério direito, interferindo no processo de reabilitação e tornando-se um fator preditor de dependência funcional na pessoa após a lesão cerebral. Caracteriza-se pela incapacidade de detetar, explorar e dar resposta a estímulos presentes no hemiespaço ou hemicorpo esquerdo. Pode ocorrer uma total indiferença a estímulos apresentados à esquerda, sendo que a pessoa explora apenas o que se encontra no seu hemiespaço direito, que foi detetado e analisado pelo hemisfério cerebral esquerdo (Ferro & Pimentel, 2013; Soares, 2018).

A inatenção pode ocorrer em diferentes modalidades sensoriais, como a visual, a auditiva e táctil, e pode ser classificada por *input* ou por *output*. A heminegligência por *output* inclui a negligência motora e é definida como a dificuldade em produzir movimento em resposta a um estímulo, que não decorre de um défice primariamente sensitivo ou por diminuição da força (Lopes, Anna, Ferreira, & Fiorelli, 2018). A heminegligência por *input* envolve a heminegligência sensorial, representacional, pessoal e visuo-espacial. Consiste na pessoa ignorar os estímulos auditivos, visuais, tácteis e olfativos contralaterais, assim como na capacidade de imaginar os mesmos estímulos do lado oposto à lesão cerebral. Associado a esta síndrome, está o fenómeno de extinção, quando estímulos bilaterais são apresentados em simultâneo, a pessoa extingue o estímulo contralateral à lesão. A extinção pode ocorrer apenas numa modalidade ou nas várias modalidades sensoriais (extinção multimodal) (Heilman, Valenstein, & Watson, 2000; Soares, 2018).

As tradicionais provas de papel e lápis, tais como o teste do relógio, provas de bissecção de linhas, entre outras, apresentam a desvantagem de não avaliarem as implicações que a inatenção tem no desempenho das Atividades de Vida Diária. A avaliação comportamental da pessoa no decorrer de tarefas do autocuidado, por exemplo, revela-se mais pertinente para a elaboração do plano de reabilitação (Céspedes & Ustarroz, 2008; Soares, 2018).

1.5. PESSOA COM AVC

A intervenção do EEER na pessoa vítima de AVC começa com uma avaliação rigorosa, que vai permitir estabelecer diagnósticos acurados e definir programas de reabilitação. Nessa avaliação será preferível utilizar testes padronizados, válidos e confiáveis, que deverão estar validados com adaptação linguística e cultural, de modo a que avaliação seja rigorosa e permita intervir adequadamente (Marques-Vieira, Sousa, & Braga, 2017).

Ter conhecimento das prováveis características consoante a área afetada pelo AVC é um fator facilitador na intervenção e avaliação do EEER, bem como na predição de riscos associados, contribuindo para a sua prevenção.

Por exemplo, segundo Horta et al. (2020), alguns estudos demonstram que as pessoas com lesões no hemisfério direito apresentam maior risco de queda. Tal conclusão associa-se ao fato de pessoas com AVC do hemisfério direito apresentarem comportamentos impulsivos e maiores défices visuo-espaciais, o que aumenta o risco de queda. Apresentam também défice de atenção e consciência para o lado parético, heminegligência espacial, o que contribui para a instabilidade da marcha, contribuindo também para o aumento do risco de queda. Estas pessoas são geralmente desorganizadas, impulsivas, sobrevalorizam as suas capacidades e não aprendem com os erros e com instrução, fatores que os impedem de ser tornar independentes nas AVD's, dado elevado risco de queda (Horta, et al., 2020).

1.6. PROCESSO DE TRANSIÇÃO – SAÚDE / DOENÇA

Antigamente, a prática de enfermagem era prescrita por outros e realçada pelas tarefas de carácter ritualista. O trabalho inicial dos teóricos teve como objetivo esclarecer o que distinguia a enfermagem da simples realização de tarefas, tendo sido a partir de Florence Nightingale que emerge a preocupação com as questões teóricas (Ribeiro, Martins, Tronchin, & Forte, 2018).

Acredita-se que a prática orientada pelas teorias seja o futuro da enfermagem. As teorias estruturam e organizam o conhecimento de enfermagem, dando aos enfermeiros uma perspetiva

de como visualizar a situação da pessoa, proporcionando também um modo sistemático de colher os dados. Assim, as teorias permitem que os enfermeiros priorizem as informações importantes. Além de facilitar a análise e interpretação dos dados, uma perspectiva teórica permite que o enfermeiro planeie e implemente os cuidados de forma sistemática e intencional (Ribeiro, Martins, Tronchin, & Forte, 2018).

Ao longo do tempo foram surgindo diferentes concepções de enfermagem que originaram diferentes paradigmas: categorização, integração e transformação. O paradigma da categorização, dos séculos XVIII/XIX, caracterizou-se por perspetivar os fenómenos de uma forma simples, isolados do contexto. Neste paradigma enquadra-se o denominado modelo biomédico, em que o conceito de cuidados de enfermagem se limita à execução do que foi prescrito ou delegado pelo médico (Ribeiro, Martins, Tronchin, & Forte, 2018).

O paradigma da integração teve início na década de 1950 e influenciou a orientação dos cuidados para a pessoa, distinguindo a enfermagem da medicina. De acordo com este paradigma, o objetivo primordial dos cuidados de enfermagem era a manutenção da saúde da pessoa em todas as suas dimensões: biológica, psicológica, social, espiritual e cultural, surgindo o conceito de holismo. No âmbito deste paradigma, enquadram-se as teorias de Virgínia Henderson e Dorothea Orem, entre outras e emergiram modelos conceituais que se dividiram em quatro escolas de pensamento: a escola das necessidades, a escola da interação, a escola dos efeitos desejados ou dos resultados e a escola da promoção da saúde (Ribeiro, Martins, Tronchin, & Forte, 2018).

O paradigma da transformação, surgiu na década de 1970, numa conjuntura em que se reconheceu nas pessoas a capacidade e a possibilidade de serem agentes e parceiras nas decisões de saúde que lhes diziam respeito e que, inicialmente, eram de única e exclusiva responsabilidade dos profissionais de saúde. Neste paradigma, a pessoa é considerada um ser unitário, maior que a soma das suas partes, com diversas dimensões e indissociável do seu universo. A saúde é vista como um valor e uma experiência vivida segundo a perspetiva de cada indivíduo, incluindo a unidade "ser humano – ambiente", não se tratando de um estado estável ou uma ausência de doença. Nesta visão, os cuidados de enfermagem visam manter o bem-estar tal como a pessoa o define e intervir significa "ser com" a pessoa, tornando-se o enfermeiro e a pessoa parceiros nos cuidados individualizados (Silva, 2002; Ribeiro, Martins, Tronchin, & Forte, 2018).

No início da década de 80 do século XIX, percebeu-se que os fenômenos dominantes da ciência de enfermagem se centralizavam nos conceitos de pessoa, saúde, ambiente e enfermagem e, em 1978, Fawcett escreveu pela primeira vez sobre estes conceitos essenciais, formalizando-os, em 1984, como o metaparadigma de enfermagem (Ribeiro, Martins, Tronchin, & Forte, 2018).

Segundo um estudo realizado em Portugal, quando um enfermeiro especialista se identifica com um referencial teórico, identifica-se geralmente, com os quatro conceitos metaparadigmáticos (pessoa, saúde, ambiente e enfermagem). Neste sentido, constatou-se que os EEER classificaram como “totalmente de acordo com a sua prática” as concepções de Afaf Meleis, Dorotfhea Orem, Callista Roy e Madeleine Leininge (Martins, Ribeiro, & Silva, 2018).

A Teoria de médio alcance de Afaf Meleis, que se enquadra no paradigma da transformação, identifica três domínios do processo de transição: natureza da transição, condições da transição e padrões de resposta face à transição. Estes permitem identificar possíveis padrões, condições pessoais, sociais e da comunidade, bem como o processo e os resultados das transições, tendo como objetivo a elaboração e implementação um plano de cuidados de Enfermagem. A Teoria das transições permite aos Enfermeiros uma melhor compreensão do processo de transição. Numa perspetiva mais completa e aprofundada da transição após AVC é possível estabelecer orientações para a prática profissional de Enfermagem, permitindo que se coloquem em prática estratégias que facilitem a transição da pessoa para a situação de dependência após AVC, de acordo com as suas necessidades, dificuldades e preocupações (Santos, et al., 2015; Faria, Schoeller, & Matos, 2017).

Os Enfermeiros de Reabilitação são referidos como profissionais de saúde com um papel fulcral neste processo de transição, pois além de capacitarem a pessoa vítima de AVC e a sua família para o autocuidado, estimulam a maior independência possível, sem substituir a pessoa nas atividades de vida, promovem sua adaptação e da família, tentando eliminar barreiras para satisfação das suas necessidades, mobilizam os recursos da comunidade e reintegram a pessoa seu ambiente social (Faria, Schoeller, & Matos, 2017).

Os enfermeiros devem compreender os processos de transição e desenvolver terapêuticas efetivas que auxiliem as pessoas a reaver a estabilidade e o bem-estar e, dessa forma, a ficarem

empoderadas e capacitadas para fazer face à sua vida. Assim, o processo de capacitação de um cuidador familiar, acontece porque este desempenha um conjunto de tarefas no quotidiano que necessitam de conhecimento e treino, tais como as atividades de vida diárias, resolução de problemas, tomada de decisão, atividades que implicam competências comunicativas e organizacionais, assim como cuidados antecipatórios e de vigilância (Sousa, Martins, & Novo, 2020).

1.7. CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR DA PESSOA COM NEGLIGÊNCIA UNILATERAL

A transição do familiar para o papel de cuidador de uma pessoa dependente trata-se de uma transição situacional por ser um processo complexo que envolve inúmeras variáveis, segundo da Teoria das Transições de Afaf Meleis (Oliveira & Caldas, 2020).

Para a maioria dos cuidadores e pacientes, a alta hospitalar é um dos momentos mais difíceis. O cuidador não se sente preparado para voltar para casa, principalmente pela falta de conhecimento em lidar com as sequelas do AVC. Além disso, relatam a necessidade de treino em tarefas específicas de cuidado, como posicionamento, mobilizações e transferências. O correto posicionamento, mobilizações e transferências protegem as articulações, proporcionam conforto e previnem complicações como problemas respiratórios, úlceras de pressão, dores, contraturas e edemas. Estes procedimentos também promovem a recuperação e maximizam a função da pessoa através da modulação do tônus muscular, informações sensoriais adequadas, percepção espacial aprimorada, estabilização de segmentos corporais e ativação neuromuscular (Sánchez-Huamash & Cárcamo-Cavagnaro).

Visto que o AVC é uma doença debilitante, a base do controlo da doença e prevenção de complicações está no aumento de conhecimento e prática da função de cuidadores, ou seja, na sua capacitação. Os cuidadores que conhecem as causas do desenvolvimento do AVC, suas complicações e formas de prevenção, participam na assistência à pessoa com maior motivação (Askari, Yaghoubinia, Keykhah, & Karimi, 2018).

O enfermeiro de reabilitação tem como competência a capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação, maximizando a autonomia, facilitando as atividades básicas e instrumentais de vida diária, melhorando a participação na sociedade e, conseqüentemente, a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde,

tomando particular ênfase no processo de transição saúde-doença. A intervenção do enfermeiro de reabilitação nos focos conhecimento e aprendizagem de capacidades, permite o empoderamento da pessoa. Assim, a tomada de decisão e a passagem à ação, desenvolvendo habilidades, permitem à pessoa sentir-se capacitada para lidar com os desafios que surgem no dia a dia, decorrentes de processos de transição (Sousa, Martins, & Novo, 2020).

Um estudo quasi-experimental, realizado em Portugal, revelou que cuidadores informais submetidos a um programa ensino e treino, apresentavam melhor desempenho nas técnicas, menor sobrecarga melhores condições de saúde mental, quando comparados com o grupo de controlo (Araújo, Lage, Cabrita, & Teixeira, 2018).

Outro estudo desenvolvido na Malásia remete também para a importância da capacitação do cuidador. Nesse estudo conclui-se que os cuidadores tinham pouco conhecimento sobre a situação pessoa com AVC, sendo que autoeficácia dos cuidadores foi influenciada pela idade, bem como pela formação (Tan, et al., 2020).

Noutro estudo o ensino de treino para o cuidado reduziu a sobrecarga e melhorou a qualidade de vida dos cuidadores de pessoas com AVC, sugerindo que a educação da família deve ser uma prioridade (Hekmatpou, Baghban, & Dehkordi, 2019).

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.1. LOCAIS DE ESTÁGIO

Abordam-se em seguida os locais de estágio onde foram adquiridas e desenvolvidas as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

1ºEstágio – Unidade de Reabilitação Respiratória de um dos hospitais de um centro hospitalar de Lisboa. A Unidade é constituída por 5 enfermeiros especialistas de enfermagem de reabilitação, que desenvolvem o seu trabalho em 3 serviços de internamento de pneumologia, sendo que um deles é uma unidade de cuidados intermédios, onde decorreram a maioria dos turnos durante o estágio, pois os enfermeiros de reabilitação organizam-se de maneira a trabalharem em determinado serviço durante cerca de um mês e trocaram passado esse tempo, transmitindo a informação pertinente entre eles para garantir a continuidade dos cuidados.

2ºEstágio – Unidade Cérebro -Vascular de um centro hospitalar de Lisboa. A unidade cérebro – vascular tem capacidade para nove pessoas internadas, destina-se ao cuidado de pessoas com Acidente Vascular Cerebral em fase aguda, ao internamento para a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos e ao seguimento de pessoas com doença vascular cerebral nas suas várias manifestações. Neste serviço a equipa é constituída por 1 assistente administrativa da unidade, 8 médicos, 20 enfermeiros e 8 assistentes operacionais. Em determinados dias da semana, este hospital é o local da urgência metropolitana de Lisboa, isto é, local de atendimento urgente no período noturno em serviço de urgência polivalente na cidade de Lisboa, que concentra recursos e especialidades médicas e cirúrgicas. Além de receber doentes da sua área de referenciação direta, recebe por referenciação inter-hospitalar, todos os doentes urgentes da Região de Lisboa e Vale do Tejo, da Região do Alentejo e do Algarve.

3ºEstágio – Internamento de Ortopedia / Neurocirurgia, no centro hospitalar do Sul de Portugal, que assegura a prestação de cuidados de saúde em 16 concelhos a uma população de cerca de 450.000 habitantes (que triplica sazonalmente). O internamento tem capacidade para 38 pessoas internadas, embora a maioria do tempo tenha também camas suplementares no corredor. Na equipa de enfermagem existem dois elementos especialistas em Enfermagem de

Reabilitação que, normalmente, trabalham em turnos diurnos longos, em dias díspares, de forma a que esteja quase sempre um elemento de Enfermagem de Reabilitação no serviço.

2.2.CONTEXTUALIZAÇÃO

A utilização de instrumentos de avaliação, conforme já referido na introdução, é fundamental para identificar os diferentes distúrbios de percepção. Catherine Bergego Scale (CBS) é o instrumento identificado pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação para a avaliação do esquecimento unilateral (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Esta é constituída por 10 itens sobre a execução de tarefas diárias direcionadas para o autocuidado. A pontuação oscila entre 0 e 3 por item, sendo 0 (sem negligência) e 3 (negligência severa). Menores pontuações indicam melhor função e pode variar entre 0 e 30 (Duarte, et al., 2017).

Numa revisão sistemática da literatura sobre instrumentos de avaliação dos distúrbios da percepção em pessoas com AVC é referido que a Catherine Bergego Scale revelou boa reprodutibilidade, validade e responsividade quando aplicados em pessoas com negligência espacial e é sugerido a realização de estudos empíricos no âmbito da enfermagem, especialmente ao nível da adaptação de instrumentos de avaliação da heminegligência após AVC para a realidade portuguesa e sua validação, em que sejam avaliadas as propriedades psicométricas inerentes (Duarte, et al., 2017).

As propriedades métricas de um instrumento de heteroavaliação são a reprodutibilidade, validade e responsividade (ou sensibilidade à mudança). A reprodutibilidade avalia o quanto um instrumento está livre do erro aleatório ou fornece um resultado reprodutível; a fiabilidade verifica a homogeneidade, redundância ou heterogeneidade de um instrumento, através da capacidade de reproduzir resultados, mesmo que em diferentes condições. A fiabilidade deve ser o primeiro passo para se validar um instrumento. Esta testa-se utilizando diferentes itens para um grupo semelhante de indivíduos (consistência interna), ao longo do tempo, ou entre indivíduos em diferentes ocasiões. A análise da fiabilidade interobservador é realizada para estimar possíveis erros, durante a aplicação do instrumento, devido à diferença entre os observadores. Se as instruções para o uso forem seguidas corretamente pelos dois avaliadores, os resultados devem ser consistentes entre si. Na fiabilidade intraobservador, o mesmo

observador aplica o instrumento mais de uma vez e se não houver alterações, as medidas obtidas devem ser semelhantes (Sousa, 2015).

As propriedades métricas dos instrumentos podem variar consideravelmente para cada amostra/ população, nomeadamente quando diferem características sociodemográficas e no estado de saúde, havendo necessidade, portanto de testar estatisticamente tais parâmetros métricos dentro de um contexto cultural específico e na condição específica de saúde (Sousa, 2015; Sousa, Marques-Vieira, Severino, & Caldeira, 2017).

A verificação da qualidade métrica dos instrumentos é fundamental para minimizar enviesamentos nos estudos de avaliação da efetividade das intervenções dos EEER. Em Enfermagem de Reabilitação os instrumentos devem permitir medir a incapacidade, monitorizar progressos, melhorar a comunicação entre os profissionais, medir a eficácia do tratamento e documentar a continuidade dos cuidados e os benefícios das intervenções de enfermagem (Sousa L. , Marques-Vieira, Severino, & Caldeira, 2017).

Recorrendo a instrumentos fiáveis, que permitam avaliar e documentar com rigor, é possível extrair dados que verifiquem a eficácia das intervenções e consequentemente contribuam para a qualidade de cuidados. A taxa de resolução do esquecimento unilateral é um indicador de resultado que permite avaliar a efetividade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (CEER) na resolução do esquecimento unilateral, promovendo a melhoria contínua dos processos de reeducação funcional, contribuindo para maximizar as capacidades funcionais e adaptativas das pessoas a nível sensorial e motor (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Assim, surgindo a oportunidade no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, pretendeu-se realizar um estudo observacional em que se testasse a fiabilidade da escala Catherine Bergego intra e interobservador, na tentativa de dar um contributo para a validação da versão Portuguesa deste instrumento. No entanto, variáveis no contexto do campo de estágio como a rotatividade de internamentos e estado agudo de doença das pessoas, não permitiu esse estudo conforme planeado, pelo que se reformulou o projeto, com objetivo de compreender se a escala Catherine Bergego é adequada a pessoas com AVC numa fase aguda e se fornece dados relevantes para a monitorização e evolução favorável do esquecimento unilateral.

2.3. METODOLOGIA

2.3.1. Contexto, desenho e participantes

Pretendeu-se realizar um plano metodológico com o objetivo de perceber a aplicabilidade e utilidade da Escala Catherine Bergego em pessoas com AVC numa fase aguda, utilizando a metodologia de estudos de casos múltiplos. O estudo realizou-se no período de 13 de Setembro a 14 de Outubro de 2021 e foram envolvidas pessoas com o diagnóstico de acidente vascular cerebral atendidas num centro hospitalar da região de Lisboa. São incluídas todas as pessoas que tiverem confirmação diagnóstica de acidente vascular cerebral com lesão cerebral no hemisfério direito observada na tomografia computadorizada e / ou ressonância magnética, avaliados pela escala NHSS e pontuação na escala de coma de Glasgow \geq 14.

2.3.2. Critérios de inclusão

Foram incluídas as pessoas de ambos os sexos, maiores de 18 anos, internadas na unidade na UCV durante o período do estudo, com diagnóstico clínico de acidente vascular cerebral com lesão cerebral no hemisfério direito observada na tomografia computadorizada e / ou ressonância magnética com estabilidade hemodinâmica suficiente e pontuação na escala de coma de Glasgow \geq 14.

2.3.3. Critérios de exclusão

Indivíduos com AVC prévio, demência preexistente, afasia global, distúrbios visuais anteriores ou outras doenças neurológicas associadas foram excluídos. Pontuação na escala de coma de Glasgow $<$ 14 foi também critério de exclusão.

2.3.4. Variáveis e medidas

Todos os participantes serão avaliados com os seguintes instrumentos:

Line Bisection Test

O teste bissecção de linhas (*line bisection test* – Anexo I) é muito utilizado na avaliação da heminegligência visuo-espacial. A pessoa deve assinalar o centro de uma linha impressa numa página A4. Neste teste é necessário recorrer ao julgamento do tamanho da linha, (Ferber & Karnath, 2001; Mateus, 2011). Nas pessoas com negligência unilateral, a tendência é para assinalarem o centro da linha com um desvio para a direita, fazendo um julgamento desafortunado da localização do centro da linha. A grande desvantagem desta

prova é que pessoas com hemianopsia sem heminegligência podem apresentar o mesmo desempenho (Barton & Black, 1998; Mateus, 2011).

Star Cancellation Test

A prova Corte de estrelas (*Star Cancellation Test* – Anexo II) consiste numa página tamanho A4 que contém 52 estrelas grandes, 13 letras, 10 palavras curtas e 56 estrelas pequenas distribuídas aleatoriamente. A tarefa proposta é que a pessoa corte as estrelas mais pequenas (Mateus, 2011).

Moca Test

O Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Anexo III) foi para rastreio do défice cognitivo ligeiro, sendo de breve aplicação, aproximadamente 10min. Este instrumento avalia diferentes domínios cognitivos: atenção e concentração, função executiva, memória, linguagem, capacidade visuo-construtiva, raciocínio abstrato, cálculo e orientação. A pontuação máxima possível é de 30 pontos; uma pontuação igual ou superior a 26 considera-se normal (MD, 2021).

CBS

A escala de Catherine Bergego (CBS) (Anexo IV), como já referido na contextualização, analisa a funcionalidade na pessoa com negligência espacial unilateral em 10 situações da vida cotidiana. Cada questão é pontuada de zero a três, em que 0 corresponde à ausência de negligência espacial unilateral para a tarefa dada; 1 corresponde à negligência espacial unilateral discreta, caracterizada por leve assimetria na exploração espacial; e 3 corresponde a negligência espacial unilateral severa (Marques, et al., 2019; Azouvi P, 1996).

Escala de Coma de Glasgow

A escala de Coma de Glasgow (Anexo V) foi descrita em 1974 por Graham Teasdale e Bryan Jennet como a forma de comunicar sobre o nível de consciência de pessoas com lesão cerebral aguda (Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde, 2022). A escala de coma de Glasgow é a mais difundida e de prática aplicação para obter o nível de consciência dos doentes em fase aguda, utilizando como critérios as respostas motoras,

verbais e oculares. A pontuação pode variar entre 3 e 15 e permite detetar precocemente o agravamento ou melhoria neurológica da pessoa (Varanda, Rodrigues, & Costa, 2015).

NIHSS

A *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS) (Anexo VI) é uma escala padrão, validada, quantitativa de severidade e magnitude do défice neurológico após o AVC. Este instrumento foi desenvolvido por investigadores americanos da *University of Cincinnati Stroke Center* e fundamenta-se em 11 itens do exame neurológico que, normalmente, são afetados pelo AVC: nível de consciência, desvio ocular, função motora e sensitiva dos membros e ataxia. A escala foi criada para aplicação rápida (5 a 8 minutos), no contexto de tratamento de pessoas com AVC na fase aguda. A pontuação varia entre 0 (sem evidência de défice neurológico pela esfera testada na escala) a 42 (paciente em coma). A NIHSS Internacional atua através da Internet, permitindo a certificação online do utilizador e procurando que esteja acessível e seja facilmente compreendida internacionalmente pelos vários profissionais de saúde que avaliam pessoas com AVC na fase aguda. A versão portuguesa do NIHSS *International* tornou este instrumento mais acessível aos profissionais de saúde das diversas comunidades internacionais de língua portuguesa (Castro, Mendonça, Abreu, Carvalho, & Azevedo, 2008).

2.2.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) definem os princípios éticos e deontológicos a cumprir pelo Enfermeiro no seu exercício, onde se inclui a investigação, surgindo como “área de intervenção (no REPE), como um dever (Artigos 78º e 88º, do CDE e Artigo 9º, pontos 5 e 6 do REPE) mas simultaneamente como um direito dos Enfermeiros”. (Nunes L. , 2013, p.8; Ordem dos Enfermeiros, 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2015)

No Código Deontológico do Enfermeiro, salienta-se: - o princípio geral da “defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana” (artigo 78º, nº 1); - os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros de "respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes"

(artigo 78, nº 3, alínea b) e de "excelência do exercício" (alínea c); - os deveres de informação (artigo 84º) em que se releva "respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado" (alínea b) (Nunes, 2013; Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A investigação em enfermagem implica estudar populações constituídas por pessoas fragilizadas física ou psicologicamente, por essa razão, devem ser alvo de cuidados redobrados atendendo ao dever de proteção daqueles que estão mais fragilizados e vulneráveis (Nunes, 2013).

Assim, respeitando os princípios éticos e deontológicos acima referidos, as avaliações realizadas não incluirão informações que permitam a identificar as pessoas que constituem a amostra. Os dados obtidos neste estudo serão completamente confidenciais e utilizados exclusivamente para o mesmo, não havendo a identificação de nenhum dos participantes, garantindo o seu anonimato. Solicitar-se-á do Concelho Técnico-Científico, o consentimento informado assinado por parte dos participantes é dispensado por não constarem dados passíveis de identificação pessoal e dos testes aplicados serem de âmbito clínico. Apesar disso, respeitando o artigo 105º do Código Deontológico do Enfermeiro – do dever de informação, como em todos os cuidados e intervenções de enfermagem, foi sempre informada a esclarecida e pessoa bem como dado o seu consentimento.

2.4. RESULTADOS

Observando os dados sintetizados na **tabela 1**:

	Pessoa A	Pessoa B	Pessoa C	Pessoa D
Idade	66	80	76	46
NHISS	5	2	6	5
Função Visuo-espacial executiva	0/5	0/5	0/5	0/5
Nomeação	0/3	0/3	3/3	3/3
Atenção	0/6	1/6	2/6	6/6
Repetição	2/2	2/2	0/2	2/2
Fluência	0/1	0/1	0/1	1/1
Abstração	0/2	2/2	0/2	2/2
Memória / Evocação Diferida	0/5	0/5	0/5	0/5
Orientação	3/6	6/6	4/6	5/6
Pontuação Global Moca Test	5/30	12/30	9/30	19/30
Desempenho Line bisection	Não compreendeu, traços na horizontal lado direito da folha (Apêndice)	Desvio para a direita. (Apêndice)	Desvio para a direita. (Apêndice)	Centrado (Apêndice)
Desempenho Star Cancellation	5 estrelas cortadas do lado direito da folha (Apêndice)	Traça linhas ao lado das estrelas. Não as corta (Apêndice)	Não compreendeu bem. Liga as estrelas (Apêndice)	Corta as estrelas, conforme solicitado (Apêndice)
Itens Possíveis de Avaliar na CBS	8/10	6/10	0/10	3/10
Pontuação na CBS	10	2	0	0

Tabela 1 - Resultados obtidos com os instrumentos aplicados.

A amostra é constituída por 4 pessoas com idades compreendidas entre 46 e 80 anos.

O valor obtido na escala NHISS é, para todos, inferior a 7.

Todos os participantes no estudo apresentam alterações a nível da função visuo espacial executiva, pontuando 0/5 nessa secção do Moca Test.

A Pontuação no Moca Test foi para todos os participantes no estudo <20.

No desempenho do line bisection test, 3 dos participantes evidenciaram alterações visuoespaciais, considerando os centros das linhas mais à direita do que o verdadeiro centro.

No desempenho do star cancellation test, 2 dos participantes evidenciaram alterações visuoespaciais. Um não compreendeu a tarefa a executar e outro executou corretamente.

Relativamente à escala Catherine Bergego, foi possível avaliar 8 itens num participante, 6 noutra, 3 noutra e 0 num deles, ou seja, em nenhum caso foi possível avaliar todos os parâmetros da escala. As pontuações obtidas na escala Catherine Bergego são meramente uma síntese dos itens avaliados.

2.5 INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS

Observando os resultados apresentados no ponto anterior é possível constatar que, em nenhum dos casos foi possível avaliar todos os parâmetros da escala Catherine Bergego, o que pode significar, tendo em conta os casos observados, que a escala não é adequada ao contexto de pessoa com AVC na fase aguda. Assim, não foi possível obter dados para avaliar a fiabilidade intra e interobservador, pois apesar do instrumento ser apropriado para medir o parâmetro em estudo (o esquecimento unilateral), breve e pouco oneroso não demonstrou ser facilmente aplicável nos casos estudados e no referido contexto (Ordem dos Enfermeiros, 2016; Sousa, Marques-Vieira, Severino, & Caldeira, 2017).

Relativamente aos resultados obtidos pelo Moca *Test*, embora haja uma grande variação entre os valores obtidos, destacam-se os resultados nos parâmetros de “Função visuo-espacial executiva”. Todos os casos demonstraram francas alterações na função visuo-espacial e executiva, não conseguindo concretizar nenhuma das tarefas propostas nesse parâmetro do Moca Test. Conhecer as alterações que a pessoa apresenta nas funções executivas pode ajudar o enfermeiro a estar mais atento em determinados aspetos dos seus cuidados. As funções executivas estão “no topo da hierarquia das funções cognitivas” e são responsáveis pelo planeamento, coordenação e monitorização das nossas ações, estando envolvidas no comportamento social, nas relações interpessoais e atividades cognitivas mais complexas, que envolvem fatores como regras sociais, conceitos morais, aspetos emocionais, experiência prévia e conhecimentos, que são requeridos, por exemplo, na tomada de decisões mais difíceis, na análise de situações novas e na estratégia e no planeamento necessário para levar a cabo algo

predefinido (Ferro & Pimentel, 2013; Soares, 2018). Um estudo desenvolvido no Reino Unido em 2016, com 114 pessoas que foram admitidas numa unidade de neura reabilitação e avaliados por uma equipa multidisciplinar, com o objetivo de avaliar a relação em diferentes domínios cognitivos, particularmente na função executiva e o risco de queda ou compromisso do equilíbrio, numa amostra de adultos com doenças neurológicas no centro de reabilitação. Deste estudo destaca-se a importância das diferentes dimensões cognitivas, nomeadamente a função executiva no risco de queda, concluindo que na pessoa com AVC não existe relação direta entre o risco de queda e a função cognitiva, mas sim entre a função executiva, cognição e equilíbrio, o que se pode explicar pela teoria do controle executivo sobre equilíbrio e marcha (Saverino, et al., 2016; Matos & Simões, 2020).

No parâmetro “atenção” apenas uma das pessoas não demonstrou alterações. A atenção indica de que forma cada um recebe e processa os estímulos, podendo interferir na aprendizagem de novas informações (Tsaousides & Gordon, 2009; Galhanas, 2019). Défices de atenção comprometem a execução de tarefas, a marcha, equilíbrio e estabilidade postural, possibilitando a ocorrência de quedas acidentais no decorrer de AVD (Horta, et al., 2020).

Não são surpreendentes os resultados relativos às funções executivas visuo-espaciais e atenção, pois pessoas com AVC do hemisfério direito apresentam maiores défices visuo-espaciais, heminegligência espacial que se traduz num défice de atenção e consciência relativamente ao lado parético. Estes défices contribuem para a instabilidade da marcha. Além disso, as pessoas com AVC do hemisfério direito são, tendencialmente, impulsivas, desorganizadas, sobrevalorizam as suas capacidades e não aprendem com os erros e com instrução, fatores que conduzem a um elevado risco elevado de queda. (Horta, et al., 2020).

No que se refere ao desempenho nos testes *line bisection test* e *start cancellation test*, quando compreendida a tarefa, apenas a pessoa D não demonstrou alterações visuo-espaciais e de atenção, tendo sido também a única de obteve a pontuação máxima no parâmetro da atenção do Moca Test.

Apesar de não ter sido possível avaliar o desempenho de todas as pessoas dos casos estudados nas atividades de vida diária e aplicar a Escala Catherine Bergego, nem o estudo da fiabilidade desta escala como primeiramente se pretendia, este estudo tornou-se útil na medida em que concluiu que a mesma não é adequada para o contexto de pessoa com AVC na fase aguda, não se mostrando responsiva, pois sofre o “efeito chão”.

Segundo Sousa, Novo, Ferreira & Marques-Vieira (2021), o enfermeiro tem de garantir qualidades na seleção dos instrumentos de avaliação para medir ou avaliar uma determinada função. É desejável que o instrumento seja uma medida válida para a função a avaliar, com adequada fiabilidade, devendo os resultados ser suficientemente sensíveis, de modo a traduzir alterações clínicas, quando na realidade tal se verifica. Assim, a verificação das propriedades clinicométricas dos instrumentos utilizados na prática clínica, é fundamental, potenciando a minimização do viés na avaliação diagnóstica e na verificação dos resultados em enfermagem. Isto contribuirá para um maior rigor dos estudos de avaliação da efetividade das intervenções dos enfermeiros. Nesta situação, o instrumento demonstrou-se desadequado para o contexto estudado (Sousa, Novo, Ferreira, & Marques-Vieira, 2021).

Importante também é ainda a reflexão que este estudo permite relativamente à identificação dos défices de atenção e alterações nas funções executivas e de como isso pode interferir nas atividades de vida da pessoa. Com a devida autorização, refere-se o testemunho do enfermeiro orientador do estágio onde se desenvolveu o projeto: “Muitas vezes o doente é visto como preguiçoso, teimoso, que não quer fazer, no entanto tem alterações cognitivas consequentes do AVC para as quais os enfermeiros não estão despertos”*sic*. Importa que os cuidadores reconheçam as alterações como resultantes cerebrais e que consigam cuidar dos doentes portadores dessas disfunções (Caldas A. , 2017).

Qualquer programa de enfermagem de reabilitação deve ter em consideração a avaliação do potencial cognitivo da pessoa para reabilitar, mas também para avaliar em de que forma as alterações da função cognitiva interferem no programa de reabilitação global, possibilitando assim a adaptação a essas limitações. A utilização de instrumentos de avaliação é vantajosa, pois permite medir objetivamente os progressos da pessoa, o impacto do programa de reabilitação e elaborar estudos comparativos (Varanda & Rodrigues, 2017).

De acordo com Santos, *et al.* (2015) e Faria, Schoeller, & Matos (2017), através de uma visão mais completa e aprofundada da transição após AVC, é possível definir orientações para a prática profissional de Enfermagem, permitindo ao Enfermeiro colocar em prática estratégias que facilitem a transição da pessoa para a situação de dependência após AVC, de acordo com as suas necessidades, dificuldades e preocupações. Sendo as alterações cognitivas provocadas por AVC, poderá assumir-se que o seu reconhecimento conduzirá a uma visão mais completa e aprofundada da transição após o AVC.

Os resultados obtidos neste trabalho, com recurso a instrumentos e à observação, colaboram de alguma forma para o reconhecimento de alterações cognitivas provocadas pelo AVC, o que poderá permitir a prestação de cuidados mais personalizados e possibilitar uma melhor parceria de cuidados tanto com a pessoa, como com a sua família, permitindo uma intervenção mais facilitadora no processo de transição saúde-doença, à luz do paradigma de enfermagem da transformação (Santos, et al., 2015; Faria, Schoeller, & Matos, 2017; Ribeiro, Martins, Tronchin, & Forte, 2018).

No que se refere à capacitação dos cuidadores, vários estudos concluíram que este processo de ensino e treino diminui a sobrecarga dos mesmos, melhorando a autoeficácia, as condições de saúde mental e qualidade de vida (Araújo, Lage, Cabrita, & Teixeira, 2018; Hekmatpou, Baghban, & Dehkordi, 2019; Tan, et al., 2020).

Segundo Caldas (2017), importa que os cuidadores reconheçam alterações cognitivas e comportamentais resultantes de lesão cerebral e que consigam cuidar de pessoas portadoras dessas disfunções. Ora, para que o enfermeiro possa educar e capacitar o cuidador nesse sentido, é necessário, em primeiro lugar, que este esteja desperto para as ditas alterações e seja capaz de as identificar, sendo neste ponto que se assume que este trabalho possa também dar algum contributo no que se refere à capacitação do cuidador da pessoa com AVC.

2.6 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

As alterações visuo-espaciais e défices de atenção são uma realidade para muitas pessoas com AVC no hemisfério direito. No entanto, como estas alterações não são tão evidentes como alterações físicas, por exemplo, passam muitas vezes despercebidas, refletindo-se na qualidade dos cuidados. A formação sobre esta temática, nomeadamente em equipas que trabalhem diretamente com pessoas com AVC e o desenvolvimento de instrumentos que avaliem o impacto destes défices nas atividades de vida diária, são importantes para mensurar e monitorizar os resultados das intervenções de enfermagem de reabilitação e, assim, avaliar e efetividade das mesmas. Com este estudo, apesar das suas limitações, compreendeu-se que a Escala Catherine Bergego não é adequada para a avaliação de Negligência Unilateral em pessoas com AVC numa fase aguda, por não ser possível avaliar as pessoas em todos os

parâmetros da escala. Assim, sugerem-se outros estudos em diferentes contextos, a fim de compreender se esta escala pode ser válida para a população portuguesa.

2.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Assumem-se várias limitações neste estudo, nomeadamente a amostragem por conveniência, o número reduzido de participantes e a experiência de um dos observadores.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DE COMPETÊNCIAS ADEQUIRIDAS

Ao longo dos vários estágios e elaborando o projeto de intervenção e aplicando-o, desenvolveram-se competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, tal como está descrito no Regulamento n.º 392/2019, cuja intervenção visa promover “*o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas*” (Diário da República n.º 85/2019, Série II, 2019, p.13565). Nesse sentido, deve usar técnicas e tecnologias específicas de reabilitação e intervir na educação das pessoas alvo de cuidados, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida (Diário da República n.º 85/2019, Série II, 2019).

Ainda de acordo com o mesmo regulamento, a evolução no conhecimento requer que o EEER incorpore, de forma continuada, as novas descobertas da investigação na sua prática, fomentando uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. A participação em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização também consta no mesmo regulamento, o que se pretende desenvolver com o presente projeto (Diário da República n.º 85/2019, Série II, 2019).

As aprendizagens dos estágios integrados no Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialidade em Enfermagem de Reabilitação e a elaboração do presente relatório, onde se realiza uma reflexão sobre os conhecimentos ganhos e a capacidade em aplicá-los à investigação, contribuem para a aquisição das competências de Mestre, grau que é atribuído a quem demonstre ter conhecimentos e os saiba aplicar, seja capaz de integrar novos conhecimentos, lidar com situações complexas, comunicar as suas conclusões de forma clara e ter competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo orientado e autónomo (Decreto-Lei n.º 74/2006, 2006).

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A1 — Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. Descritivo - Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente (Diário da República n.º 85/2019, Série II, 2019).

Assentar a prática clínica no respeito pela pessoa, garantindo a sua segurança e bem-estar é a filosofia que uma enfermeira de cuidados gerais tenta desenvolver e garantir. O percurso do curso de especialidade em Enfermagem de Reabilitação acresce responsabilidade a estas questões. Será difícil descrever de forma pormenorizada todas as situações em que esta área de competências foi colocada à prova, pois é algo inerente a tudo o que fazemos, conforme consta no ponto 3 do artigo 99º do Código Deontológico do Enfermeiro: “*São princípios orientadores da atividade dos enfermeiros: a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados; c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais*” (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No decorrer dos estágios foi sempre garantido o respeito pela pessoa e a sua segurança, sendo a prática baseada na evidência uma exigência para a garantia da excelência e a segurança dos cuidados, tal como para a otimização de resultados de enfermagem (Nunes & Poeira, 2021).

Os fundamentos que orientam o agir do EEER são os mesmos dos enfermeiros em geral, embora o EEER assuma as suas especificidades face às pessoas que cuida, os princípios e os

valores, assim como os deveres deontológicos devem ser universais, independentemente do contexto de cuidados (Deodato, 2017).

De acordo com as diretrizes éticas para a investigação em Enfermagem, são seis os princípios éticos que devem orientar a investigação e que guiaram o percurso ao longo dos estágios e o trabalho realizado: beneficência, que se entende por “fazer o bem”; avaliação da maleficência, sob o princípio de “não causar dano”, avaliando os riscos possíveis e previsíveis; fidelidade, “estabelecer confiança” entre o investigador e o sujeito de investigação; justiça, “proceder com equidade”, não privilegiar um grupo, em detrimento de outro; veracidade, seguindo o princípio ético de “dizer a verdade”, informando sobre os riscos e benefícios; confidencialidade, o princípio de “salvaguardar” a informação de caráter pessoal que pode reunir-se durante um estudo, distinguindo-se do anonimato (International Council of Nurses, 2003; Nunes, 2020).

A2 — Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Descritivo - Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes (Diário da República n.º 85/2019, Série II, 2019).

O zelo pelos direitos humanos e respeito pela privacidade e dignidade da pessoa é um dever de qualquer profissional saúde. Por vezes, por inconsciência no momento, por uma situação de “stress” ou urgência tal é descorado, devendo ser, portanto, alvo de reflexão. Procurar manter um ambiente seguro, fechar as cortinas ou a porta da enfermaria, apresentar-se, explicar o procedimento, obtendo o consentimento da pessoa foi o que se tentou fazer, durante os estágios, sem grande dificuldade, pois já faz parte da formação profissional de base. Mesmo assim, surgem, inevitavelmente alguns dilemas. Por exemplo, como aconteceu no decorrer do estágio I, em que se realiza um treino de marcha de uma pessoa com insuficiência cardíaca e DPOC, que necessita usar o sanitário pede para fechar a porta. Esta, encosta-se para salvaguardar a privacidade da pessoa, no entanto não se pode fechar, pois o estado de saúde daquela pessoa implica uma supervisão de enfermagem próxima, de modo a garantir a sua segurança, seguindo o princípio ético da não maleficência, que consiste na obrigação de não causar danos intencionalmente (Bessa, 2013).

A comunicação eficaz com a equipa em que se está inserido é muito importante em vários aspetos, um deles é a promoção da segurança da pessoa e do respeito pelos direitos humanos. A forma como comunicamos tem um impacto direto nos nossos cuidados, no trabalho da equipa em geral e, especialmente, na pessoa. Em todos os estágios se procurou uma comunicação efetiva com o enfermeiro responsável pela pessoa com quem se pretendia trabalhar, tendo em consideração as informações dadas por eles e, no final, tentando dar um *feedback* e transmitir informações relevantes, como, apenas por exemplo: a redução do débito de Oxigénio, ou por vezes, a colheita de amostras de expetoração para análise, o que, aconteceu várias vezes no estágio I, alterações na avaliação neurológica da pessoa e avaliações de deglutição como aconteceu no estágio II, desempenho nas AVD's, tolerância à marcha e ensinamentos e treino, realizados à pessoa e, por vezes, à família, maioritariamente no estágio III.

Muito importante também é a comunicação eficaz com outros grupos profissionais, tais como fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais ou outros elementos da equipa de reabilitação para que a pessoa seja beneficiada e tenha o melhor plano possível. Senti que isso era uma grande dificuldade no contexto do estágio I, e foi difícil chegar a esses profissionais. No contexto do estágio II e III essa comunicação foi mais simples e efetiva. Uma equipa de reabilitação é um grupo de pessoas unidas por objetivos comuns, devendo ser a pessoa e a sua reabilitação a prioridade, proporcionando-lhe a máxima independência possível, garantindo a segurança e o respeito pelos seus direitos (Branco, 2017).

A dificuldade de comunicação entre grupos profissionais relaciona-se com o modelo de organização das equipas de saúde. A experiência que tive ao longo dos estágios, em ambiente hospitalar, remete para um modelo multidisciplinar, em que cada elemento da equipa trabalha de forma individual para alcançar objetivos específicos dentro da sua área de atuação, não existindo geralmente reuniões, traduzindo-se o resultado global do tratamento na soma dos tratamentos efetuados por cada disciplina. O modelo de organização que melhor promove a comunicação e se adequa à reabilitação é o modelo interdisciplinar ou interprofissional, que se caracteriza pela colaboração de forma sistematizada entre todos os elementos da equipa na definição de objetivos e procedimentos a adotar, potenciando-se mutuamente e, por isso, obtendo um resultado global superior à soma dos resultados de cada disciplina (Branco, 2017). Este modelo carece de uma avaliação da pessoa pelas várias disciplinas, reuniões interdisciplinares para definição de objetivos e estratégias e o compromisso entre a especialização disciplinar e a necessidade de um tratamento integrado (Branco, 2017). Exemplo

aproximado desse modelo é a realidade do Centro de Reabilitação onde exerço a minha atividade profissional, realizando-se uma reunião de interdisciplinar de avaliação e definição de objetivos dois a três dias após o internamento da pessoa (permitindo uma avaliação da pessoa por parte de todos), reuniões de reavaliação quinzenais, e ainda reuniões diárias ao fim da manhã, com representantes de todos os grupos profissionais, para que a informação mais relevante acerca das pessoas em programa de reabilitação seja do conhecimento da equipa interdisciplinar.

B1 — Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. Descritivo - Colabora na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional (Diário da República n.º 85/2019, Série II, 2019).

Dado os curtos períodos de estágio, é difícil iniciar e implementar projetos na área da qualidade sem conhecer bem o contexto, pelo que optei por integrar os projetos já existentes nas instituições, dando um contributo para os mesmos. Existem questões tradutoras de qualidade dos cuidados transversais à maioria dos contextos, tais como a prevenção do risco de quedas e de úlceras de pressão.

Uma queda define-se por um evento inesperado, no qual as pessoas passam de um nível superior, para o chão ou nível mais baixo. Os fatores de risco de queda podem ser intrínsecos, ou seja, inerentes à própria pessoa e extrínsecos, inerentes ao meio envolvente (Sousa, Marques-Vieira, & Branco, 2017). Uma revisão sistemática da literatura realizada por enfermeiros sobre fatores de risco de queda na comunidade, identificou 50 fatores de risco para a ocorrência de quedas, o que demonstra a sua complexidade (Sousa, et al., 2017). A prevenção de quedas começa pela avaliação do risco de queda. Existem vários instrumentos de avaliação, de acordo com o contexto e com os fatores. A nível hospitalar em Portugal, e de acordo com a realidade que conheci, atualmente, o instrumento mais usado e integrado nos sistemas de informação e registos é a Escala de Morse. Esta foi validada em Portugal numa amostra de 300 pessoas internadas em serviços médico-cirúrgicos, cuidados continuados e paliativos, demonstrando-se estatisticamente significativa em pessoas mais vulneráveis a cair (Sousa, Marques-Vieira, & Branco, 2017). A intervenção para prevenção de quedas a nível hospitalar passa por intervir em fatores intrínsecos (alterações cognitivas, da visão e da audição, mobilidade e funcionalidade e gestão da eliminação) e extrínsecos (medicação, calçado e fatores ambientais) (Sousa, Marques-

Vieira, & Branco, 2017). Em todos os estágios intervim nesses fatores, sendo a mobilidade e funcionalidade a dimensão mais específica de Enfermagem de Reabilitação, com a realização de exercícios aeróbios e de resistência, treino de equilíbrio e marcha com ou sem auxiliar de marcha, bem como a capacitação da pessoa e familiares sobre os fatores de risco de queda e sua prevenção, onde tive maior oportunidade de intervenção no estágio III.

As úlceras por pressão (UPP), lesões provocadas na pele ou nos tecidos subjacentes, geralmente em proeminências ósseas devido à pressão e possíveis forças de torção, são um problema antigo e afetam milhões de pessoas no mundo (Menoita, 2017). Num projeto de ER para prevenção das consequências da imobilidade na pessoa em situação crítica, implementado numa unidade de cuidados intensivos, concluiu-se que medidas antecipatórias como a avaliação sistemática da integridade cutânea e do risco de úlcera por pressão, o reposicionamento e utilização de superfícies de apoio e apósitos terapêuticos adequados, bem como a promoção da hidratação cutânea e da redução da humidade na pele se revelaram eficazes, comprovando que uma monitorização sistematizada antecedida da tomada de consciência e valorização por parte de toda a equipa de enfermagem e nomeadamente por parte dos EEER, permitiu intervir individualmente nas pessoas e prevenir o aparecimento de novas úlceras por pressão (Cerqueira & Grilo, 2019). A terapia de posição tem um papel fundamental na prevenção das UPP, cumprindo alguns princípios, como evitar os decúbitos laterais, preferir semi-dorsais e não elevar a cabeceira acima de 30°, sendo também essencial o ensino e treino de técnicas de autoposicionamento às pessoas com capacidade para o fazer (Menoita, 2017).

Além disso, no contexto do estágio I, solicitando as devidas autorizações (Apêndice II) para incluir tal no meu trabalho académico, participei no projeto “Capacitação da Pessoa sob Terapêutica Inalatória em Programa de Reabilitação”. No contexto do estágio II, tive oportunidade de integrar o projeto de avaliação de deglutição e intervir, aproveitando momentos informais para transmitir informações relevantes à equipa de enfermagem, tais como o reforço sobre correto posicionamento justificação dos mesmos.

A deglutição é um processo complexo, atuando de forma reflexa e voluntária e dependendo a sua eficácia da relação entre diversas estruturas com funções específicas. Todas as pessoas com alterações conhecidas nos órgãos e estruturas envolvidos na deglutição, sejam elas neurológicas ou anatómicas, devem ser vistas como potenciais portadores de disfagia,

sendo essencial a avaliação rigorosa. As principais consequências da disfagia são desnutrição, desidratação, aspiração e pneumonia, podendo conduzir à morte (Braga, 2017). A deglutição é um processo com quatro fases: oral preparatória, oral, faríngea e esofágica, sendo que na avaliação em enfermagem só é possível obter informação fidedigna das duas primeiras fases, para avaliar de forma correta todas as fases da deglutição é necessário recorrer a outros métodos, em que a videofluoroscopia é o método de eleição (Braga, 2017).

Não existe um consenso acerca do instrumento de avaliação de deglutição, no entanto, a escala de *GUSS* revela-se útil no contexto prático, tratando-se de um instrumento de avaliação da deglutição de forma não invasiva, validado e adaptado a nível cultural e linguístico para o contexto português, de simples aplicação por um profissional de saúde, aliado ao facto de proporcionar uma forma sistemática de classificar a deglutição da pessoa, estratificando-a consoante texturas alimentares, sendo uma mais valia para a avaliação da deglutição comprometida, com o objetivo de evitar complicações (Ferreira, 2021). No contexto do estágio II existe uma instrução de trabalho interna para avaliação da deglutição, em que após garantidas as condições de segurança e avaliados vários parâmetros, a administração inicial é de pequenas quantidades de água fina, uma vez, que se a pessoa aspirar é uma quantidade reduzida e os resíduos deixados pela água são mais inócuos que os deixados por líquidos ou sólidos com outras consistências (Braga, 2017).

No âmbito do estágio III, havia a necessidade da criação de uma folha de registos de Enfermagem de Reabilitação, pelo que tentei dar o meu contributo planeando criar uma folha de registos na área de intervenção ortopédica e respetiva justificação teórica (Apêndices III e IV). Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação precisam documentar o processo de tomada de decisão e são responsáveis pela produção e gestão da informação que influencia direta e indiretamente a qualidade e os resultados dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2015). Aos EEER é colocado o desafio de serem capazes de selecionar e utilizar instrumentos de avaliação que contenham sínteses informativas e permitam, com rigor, descrever ao pormenor a condição de saúde da pessoa através de sinais, sintomas e comportamentos, que estão associados a cada resposta humana resultante de processos de saúde-doença e/ou de desenvolvimento. A padronização dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação possibilita uma visão completa e ampla do estado de saúde/doença, a produção de indicadores de saúde que traduzem o seu contributo para a saúde das populações

e permitem a investigação, conferindo resultados de enfermagem de reabilitação baseados em evidência (Pestana, 2017).

A tomada de decisão do EEER só pode ser considerada sustentada quando, da informação documentada a nível da prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, emergirem indicadores suportados nos Padrões de Qualidade de Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, o que reforça a importância dos registos (Pestana, 2017).

B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade. Descritivo - Reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua. (Diário da República n.º 85/2019, Série II, 2019)

Corroborando o já descrito no ponto anterior, optei por colaborar em projetos já existentes e intervir nesse âmbito. Como referido anteriormente, tive oportunidade de colaborar no projeto “Capacitação da Pessoa sob Terapêutica Inalatória em Programa de Reabilitação”. O capacitar é definido como um “processo multidimensional que envolve conhecimento, decisão e ação” (Reis & Bule, 2017). Os processos de capacitação são adaptações que podem ocorrer de uma maneira progressiva, associadas às alterações que acontecem ao longo do ciclo de vida ou bruscamente provocadas por intercorrências. Há que ter em consideração que a pessoa vive distintas transições em simultâneo e que tem o direito de as conhecer para conseguir tomar decisões informadas e livres, de forma autónoma (Sousa, Martins, & Novo, 2020).

No caso da autoadministração de terapêutica inalatória, a pessoa tem o direito de conhecer a forma correta de o fazer e treinar a sua execução, se tiver capacidade física e cognitiva para tal, podendo desta forma, a tomada de decisão de autoadministrar ou não corretamente a terapêutica inalatória ser livre e informada, garantindo a sua autonomia nesse aspeto. Segundo Sousa Martins & Novo, no processo de capacitação da pessoa, o EEER tem dois focos de atenção o “conhecimento” e a “aprendizagem de capacidades”, utilizando o conhecimento para empoderar a pessoa para a tomada de decisão de maneira a maximizar a sua autonomia e beneficiar da aprendizagem de capacidades para tornar a pessoa mais independente na realização das atividades de vida (Sousa, Martins, & Novo, 2020).

Durante a intervenção no âmbito do referido projeto foi possível perceber que, por vezes, as pessoas vivem numa determinada condição de saúde-doença há muito tempo, mas não possuem o conhecimento e capacidade que lhes permita lidar com essa situação da forma mais eficaz. Por exemplo, uma pessoa com problemas de foro pulmonar e a cumprir terapêutica inalatória administrada há vários anos, demonstrou vários erros no procedimento de autoadministração dessa terapêutica e reconheceu, após ensino e treino da técnica correta e respetiva justificação, que realmente fazia diferença, que “assim fazia muito mais efeito” e se sentia melhor, ficando grato pela intervenção tida. A prescrição de inaladores tem vindo a aumentar pelo efeito que traduz no controlo da sintomatologia nas patologias de base respiratória. Apesar disso, a formação e o treino não têm sido valorizados, o que conduz a um consumo excessivo de inaladores, à troca sistemática dos mesmos e a uma baixa qualidade de vida das pessoas (Faria, 2020).

Ainda na sequência do projeto “Capacitação da Pessoa sob Terapêutica Inalatória em Programa de Reabilitação”, por se detetarem falhas e desconhecimento da forma correta de administração de terapêutica inalatória, mesmo num serviço onde quase todas as pessoas internadas são medicadas com inaladores, realizaram-se 2 sessões de formação, recorrendo ao método expositivo e demonstrativo, sobre a administração de terapêutica inalatória, elaborando o respetivo plano e guião de formação (Apêndices V e VI). A formação de adultos assenta em quatro princípios: trata-se uma formação continuada, deve ter em conta as características próprias dos intervenientes, enriquecendo-os culturalmente e não ter apenas como finalidade a rentabilização económica que poderá ser obtida com a sua formação (Barata, 2017). A formação é um processo de indução de mudança de comportamentos, de atitudes, em que se procura não só o produto, mas também o processo, que é intencional (Barata, 2017). Uma parte significativa da formação profissional ocorre de forma quase despercebida, devido à forte ação socializadora dos contextos e das situações de trabalho, sendo que as possibilidades formativas estão condicionadas pelo ambiente, pela forma de organização, pelas relações existentes, pelo trabalho que se realiza e pela comunicação. Um ambiente que estimule a iniciativa, o diálogo e reflexão sobre as práticas transforma cada profissional num interlocutor significativo e importante em todo o processo formativo (Nunes, 1995 citado por Barata, 2017). Tendo isto em conta, programaram-se sessões de formação para a hora de passagem de turno, de forma chegar ao maior número de profissionais possível, fomentar o diálogo e reflexão sobre a prática.

Optou-se por privilegiar o método demonstrativo e avaliou-se com um pequeno questionário (Apêndice VII).

B3 — Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. Descritivo - Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco (Diário da República n.º 85/2019, Série II, 2019).

A criação de um ambiente terapêutico seguro já é uma responsabilidade inerente ao Enfermeiro, que é acrescida ao Enfermeiro Especialista. Nesta vertente são importantes várias intervenções muito simples, mas fundamentais, como travar a cama, cadeira de rodas ou cadeirão, garantir que não existem obstáculos ou que o chão não está molhado aquando de um treino de marcha, por exemplo. Avaliar a necessidade de contenção física para prevenção de quedas, necessitando a pessoa de maior vigilância após determinada intervenção, garantir essa vigilância (exemplo 1º levante pós cirúrgico), ou pelo próprio, ou assegurando que o enfermeiro responsável pela pessoa consegue fazê-lo. Relativamente à segurança da intervenção é necessário avaliar o risco – benefício da nossa intervenção e saber até onde se pode ir em segurança. Tal implica conhecer o problema da pessoa, saber se tem indicação clínica, verificar valor da hemoglobina, avaliar parâmetros vitais e, garantidas as condições de segurança, intervir.

A garantia das condições de segurança para a pessoa relaciona-se muito com a prevenção de quedas. Nos últimos anos, verificou-se um aumento significativo do número de quedas na população de idosos, especialmente nos que estão hospitalizados. Este crescimento relaciona-se com: a melhoria nos sistemas de notificação de acidentes, o facto das pessoas internadas serem, maioritariamente, mais velhas e ou debilitadas; menor tempo dos enfermeiros junto das pessoas; maior utilização de terapêutica sedativa; défices de conhecimento do idoso sobre as estratégias adequadas de prevenção de queda; práticas individuais e de equipa em termos de comunicação, registo e vigilância do idoso que nem sempre garantem a segurança; e o próprio ambiente hospitalar, diferente do de casa, que pode contribuir para 30% a 50% do total de quedas de doentes internados (Cunha, Baixinho, Henriques, Sousa, & Dixe, 2021).

Os programas de prevenção de quedas a nível hospitalar são múltiplos e direccionados aos principais fatores de risco, como as alterações cognitivas, estados confusionais, alterações da visão, da audição, da audição, da mobilidade, da funcionalidade e da eliminação, efeitos

secundários da medicação, calçado e a nível ambiental (Sousa, Marques-Vieira, & Branco, 2017).

Um estudo de investigação-ação realizado num Centro Hospitalar Português, num serviço de medicina interna, onde participaram 27 profissionais (enfermeiros e auxiliares) teve como objetivo avaliar a eficácia de um programa de intervenção nas práticas e comportamentos da equipa de saúde para prevenir a queda aos idosos hospitalizados. Essa intervenção organizou-se em cinco domínios: formação da equipa, comunicação, liderança, monitorização e suporte mútuo. Os resultados da implementação dessa intervenção apontaram para melhoria das práticas e comportamentos da equipa na gestão do risco de queda da pessoa idosa hospitalizada, especialmente no debate dos fatores de risco e de medidas preventivas de queda, na tomada de decisão, em equipa, das medidas preventivas a serem aplicadas a cada idoso, na comunicação e no interesse em identificar as causas de quedas para prevenir a sua repetição e na documentação rigorosa do mecanismos que originaram a queda. Este estudo possibilitou a discussão sobre o impacto positivo de um líder para a implementação e a dinamização de uma intervenção estruturada nas práticas da equipa para gerir o risco de queda (Cunha, Baixinho, Henriques, Sousa, & Dixe, 2021). Corrobora-se, uma vez mais, a extrema importância da comunicação.

C1 — Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. Descritivo - Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas (Diário da República n.º 85/2019, Série II, 2019).

Como já descrito, a comunicação na equipa multiprofissional é fundamental para garantir a segurança e a qualidade das tarefas delegadas. Foi algo tido em atenção em todos os estágios e que, nem sempre é fácil, pela limitação de recursos humanos, mas é de extrema importância. Se se baixa o débito de oxigénio a uma pessoa, por exemplo, é necessário garantir que há monitorização e vigilância de um enfermeiro. Se realiza treino de marcha com uma pessoa até à casa de banho, que já tolerou em dias anteriores, mas que tem elevado risco de queda por alterações cognitivas e da marcha, a pessoa necessita de vigilância. Mas se o enfermeiro de Reabilitação for solicitado para outra questão prioritária, um auxiliar de ação médica pode ficar a vigiar, mas o enfermeiro deve frisar que não pode deixar a pessoa sozinha e que deve chamar ajuda quando esta terminar o uso do sanitário.

Outra questão importante relaciona-se como o respeito pelo repouso. Se o fisioterapeuta, por exemplo, intervir às 10h, o Enfermeiro de Reabilitação não deve intervir imediatamente a seguir, ou vice-versa, pois a pessoa necessita de tempo para recuperar. Além disso, é essencial comunicar para ter conhecimento do que foi trabalhado e definir prioridades na própria intervenção, de forma que se complemente, com o objetivo de que a pessoa tenha o maior benefício possível. Tal, relaciona-se com os já abordados, modelos de organização das equipas de reabilitação, em que o modelo interdisciplinar promove a colaboração da pessoa, melhorando a sua satisfação, baixando a mortalidade, reduzindo a duração dos internamentos, diminuindo os custos e aumentando a satisfação laboral dos profissionais de saúde envolvidos (Branco, 2017).

A ação do EEER deve desenvolver a sua atividade em sintonia com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, de modo a garantir resultados que reflitam ganhos em saúde para as pessoas, famílias e comunidade, pois esta preocupação é extensível a todos os que trabalham para o mesmo fim, na saúde da população em geral e na melhoria contínua da sua qualidade de vida (Pontes & Santos, 2017).

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados. Descritivo - Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados (Diário da República n.º 85/2019, Série II, 2019).

Este ponto, remete mais uma vez, para a importância da comunicação efetiva, gestão de prioridades e de recursos. Cada situação é complexa e, sabendo o que é o ideal, há que ter em conta os recursos disponíveis, quer físicos, materiais e humanos a fim de, com o disponível, se proporcionarem os melhores cuidados possíveis.

D1 — Desenvolve o auto -conhecimento e a assertividade. Descritivo - Demonstra, em situação, a capacidade de auto -conhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo -se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional (Diário da República n.º 85/2019, Série II, 2019).

O EEER tem um papel preponderante no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, sendo, uma vez mais, com base na comunicação eficaz que se cria uma relação de confiança, tanto na pessoa cuidada, como na equipa multidisciplinar. Ser capaz de

dizer quando algo está menos bem e fazê-lo de forma a que a mensagem não seja mal interpretada é uma tarefa difícil, mas que com assertividade, empatia e recorrendo a evidência científica, tendo sempre em conta as crenças, valores e vontade da pessoa e justificando, é possível. Reconhecer quando não se sabe ou se tem dúvidas, é também fundamental, pois só reconhecendo as nossas limitações podemos atuar em segurança e transmitir confiança. Nessas situações, temos a responsabilidade de encaminhar para quem tenha competência para resolver determinado problema ou procurar ativamente a solução. Além de tudo isso, como forma de motivar e melhorar o ambiente em equipa, torna-se também importante, além de procurar uma melhoria contínua através de formação em contexto informal e formal, elogiar e reconhecer os esforços dos profissionais, realçando aquilo que melhor fazem. Uma equipa motivada estará mais disponível para fazer o melhor possível e conseqüentemente, que as pessoas tenham os melhores cuidados.

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento Descritivo - Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, assumindo -se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (Diário da República n.º 85/2019, Série II, 2019).

A prática do EEER assenta em padrões de conhecimento científico, que já se tem vindo a mencionar ao longo deste capítulo. Em contexto de estágio, como exemplos mais evidentes do desenvolvimento dessas competências posso dar a realização da formação em serviço do estágio I (Apêndices V, VI e VII).

Relativamente a formação, além do Curso de Mestrado, procurei aproveitar os momentos de aprendizagem possíveis. No estágio I participei numa formação sobre ventilação mecânica (aparelho V60); no âmbito do estágio II, para aplicação correta do “MocaTest” fiz o curso de certificação online (Anexo VII); externamente participei na formação da *Coloplast* sobre cateteres intermitentes, realizei o teste de certificação na escala FIM, escala de acesso não livre, no qual obtive uma percentagem 91,67% (Anexo VIII), assisti à formação online da Ordem dos Enfermeiros “*A intervenção da Enfermagem de Reabilitação na sexualidade*” (Anexo IX) e às *1ª Jornadas de Enfermagem de Reabilitação “Transversalidade” do Centro Hospitalar Universitário do Algarve* (Anexo XI). No âmbito do estágio III assisti ainda a uma formação sobre a escala *Alpha FIM* (adaptação da escala FIM ao contexto hospitalar/ pessoa em fase aguda de doença).

O projeto implementando no estágio II pretendia recolher dados de forma a realizar um trabalho de investigação, com fim último de melhorar a forma de intervir na pessoa com negligência unilateral.

No estágio III tive oportunidade de conhecer um projeto de Enfermagem de Reabilitação em parceria com Enfermagem Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, que tem como objetivo a melhoria da incontinência urinária nas mulheres, especialmente em situações pós-parto. As senhoras são sujeitas a um programa de reabilitação de 6 meses, durante os quais são sujeitas a uma avaliação inicial, seguidas em consultas presenciais e via telefónica, sendo realizados ensinamentos e treino sobre exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico e sobre gestão hídrica e, no fim do programa, sujeitas a uma avaliação final.

Segundo Martins, Ribeiro, & Silva (2018), apesar de, na atualidade, a promoção da saúde ser considerada uma área prioritária, tem vindo a ser descurada, no âmbito dos cuidados gerais e dos cuidados especializados, especialmente no contexto hospitalar. Isto impõe que os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação reflitam sobre as suas práticas, no sentido de auxiliarem as pessoas a alcançarem o seu máximo potencial de saúde. Além disso, o internamento hospitalar deve ser olhado como uma oportunidade de promoção da saúde, e não apenas como um período dedicado ao tratamento e à cura da doença (Martins, Ribeiro, & Silva, 2018).

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. Descritivo - Identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, e natureza permanente ou temporária. Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade (Diário da República n.º 85/2019, Série II, 2019).

Durante o período de estágios tive oportunidade de conhecer três contextos diferentes e muito específicos. O primeiro, em que a área de intervenção era mais ao nível respiratório, onde a reeducação funcional respiratória era primordial, mas também o treino de exercício e

possibilidade de realizar aferições de oxigénio com provas de marcha de 6min. Foi possível participar na capacitação das pessoas acerca de exercícios respiratórios, de movimentos isométricos e isotónicos, bem como a autoadministração de terapêutica inalatória. O planeamento de um programa de reabilitação e o acompanhamento da evolução das pessoas foi possível, pois o tempo de internamento assim o permitia. Tal espelha-se nos dois planos de cuidados realizados (Apêndice VIII).

No âmbito do estágio II a aprendizagem, numa unidade cérebro vascular, dado o estado agudo de doença em que as pessoas se encontravam, prendeu-se mais com a correta avaliação neurológica da pessoa e em conseguir definir critérios de segurança para intervir, tais como a realização de TAC de controlo 24h após o evento, tensão arterial sistólica 110-200mmHg, saturação periférica de oxigénio superior ou igual 92%, frequência cardíaca entre 40-110bpm e temperatura inferior a 38,5° (Miranda, 2020), bem como ter em atenção a medicação prescrita, para ter conhecimento de, em que medida afetarão a resposta da pessoa ao exercício ou à estimulação.

A prevenção das consequências da imobilidade no doente crítico foi também um dos focos no contexto do estágio II, sendo esta condicionada pela doença ou pelo efeito de fármacos e, em ambos os casos, emerge como um problema na perspetiva da recuperação funcional. A diminuição da massa muscular e da amplitude articular atrasam ou dificultam os processos de recuperação. Quando o repouso no leito se impõe, os cuidados de enfermagem de reabilitação seguros são um recurso com vista à atenuação dos problemas associados à imobilidade (Belize, & Sousa, 2020).

Ainda no estágio II, foi possível a avaliação das atividades de vida diária de uma pessoa, a quem se aplicou também os testes do projeto descrito no capítulo anterior. A reabilitação na pessoa com AVC deve ser precoce, mas é importante ter em conta que a mobilização prematura de alta intensidade, nas primeiras 24h pós AVC pode reduzir a probabilidade de resultados favoráveis aos 3 meses após o evento, pelo que não é recomendado (Marques-Vieira, Sousa, & Braga, 2017). Inicialmente, os cuidados de enfermagem podem ter uma abordagem mais centrada na prevenção de complicações, mas progressivamente esses cuidados devem ser mais centrados no retorno a uma vida ativa (Marques-Vieira, Sousa, & Braga, 2017). Neste campo de estágio, apesar de não estar diretamente relacionado com as competências do EEER, tive

também oportunidade de acompanhar de perto a via verde AVC e de assistir a uma trombectomia, o que foram experiências enriquecedoras.

A implementação do projeto no âmbito do estágio II relaciona-se com a importância de se utilizarem instrumentos de avaliação válidos e responsivos. A verificação da qualidade métrica dos instrumentos é fundamental para diminuir enviesamentos nos estudos de avaliação da efetividade das intervenções dos EEER. Um instrumento deve ser apropriado para medir o parâmetro em estudo, breve, facilmente aplicável e pouco oneroso para ser considerado clinicamente útil (Sousa, Marques-Vieira, Severino, & Caldeira, 2017). As propriedades métricas (propriedades da medida, psicométricas, clinicométricas) de um instrumento de heteroavaliação são a Reprodutibilidade, Validade e Responsividade (Sousa, 2015).

Uma das principais atividades dos enfermeiros é a avaliação diagnóstica, que permite recolher informação para enunciar diagnósticos de enfermagem. Quanto melhor a qualidade dos instrumentos de avaliação em termos clinicométricos, mais possibilidade o enfermeiro tem de efetuar diagnósticos de enfermagem precisos e acurados, sendo a avaliação da efetividade das intervenções e dos resultados em enfermagem também influenciados pela validade, reprodutibilidade, fiabilidade e responsividade dos instrumentos de avaliação. Daí a importância de se selecionarem instrumentos de avaliação adequados para se avaliar determinada função, que sejam precisos e que detetem alterações/mudança quando de facto existe essa mudança na situação de saúde da pessoa (Sousa L. , Novo, Ferreira, & Marques-Vieira, 2021). Ainda segundo os mesmos autores, caso os instrumentos não estejam validados para a língua portuguesa, e se estiverem, nunca foram utilizados naquela população específica, que se pretende estudar, deve proceder-se à validação desses instrumentos antes da sua aplicação definitiva, tendo sido neste sentido que se realizou o projeto implementado no âmbito do estágio II.

No estágio III tive oportunidade de focar na área de intervenção ortopédica/ condições musculoesqueléticas, mas também de continuar a trabalhar com pessoas com alterações do foro neurológico.

Segundo *Cruz et al*, o conceito de condições músculo esqueléticas inclui uma vasta gama de alterações que afetam as estruturas do sistema locomotor, musculares, articulares, ósseas e do tecido conjuntivo (tendões, ligamentos e cartilagem articular). Estas alterações podem ter de origem traumática ou não traumática de instalação aguda (traumatismos, fraturas)

ou crónica (doenças inflamatórias, degenerativas, metabólicas). Sendo uma das causas mais comuns de dor crónica a longo prazo, de incapacidade funcional e fadiga (Cruz, et al., 2021).

No contexto do estágio III, a condição músculo-esquelética da área ortopédica mais recorrente é a fratura da extremidade proximal do fémur. Este é um dos maiores e mais graves problemas associados ao envelhecimento com elevadas taxas de mortalidade, morbidade e incapacidade funcional, com menos de 50% das pessoas idosas a retomar as atividades de vida diária anteriores à fratura (DGS, 2008; Cruz, et al., 2021).

A intervenção no período pré-operatório da pessoa com fratura da extremidade superior do fémur deve incidir sobre: a redução do edema através da realização de contrações isométricas, mobilizações passivas do membro lesado, melhoria da contratilidade e força dos músculos comprometidos através da realização de contrações isométricas breves, educação e incentivo à realização destas atividades, como exercícios ativos e resistidos do membro não lesado da articulação tibiotársica, pé e dedos do pé; exercícios resistidos para fortalecimento dos membros superiores e do membro inferior contra lateral à lesão (Sousa & Carvalho, 2017).

As intervenções do EEER durante o internamento variam de acordo com as necessidades de casa pessoa, no entanto, o programa de reabilitação deve ter um enfoque nas mobilizações passivas, exercícios ativos assistidos e ativos, exercícios resistidos, exercícios aeróbicos, técnicas respiratórias de reexpansão e desobstrução, ensino de transferências, treino de equilíbrio e utilização de auxiliares de marcha (Sousa & Carvalho, 2017).

Houve oportunidade para realização de mobilizações, treino de equilíbrio estático e dinâmico, treinos de marcha, avaliação de deglutição e reabilitação funcional respiratória. A realização de ensinamentos de treino de exercícios, aconselhamento sobre prevenção de quedas, de úlceras de pressão, lesões cutâneas e outras complicações foram realizados às pessoas como também a alguns familiares.

A família é um sistema dinâmico que se reorganiza de forma a fazer face às mudanças necessárias para a satisfação das suas necessidades básicas e dos seus elementos, bem como da capacidade de adaptação às transformações a que está sujeita. Os profissionais de saúde são apenas mediadores entre os elementos familiares e destes com o seu meio. A intervenção no processo de ensino tem que ser significativa para quem vai aprender, o que se torna um desafio, que vai para além de capacitar o cuidador da pessoa com deficiência ou do deitar de

informação sobre técnicas de cuidados, recursos disponíveis ou mesmo estratégias que para o enfermeiro são pertinentes, mas que para outros intervenientes poderão não ter qualquer significado. (Martins, Martins, & Martins, 2017).

J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação a atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. Descritivo- Analisa a problemática da deficiência, limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade atual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de ações autónomas e ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva. (Diário da República n.º 85/2019, Série II, 2019).

As competências dos enfermeiros de reabilitação tornam inquestionável a relevância dos EEER na promoção de ambientes acessíveis, tendo os Enfermeiros de Reabilitação o dever de se apropriarem dessas competências e da sua responsabilidade acrescida enquanto cidadãos, envolvendo-se na promoção e melhoria das condições de acessibilidade. Os enfermeiros de reabilitação conjuntamente com os órgãos autárquicos podem formar uma parceria significativa de promoção da saúde e da acessibilidade arquitetónica, uma vez que, são os atores políticos de construção de territórios inclusivos, pelo cumprimento de disposições legais (Pereira, Martins, Gomes, Aguilera, & Santos, 2018).

A enfermagem enquanto disciplina científica tem como alvo de cuidados a pessoa, mas também, a família, a comunidade e /ou a sociedade. Desta forma, o EEER deve ser o instigador e o condutor para a integração da pessoa no seu meio, intervindo na sua autonomia e na adaptação ao ambiente, de forma que as suas limitações não impeçam o exercício da cidadania (Silva, Oliveira, Ribeiro, Prazeres, & Ribeiro, 2019)

O treino de Atividades de Vida Diária (AVD) é uma intervenção primordial do EEER, dado que proporciona o desenvolvimento da máxima funcionalidade e qualidade de vida, recorrendo a estratégias adaptativas e produtos de apoio, sendo estes, quaisquer produtos (incluindo dispositivos, equipamentos, instrumentos, tecnologia e *software*) usados para prevenir compensar, monitorizar, aliviar, ou neutralizar as incapacidades, limitação da atividade e restrições na participação (Vigia, Ferreira, & Sousa, 2017).

Após a alta as pessoas com AVC continuam a necessitar de apoio, suporte, orientação, ensinamentos e treino para melhorar os resultados e prevenir complicações. Assim, o trabalho do

enfermeiro de reabilitação deve alargar-se para além do internamento da pessoa com AVC, perspetivando o futuro com maior segurança (Oliveira, Silva, Sá, & Brandão, 2020).

J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. Descritivo Interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor e cardiorrespiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal (Diário da República n.º 85/2019, Série II, 2019).

A evidência científica da atualidade está de acordo no que se refere ao aceitar o treino de exercício e a educação como os pilares fundamentais na reabilitação das pessoas com DPOC, o que reduz a dispneia e fadiga muscular, principais sintomas da doença (Gaspar & Martins, 2018).

As recomendações para a prescrição de exercício físico fundamentam-se nos seguintes critérios: modalidade/tipo de exercício, intensidade, volume, ordem dos exercícios, duração, frequência e progressão. O planeamento do exercício físico deve ter em consideração as várias dimensões da função física: desempenho muscular, resistência cardiovascular, mobilidade/flexibilidade, controlo neuromuscular/coordenação, estabilidade e equilíbrio corporal (Sousa, 2019). Devem ser usadas as estratégias mais adequadas para aumentar a atividade física assim como o exercício físico (tipo, frequência, intensidade, duração), além disso, estas devem ser adaptadas em concordância com as capacidades, necessidades e desejos das pessoas (Sousa, 2019). Os EEER têm competências e conhecimento científico que lhes possibilita a prescrição de exercício físico em populações especiais, contribuindo para a melhoria dos seus resultados em saúde, no âmbito da atividade física e do exercício físico (Sousa, 2019).

Num estudo quasi-experimental, que incluiu pessoas com doença respiratória crónica (DRC), admitidas para programas de reabilitação respiratória, concluiu-se que o programa de reabilitação respiratória conduziu a um aumento da tolerância à atividade e reduziu a dispneia, melhorando assim a independência funcional nos Autocuidados Higiene, vestir-se/Despir-se e Andar. A avaliação foi realizada utilizando Escala London Chest Activity of Daily Living, sendo o impacto da DRC nos autocuidados avaliado no início e no final do programa de reabilitação (Gaspar & Martins, 2018).

3.3.COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

“O grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização e aos que demonstrem:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando -se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;*
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;**
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;*
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;*
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;*
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”* (Direção Geral do Ensino Superior, 2022).

Assim, as competências de Mestre, relacionam-se intimamente com as competências comuns de Enfermeiro Especialista e as competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, já descritas nos subcapítulos anteriores.

Ao longo deste percurso um pouco sinuoso devido a vários fatores, foi necessária a comunicação com pessoas, autores e entidades responsáveis que permitissem a realização de um trabalho científico e eticamente correto, sendo que todo esse caminho trouxe desenvolvimento ao nível das competências de Mestre. No início do projeto, quando se pensou na tradução para Português e contributo para validação da escala Catherine Bergego em Portugal, foi solicitada autorização ao autor da mesma, que foi concedida

(Apêndice IX), mas ressalvando que já alguém teria solicitado essa autorização previamente. Desse modo, foi contactada a pessoa que tinha solicitado a autorização para fazer uma pareceria e / ou ser cedida a tradução de forma a que se desse mais um contributo para o estudo que estava a fazer (Apêndice X). Tal parceria ou cedência de tradução (sempre garantindo a devida referenciação) não foi aceite. Respeitando tal decisão e não sendo correto seguir e partir para a tradução uma vez que já estava a ser feita, optou-se então por outro caminho: usar a tradução da Escala Catherine Bergego para português do Brasil. Solicitada autorização ao autor do Brasil e concedida (Apêndice XI). Assim, elaborou-se o projeto com vista a aplicar no campo de estágio II e foi solicitada aprovação à Comissão de Ética do Centro Hospitalar em questão, que necessitou de várias reformulações. Quando se iniciou o estágio, o projeto ainda não tinha sido aprovado pela comissão de ética e, além disso, surgiu outro problema: o projeto conforme tinha delineado não era passível de ser aplicado, devido à fase aguda de situação de doença em que as pessoas se encontravam bem como à elevada rotatividade. Por todos esses motivos foi necessária nova reformulação do projeto, adequando-o ao contexto. Voltou-se a contactar a comissão de ética e submetido novamente o projeto, mas, pela demora de todo o processo a resposta obtida foi: *“tendo presente a legislação em vigor, as Comissões de Ética para a Saúde não apreciam projetos “a posteriori”*” (Apêndice XII). Todos estes contratemplos, apesar de indesejados, tornaram-se enriquecedores e fonte de aprendizagem. Embora de forma bem diferente do planeado, foi possível aplicar o projeto e tirar algumas conclusões que, se espera, contribuirão para mais estudos na temática abordada. Além de tudo o já mencionado, a própria redação do Relatório permite e proporciona o desenvolvimento das competências de Mestre.

CONCLUSÃO

A vontade de crescer enquanto profissional, melhorar os cuidados prestados e adquirir novos conhecimentos foi o que motivou o ingresso no Curso de Mestrado em Enfermagem. A escolha da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação prende-se com o gosto pessoal pela área e com o rumo o que o trajeto profissional tomou.

Este relatório foi realizado com enfoque na pessoa com AVC do hemisfério direito, com alterações visuo-espaciais e cognitivas. O trabalho realizado teve como objetivo inicial dar um contributo para a validação da escala Catherine Bergego em Portugal, testando a fiabilidade intra e inter observador deste instrumento usado para a avaliação do impacto da negligência unilateral nas atividades de vida diária. Vários fatores, tais como o contexto e a rotatividade de pessoas internadas contribuíram para que não fosse possível implementar o projeto conforme estruturado, o que não impediu de se realizar um estudo sobre a temática das alterações visuo-espaciais e cognitivas nas pessoas com AVC, permitindo a reflexão sobre as mesmas, além de concluir que a escala Catherine Bergego não é aplicável num contexto de doença aguda.

Na elaboração do relatório procurou-se espelhar, numa reflexão, a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, bem como as competências de Mestre. A aquisição destas competências resultou da implementação prática de conceitos ao nível dos estágios, avaliando, planeando, executando, reavaliando, adaptando e refletindo. No que se refere às competências comuns de enfermeiro especialista, destacam-se as experiências proporcionadas pelos estágios, tendo-se desenvolvido práticas de cuidados pautados por princípios ético-deontológicos inerentes à profissão, orientadas no sentido da qualidade de saúde e satisfação da pessoa através da promoção de ambientes seguros e de oportunidades formativas. Relativamente às competências específicas ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, indissociáveis das anteriores, destaca-se o desenvolvimento de planos de intervenção especializados e individualizados, assentes em padrões de excelência, tendo como objetivo a facilitação, a reintegração e participação social, bem como o exercício da cidadania, fomentando a autonomia e funcionalidade. Relativamente à aquisição de competências de mestre em Enfermagem, destaca-se todo o processo relacionado com a elaboração e implementação do processo, bem com as conclusões retiradas do estudo realizado, com a metodologia de estudos casos múltiplos. Devo destacar também atividades que foram realizadas

ao longo dos estágios, como a participação em projetos existentes, a realização de uma formação em serviço e a elaboração de uma folha de registros.

Este relatório, redigido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, além de procurar espelhar as competências comuns de Enfermeiro Especialista, competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e competências de Mestre, procura também fomentar a investigação de enfermagem na temática das alterações visuo-espaciais e da percepção, que por vezes passam despercebidas, mas que têm impacto na funcionalidade e vida das pessoas.

REFERÊNCIAS

- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos de Avaliação em Geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Obtido de file:///C:/Users/user/Downloads/Instrumentos_de_Avalia%C3%A7%C3%A3o_Geri%C3%A1trica_MAIIO_12.pdf
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (Julho / Dezembro de 2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), pp. 59-66. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/84575.pdf>
- Araújo, O., Lage, I., Cabrita, J., & Teixeira, L. (12 de Maio de 2018). Training informal caregivers to care for older people after stroke: A quasi-experimental study. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 2196-2206. Obtido de <https://doi.org/10.1111/jan.13714>
- Askari, H., Yaghoubinia, F., Keykhah, A., & Karimi, F. (Dezembro de 2018). Investigating the Effect of Home-Based Training for Family Caregivers on the Incidence of Bedsore in Patients with Stroke in Ali Ebne Abitaleb Hospital, Zahedan, Iran: A Clinical Trial Study. Obtido de https://www.researchgate.net/publication/329757605_Investigating_the_Effect_of_Home-Based_Training_for_Family_Caregivers_on_the_Incidence_of_Bedsore_in_Patients_with_Stroke_in_Ali_Ebne_Abitaleb_Hospital_Zahedan_Iran_A_Clinical_Trial_Study
- Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (24 de Janeiro de 2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
- Azouvi P, M. F. (1996). Functional consequences and awareness of unilateral neglect: study of an evaluation scale. *Neuropsychol Rehabil.*, pp. 133 - 150.

- Barata, L. F. (2017). Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 123-135). Loures: Lusodidacta.
- Beliz, A., Bule, M., & Sousa, L. (20 de 10 de 2020). Manter a mobilidade articular no doente crítico - estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(S1), pp. 63-69. Obtido de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/104/59>
- Bessa, M. (2013). *A densificação dos princípios da bioética em Portugal. Estudo de caso: a atuação do CNECV*. Porto: Faculdade de Direito da Universidade do Porto. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/71440>
- Bonita, R., & Beaglehole, R. (1988). Recovery of motor function after stroke. . *Stroke*, pp. 497-1500.
- Braga, R. (2017). Avaliação da Função Deglutição. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 181-188). Loures: Lusodidacta.
- Branco, P. S. (2017). Equipa de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 25-34). Loures: Lusodidacta.
- Caldas, A. (2017). Funções Cognitivas. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 139-143). Loures: Lusodidacta.
- Caldas, A. C. (1999). *A Herança de Franz Joseph Gall - O cérebro ao serviço do comportamento humano*. . Amadora: McGraw Hill editora.
- Castro, P., Mendonça, T., Abreu, P., Carvalho, M., & Azevedo, E. (Maio de 2008). National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) International Initiative - versão portuguesa. *Sinapse*, pp. 67-68. Obtido de https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=80269
- Catrini, M., Lier-DeVitto, M. F., & Arantes, L. (Dezembro de 2015). Apraxias: considerações sobre o corpo e suas manifestações motoras inesperadas. *Caderno de Estudos Linguísticos*. doi:10.20396/cel.v57i2.8642396

- Cerqueira, A. V., & Grilo, E. (2019). PREVENÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS DA IMOBILIDADE NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), pp. 78-89. doi:DOI 10.33194/rper.2019.v2.n1.10.4574
- Céspedes, J. M., & Ustarroz, J. T. (2008). *Rehabilitación neuropsicológica*. Madrid: Síntesis.
- Champbell, W., & Barohn, R. (2019). *DeJong's - The Neurologic Examination* (8 ed.). Wolters Kluwer.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2018). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Conselho Internacional de Enfermeiros. Obtido de https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf
- Cruz, A., Sá, M., Conceição, V., Castro, J., Baixinho, C., & Sousa, L. (2021). A Pessoa com Doença Músculo Esquelética. Em C. S. Marques-Vieira, *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com doença aguda* (pp. 761-786). Sintra: SABOOKS & Lusodidacta.
- Cunha, L. F., Baixinho, C. L., Henriques, M. A., Sousa, L. M., & Dixe, M. d. (2021). Avaliação da eficácia de uma intervenção na equipe para prevenir quedas ao idoso hospitalizado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, pp. 1-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019031403695>
- Decreto-Lei n.º 74/2006. (21 de Março de 2006). *Diário da República n.º 60/2006, Série I-A*, 2242 - 2257. Obtido de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/671387/details/maximized>
- Deodato, S. (2017). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 35-39). Loures: Lusodidacta.
- Diário da República n.º 85/2019, Série II. (03 de 05 de 2019). *Regulamento n.º 392/2019*. Obtido de <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized#:~:text=Compet%C3%AAsncias%20espec%C3%AAdficas%20do%20Enfermeiro%20Especialista%20em%20Enfermagem%20de,em%20todos%20os%20contextos%20da%20pr%C3%A1tica%20de%20cuidados%3B>
- Direção Geral do Ensino Superior. (2022). *Mestrado*. Obtido de Direção Geral do Ensino Superior: <https://www.dges.gov.pt/pt/pagina/mestrado>

- Direcção Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional de Saúde para as Doenças Cerebro Vasculares. Obtido de <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-882061-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAARYSzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>
- Duarte, T., Rodrigues, B., Oliveira, D., Pereira, L., Gonçalves, A., & Sousa, L. (Maio de 2017). Instrumentos de Avaliação dos Distúrbios da Percepção em Pessoas com Acidente Vascular Cerebral. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp. 47-58.
- Faria, A. (2020). *O IMPACTO DA CAPACITAÇÃO NO USO DE TERAPÊUTICA INALATÓRIA E OS GANHOS EM SAÚDE NUMA POPULAÇÃO RECLUSA*. Viana do Castelo: Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Obtido de http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2437/1/Armando_Faria.pdf
- Faria, A., Schoeller, M. M., & Matos, L. d. (2017). Percurso da pessoa com acidente vascular encefálico: do evento à reabilitação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 520-528.
- Ferreira, B. (2021). *A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na Avaliação e Intervenção na Pessoa com Deglutição Comprometida*. Beja: Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde.
- Ferro, J., & Pimentel, J. (2013). *Neurologia: Princípios, Diagnóstico e Tratamento*. (2ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Figueiredo, A., Pereira, A., & Mateus, S. (Junho de 2020). ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO VSHEMORRÁGICO: TAXA DE SOBREVIVÊNCIA. *Revista Científica da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco, III(1)*, pp. 35-45. Obtido de https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/7144/1/03_Acidente_vascular_cerebral_isquemico_vs_hemorragico_taxa_de_sobrevivencia.pdf
- Fonseca, A., Pinto, A., Ladeira, F., Marto, J. P., Ferreira, J., & Pereira, L. (2016). *100 perguntas chave na Neurologia: Acidente Vascular Cerebral*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Galhanas, D. (2019). *Processo de aprendizagem na reabilitação cognitiva da pessoa com lesão cerebral adquirida*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Obtido de

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29959/1/Relat%C3%B3rio%20Dulce%20Galhanas.pdf>

Gaspar, L., & Martins, P. (Junho de 2018). Impacto De Um Programa De Reabilitação Respiratória Nos Autocuidados Higiene, Vestir-Se/Despir-Se E andar Avaliados Pela Escala London Chest Of Daily Living Em Pessoas Com Doença Respiratória Crónica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1). Obtido de <https://rper.aper.pt/plugins/generic/pdfJsViewer/pdf.js/web/viewer.html?file=https%3A%2F%2Frper.aper.pt%2Findex.php%2Frper%2Fissue%2Fdownload%2F1%2F1%2F5B%7B%22num%22%3A33%2C%22gen%22%3A0%7D%2C%7B%22name%22%3A%22XYZ%22%7D%2C33%2C799%2C0%5D>

Gaspar, L., Martins, P., & Gomes, F. (27 de Junho de 2019). Efeito da Reabilitação Respiratória nos Sintomas Avaliado pelo CAT e sua Relação com Tolerância à Atividade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), pp. 6-10. Obtido de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/issue/view/3/3>

(2018). *Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória*. Ordem dos Enfermeiros . Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf

Heilman, K., Valenstein, E., & Watson, R. (2000). Neglect and related disorders. *Seminars in Neurology*, 4(20), pp. 463-470. Obtido de <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2000-13179>

Hekmatpou, D., Baghban, E. M., & Dehkordi, L. M. (20 de Março de 2019). The effect of patient care education on burden of care and the quality of life of caregivers of stroke patients. *J Multidiscip Healthc*, pp. 2011-217. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30936715/>

Horta, M., Nozes, A., Paulo, C., Vilardouro, M., Marques, J., & Sousa, L. (28 de 05 de 2020). Fatores De Risco De Queda Na Pessoa Com Acidente Vascular Cerebral. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. Obtido de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/issue/view/5/5>

- Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde. (2022). *Glasgow Coma Scale*. Obtido de <https://www.glasgowcomascale.org/>
- Instituto de Apoio e Desenvolvimento. (2022). *Instituto de Apoio e Desenvolvimento*. Obtido de <http://www.itad.pt/tratamento-de-psicologia/apraxia/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (16 de 07 de 2021). *Instituto Nacional de Emergência Médica*. Obtido de Indicadores de Desempenho do INEM: <https://extranet.inem.pt/stats/?stat=203&ano=2021&DISTRITO=>
- Instituto Nacional de Estatística. (1 de Março de 2021). *Portal Oficial - Instituto Nacional de Estatística*. Obtido de Causas de Morte: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=458514604&DESTAQUESmodo=2
- International Council of Nurses. (2003). *Ethical guidelines for nursing research*. Genbra: ICN.
- Lopes, M. L., Anna, M. S., Ferreira, H., & Fiorelli, R. (2018). As diferentes manifestações de heminegligência e sua avaliação clínica. *Fisioterapia Brasil*, pp. 241- 248. Obtido de <file:///C:/Users/user/Downloads/Asdiferentesmanifestaesdahemineglignciaesuaavaliaclnica.pdf>
- Mahoney., F., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*.(14), pp. 61-65.
- Marques, C., Souza, J., Gonçalves, M., Silva, T., Costa, R., Modolo, G., . . . Bazan, R. (Janeiro - Março de 2019). Validation of the Catherine Bergego Scale in patients with unilateral spatial neglect after stroke. *Dement. neuropsychol*. Obtido de <https://www.scielo.br/j/dn/a/HqmpHLjnCBRdWgfYmg7cLJd/?lang=en>
- Marques-Vieira, C., Sousa, L., & Braga, R. (2017). Reabilitar a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 465-474). Loures: Lusodidacta.
- Martins, M. M., Martins, A. C., & Martins, A. R. (2017). Reeducação Familiar/Social - Reconstrução da Vida Familiar e Social no Processo de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 67-76). Loures: Lusodidacta.

- Martins, M. M., Ribeiro, O., & Silva, J. V. (Junho de 2018). O Contributo Dos Enfermeiros Especialistas Em Enfermagem De Reabilitação Para A Qualidade Dos Cuidados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, pp. 22-29. Obtido de <https://rper.aper.pt/plugins/generic/pdfJsViewer/pdf.js/web/viewer.html?file=https%3A%2F%2Frper.aper.pt%2Findex.php%2Frper%2Fissue%2Fdownload%2F1%2F1#%5B%7B%22num%22%3A72%2C%22gen%22%3A0%7D%2C%7B%22name%22%3A%22XYZ%22%7D%2C33%2C799%2C0%5D>
- Martins, M. M., Ribeiro, O., & Silva, J. V. (26 de 11 de 2018). Orientações Concetuais dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação em Hospitais Portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), pp. 42-48. Obtido de <https://rper.aper.pt/plugins/generic/pdfJsViewer/pdf.js/web/viewer.html?file=https%3A%2F%2Frper.aper.pt%2Findex.php%2Frper%2Fissue%2Fdownload%2F2%2F2#%5B%7B%22num%22%3A85%2C%22gen%22%3A0%7D%2C%7B%22name%22%3A%22XYZ%22%7D%2C33%2C799%2C0%5D>
- Mateus, C. M. (2011). *Avaliação Neuropsicológica da Heminegligência Visuo-espacial após Acidente Vascular Cerebral: Um Estudo Exploratório*. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/57451/2/29531.pdf>
- Matos, M. d., & Simões, J. (15 de 12 de 2020). Enfermagem De Reabilitação Na Transição Da Pessoa Com Alteração Motora Por Avc: Revisão Sistemática Da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), pp. 11-19. doi:10.33194/rper.2020.v3.n2.2.5770
- MD, Z. N. (2021). *MoCA - Cognitive Aecessment* . Obtido de <https://www.mocatest.org/>
- Menoita, E. (2017). Prevenção das Úlceras por Pressão. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 571-586). Loures: Lusodidacta.
- Menoita, E., Sousa, L., Pão-Alvo, & Vieira, C. M. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC*. Lusodidacta.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Bilhetes de Indentidade dos Indicadores que Integram o Core de Inidicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de*

- Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9748/enfermagem-reabilitacao.pdf>
- Ministério da Saúde. (2018). Retrato de Saúde 2018. Obtido de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Miranda, J. (2020). *Proposta de protocolo hospitalar de mobilização precoce para indivíduos com acidente vascular cerebral agudo internados na U-AVC/UFU*. Brasil: Universidade Federal de Uberlândia. Obtido de <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/30397>
- Nunes, H. (2016). *Funcionalidade e qualidade de vida em doentes vítimas de acidente vascular cerebral isquémico: estudo da influência do período de tempo decorrido entre alta clínica e saída efectiva, e do encaminhamento pós-hospitalar*. Coimbra: Universidade de Coimbra. Obtido de [file:///C:/Users/user/Downloads/Funcionalidade%20e%20qualidade%20de%20vida%20em%20doentes%20v%C3%ADtimas%20de%20acidente%20vascular%20cerebral%20isqu%C3%A9mico%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Funcionalidade%20e%20qualidade%20de%20vida%20em%20doentes%20v%C3%ADtimas%20de%20acidente%20vascular%20cerebral%20isqu%C3%A9mico%20(1).pdf)
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação em Enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS|IPS. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação em enfermagem*. Setúbal: IPS, ESS, Departamento de Enfermagem. Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Nunes, L., & Poeira, A. F. (2021). *Apostilha de Investigação I. Da origem à disseminação do conhecimento*. Setúbal: Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Obtido de file:///C:/Users/user/Desktop/Apostilha%20de%20Investigacao%20_2021.pdf
- Oliveira, A., Ana Silva, N. S., & Brandão, S. (03 de 06 de 2020). *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. Consulta De Enfermagem De Reabilitação Ao Doente Pós Evento Cerebrovascular: Que Desvios Encontrados Ao Plano Delineado À Alta*

- Pelo Enfermeiro De Reabilitação?*, pp. 5-13. Obtido de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/issue/view/5/5>
- Oliveira, A., Silva, A., Sá, N., & Brandão, S. (03 de 06 de 2020). Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. *Consulta De Enfermagem De Reabilitação Ao Doente Pós Evento Cerebrovascular: Que Desvios Encontrados Ao Plano Delineado À Alta Pelo Enfermeiro De Reabilitação?*, pp. 5-13. Obtido de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/issue/view/5/5>
- Oliveira, D. (2020). *Qualidade dos Cuidados ao Doente com AVC*. Leiria: Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Leiria. Obtido de [file:///C:/Users/user/Downloads/Qualidade%20dos%20Cuidados%20ao%20Doente%20com%20AVC_DianaOliveira%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Qualidade%20dos%20Cuidados%20ao%20Doente%20com%20AVC_DianaOliveira%20(2).pdf)
- Oliveira, S. d., & Caldas, C. (Maio/Agosto de 2020). Processo De Transição Do Familiar Para O Papel De Cuidador Familiar De Um Idoso Dependente. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 17(2). doi:<https://doi.org/10.5335/rbceh.v17i2.11889>
- Ordem dos Enfermeiros . (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico do Enfermeiro. *Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2006). *Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais*.

Genebra: Organização Mundial de Saúde. Obtido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>

Pereira, R., Martins, M., Gomes, B., Aguilera, J., & Santos, J. (1 de 12 de 2018). A Intervenção Do Enfermeiro De Reabilitação Na Promoção Da Acessibilidade. *Revista Potuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), pp. 66-72. Obtido de <https://rper.aper.pt/plugins/generic/pdfJsViewer/pdf.js/web/viewer.html?file=https%3A%2F%2Frper.aper.pt%2Findex.php%2Frper%2Fissue%2Fdownload%2F2%2F2%5B%7B%22num%22%3A85%2C%22gen%22%3A0%7D%2C%7B%22name%22%3A%22XYZ%22%7D%2C33%2C799%2C0%5D>

Pestana, H. (2017). Sistemas de Informação e a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 77-88). Loures: Lusodidacta.

Pinto, J., Lopes, J., Oliveira, J., Amaro, J., & Costa, L. (s.d.). *Métodos para Estimação de Reprodutividade de Medidas*. Obtido de Faculdade de Medicina do Porto: <https://users.med.up.pt/~joakim/intromed/estatisticakappa.htm>

Pontes, M. M., & Santos, A. (2017). A Gestão de Serviços de Enfermagem de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 89-99). Loures: Lusodidacta.

Priberam. (2021). *Priberam dicionário*. Obtido de <https://dicionario.priberam.org/apraxia>

Reabilitação, A. d. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Reis, G., & Bule, M. J. (2017). Capacitação e Atividade de Vida. Em C. Marques-Vieira, & L. Spua, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 57-65). Loures: Lusodidacta.

Ribeiro, O. M., Martins, M. M., Tronchin, D. M., & Forte, E. C. (2018). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2(27). doi:<https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>

- Rocha, I., Bravo, M., Sousa, L., Mesquita, A., & Pestana, H. (2020). Intervenção Do Enfermeiro De Reabilitação No Ganho De Equilíbrio Postural Na Pessoa Após Acidente Vascular Cerebral: Estudo De Ca. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(Suplemento 1), pp. 5-17. Obtido de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/issue/view/6/6>
- Sánchez-Huamash, C. M., & Cárcamo-Cavagnaro, C. (s.d.). Videos to improve the skills and knowledge of stroke patients' caregivers .
- Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., & Freitas, S. (30 de Novembro de 2015). Mini-Mental State Examination: Avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreo e Diagnóstico do Défice Cognitivo. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, pp. 240-248. Obtido de https://www.researchgate.net/profile/Raquel-Lemos-3/publication/301862656_Mini-Mental_State_Examination_Screening_and_Diagnosis_of_Cognitive_Decline_Using_New_Normative_Data/links/572a41b008ae057b0a078dbf/Mini-Mental-State-Examination-Screening-and-Diagno
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., & Coutinho, E. (jun/dez de 2015). O Cuidado Humano Transicional como Foco de Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e da Linguagem Cipe. *Millenium*(49), pp. 153-171.
- Saverino, A., Waller, D., Rantell, K., Parry, R., Moriarty, R., & Playford, E. (2016). The role of cognitive factors in predicting balance and fall risk in a neuro-rehabilitation setting. *Plos One*, pp. 1-14. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. . Coimbra: Quarteto Editora.
- Serviço Nacional de Saúde. (02 de 11 de 2021). Obtido de <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/11/02/acidente-vascular-cerebral/>
- Silva, C., Oliveira, F., Ribeiro, M., Prazeres, V., & Ribeiro, O. (28 de 11 de 2019). Novos Desafios Para Velhos Problemas:O Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Reabilitação Na Promoção Da Acessibilidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(2), pp. 20-25. Obtido de <https://rper.aper.pt/plugins/generic/pdfJsViewer/pdf.js/web/viewer.html?file=https%3A%2F%2Frper.aper.pt%2Findex.php%2Frper%2Fissue%2Fdownload%2F4%2F4#>

5B%7B%22num%22%3A97%2C%22gen%22%3A0%7D%2C%7B%22name%22%3A%22XYZ%22%7D%2C33%2C799%2C0%5D

- Silva, D. M. (2002). *Correntes de pensamento em ciências de enfermagem*. Millenium,26.
- Silva, M. (2006). Medidas de resultados. *ESSfisionline*, pp. 59-75.
- Silva, R. d., & Paes, Â. T. (2012). Por dentro da estatística - teste de concordância Kappa. *Educação continuada em saúde einstein*, pp. 165-6. Obtido de <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/2715-165-166.pdf>
- Soares, C. M. (2018). *Readaptação Funcional da Pessoa Com Alterações Cognitivas por Lesão Cerebral Adquirida: Intervenção Especializada em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29481/1/Readapta%20a7%20a3o%20Funcional%20da%20Pessoa%20com%20Altera%20a7%20b5es%20Cognitivas%20por%20LCA.pdf>
- Sociedade Portuguesa do AVC. (2011). Obtido de <https://static.lvengine.net/spavc2013/Imgs/pages/publicacoes/FRV%20AVC%20Jan%202011.pdf>
- Sohlberg, M. M., & Mateer, C. A. (2011). *Reabilitação Cognitiva - Uma abordagem Neuropsicológica integrada*. São Paulo: Santos Editora.
- Sousa, L. (Junho-Setembro de 2015). As propriedades psicométricas dos instrumentos de heteroavaliação. *Enformação*, pp. 20-24. Obtido de https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/998/1/enformacao_06_2015_20-24.pdf
- Sousa, L. (Junho de 2019). Atividade Física e Exercício Físico: Fundamentos e Aplicações em Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, pp. 4-5. Obtido de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/issue/view/3/3>
- Sousa, L. M., Marques-Vieira, C. M., Caldevilla, M. N., Henriques, C. M., Severino, S. S., & Caldeira, S. M. (Dezembro de 2017). Risco de quedas em idosos residentes na comunidade: revisão sistemática da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, pp. 1-9. Obtido de

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/FRQ6QWHQwb8Dqww5VKQynKH/?format=pdf&lang=pt>

- Sousa, L., & Carvalho, M. L. (2017). Pessoa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 421-431). Loures: Lusodidacta.
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., & Branco, P. S. (2017). Prevenir a Queda: Um Indicador da Qualidade dos Cuidados. Em L. Sousa, & C. Marques-Vieira, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 559-570). Loures: Lusodidacta.
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2017). Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação para a Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação. Em L. Sousa, & C. Marques-Vieira, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 113-121). Lisboa: Lusodidacta.
- Sousa, L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), pp. 64-69. doi:<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>
- Sousa, L., Martins, M., & Novo, A. (6 de 2020). A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), pp. 63-68. Obtido de <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/132/85>
- Sousa, L., Novo, A., Ferreira, R. F., & Marques-Vieira, C. (2021). Avaliar para gerir a doença aguda: propriedades clinicométricas dos instrumentos e avaliação económica em enfermagem. Em C. M. Vieira, L. Sousa, & C. L. Baixinho, *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 31-39). Sintra: Sabooks Editora.
- Sousa, L., Novo, A., Ferreira, R., & Marques-Vieira, C. (2021). Avaliar para Gerir a Doença Aguda: Propriedades Clinicométricas dos Instrumentos e Avaliação Económica em Enfermagem. Em Marques-Vieira, Sousa, & Baixinho, *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 31-39). Sabooks Lusodidacta.

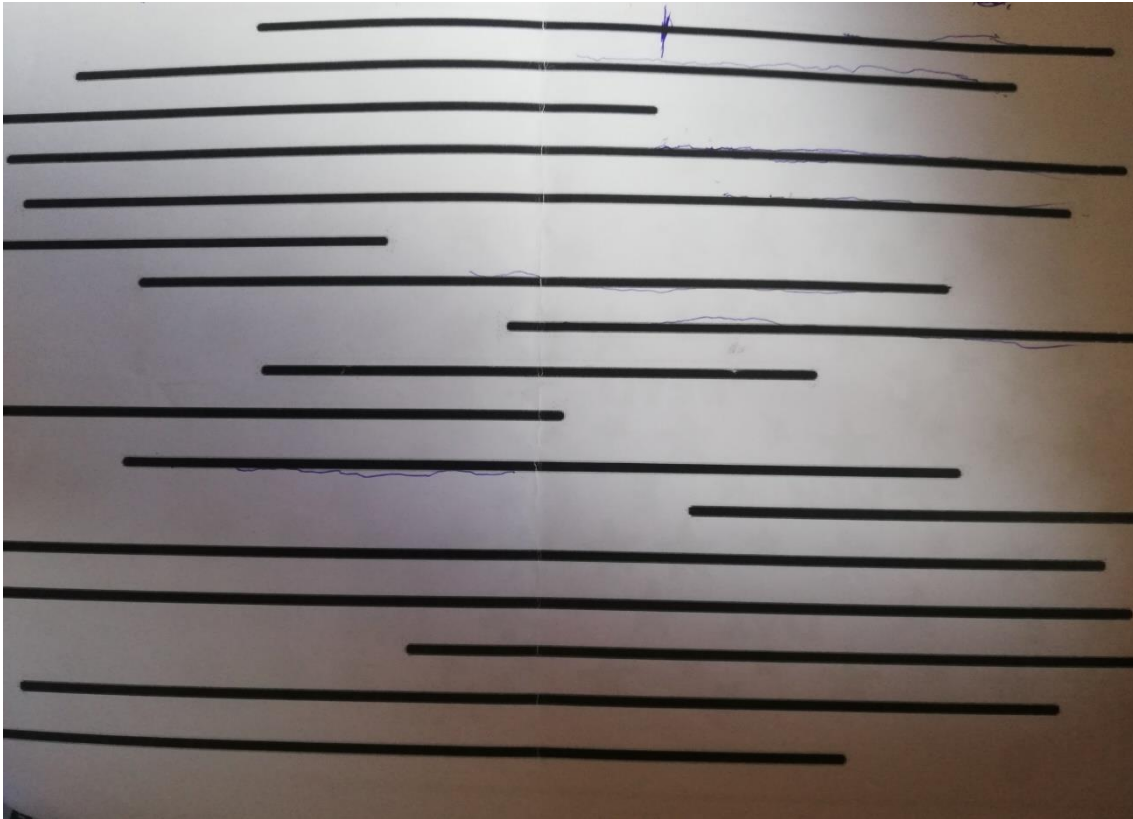
- Tan, C.-E., Hi, M.-Y., Azmi, N. S., Ishak, N. K., Farid, F. A., & Aziz, A. F. (24 de Março de 2020). Caregiving Self-efficacy and Knowledge Regarding Patient Positioning Among Malaysian Caregivers of Stroke Patients. *Cureus*. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32337117/>
- Tsaousides, T., & Gordon, W. (2009). Cognitive Rehabilitation Following Traumatic Brain Injury: Assessment to Treatment. *Mount Sinai journal of medicine*, 2(76), pp. 173-181. doi:10.1002/msj.20099
- Varanda, E., & Rodrigues, C. (2017). Avaliação da Pessoa com Alterações da Função Cognitiva: Avaliar para Reedurcar e Readaptar. Em C. M. Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 145-158). Loures: Lusodidacta.
- Varanda, E., Rodrigues, C., & Costa, A. (2015). *Avaliação e estimulação do doente com alterações do estado de consciência*. Almada: Hospital Garcia da Horta.
- Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2017). Treino de Atividades de Vida Diária. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 351-363). Loures: Lusodidacta.

APÊNDICES

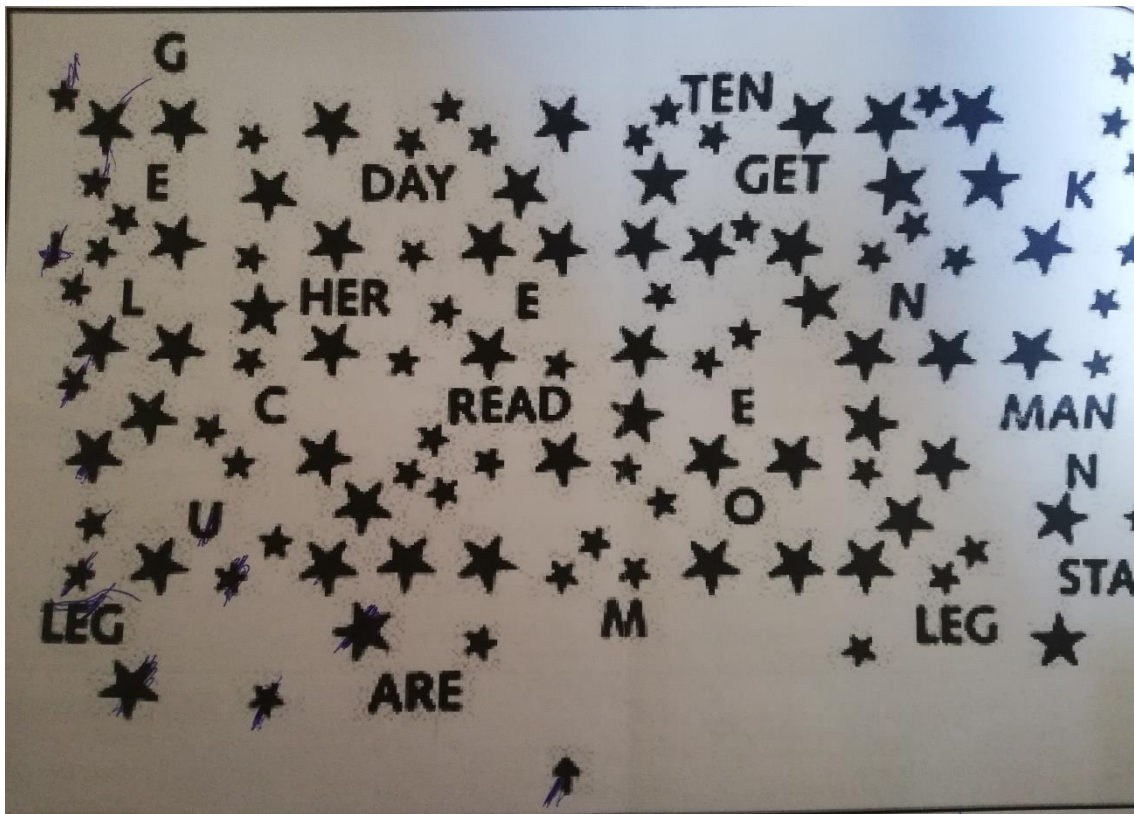
Apêndice I - Desempenho dos participantes *line bisection test*, *star cancelation test* e *secção visuoespacial/executiva do MoCA test*.

PESSOA A

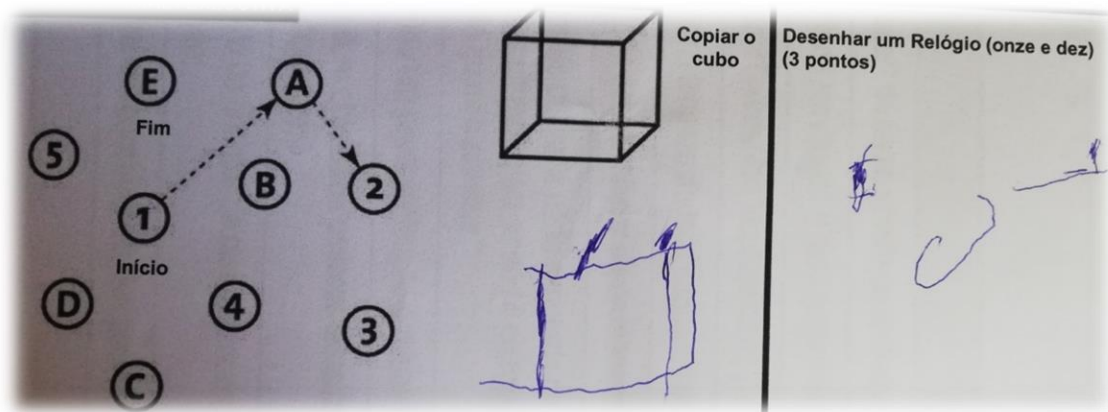
line bisection test (A)



Star cancellation test (A)

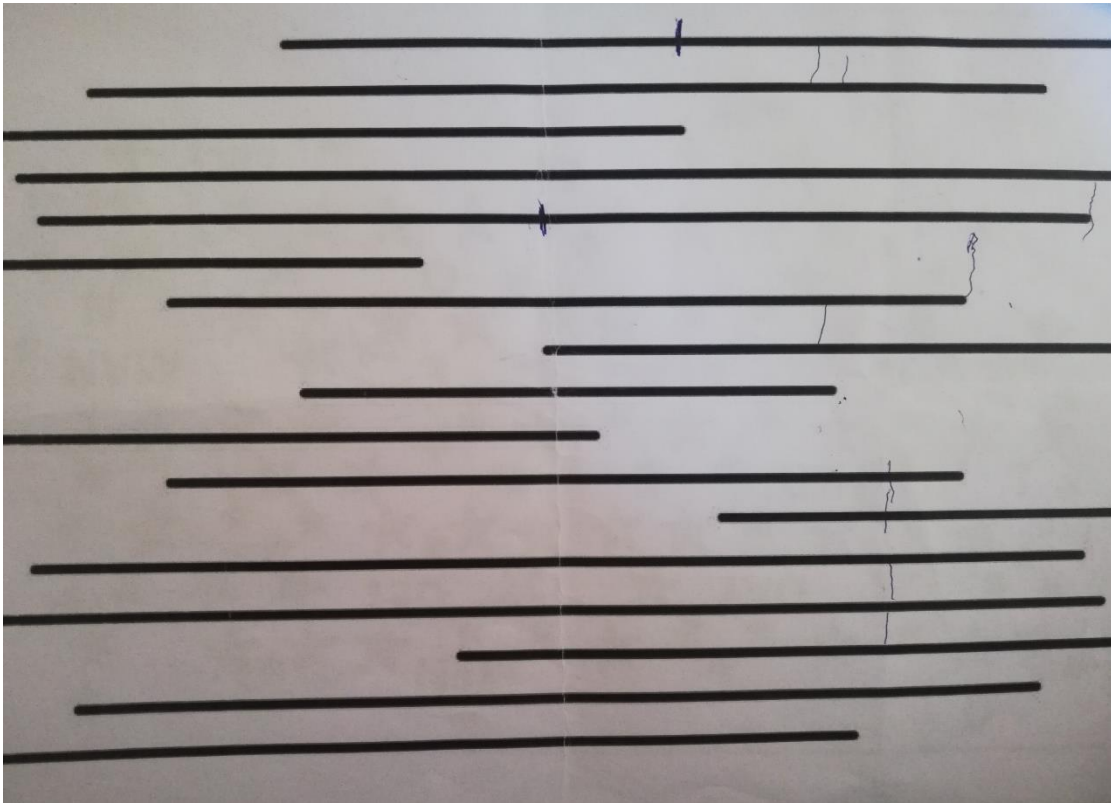


Secção Visuoespacial/executiva do MoCA test (A)

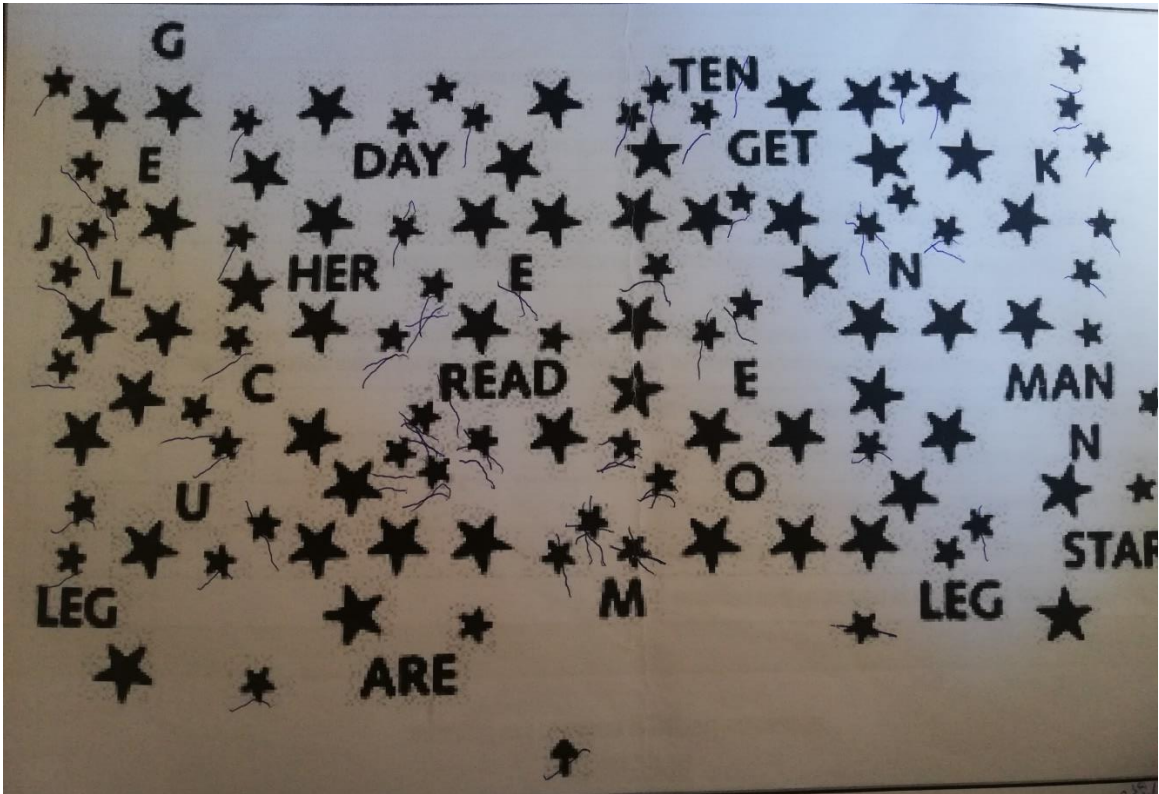


PESSOA B

Line bisection test (B)



Star cancellation test (B)



Secção Visuoespacial/executiva do MoCA test (B)

VISUO-ESPACIAL / EXECUTIVA

Diagram showing a sequence of steps: (E) Fim, (A), (B), (2), (1) Início, (D), (4), (3), (C), (5).

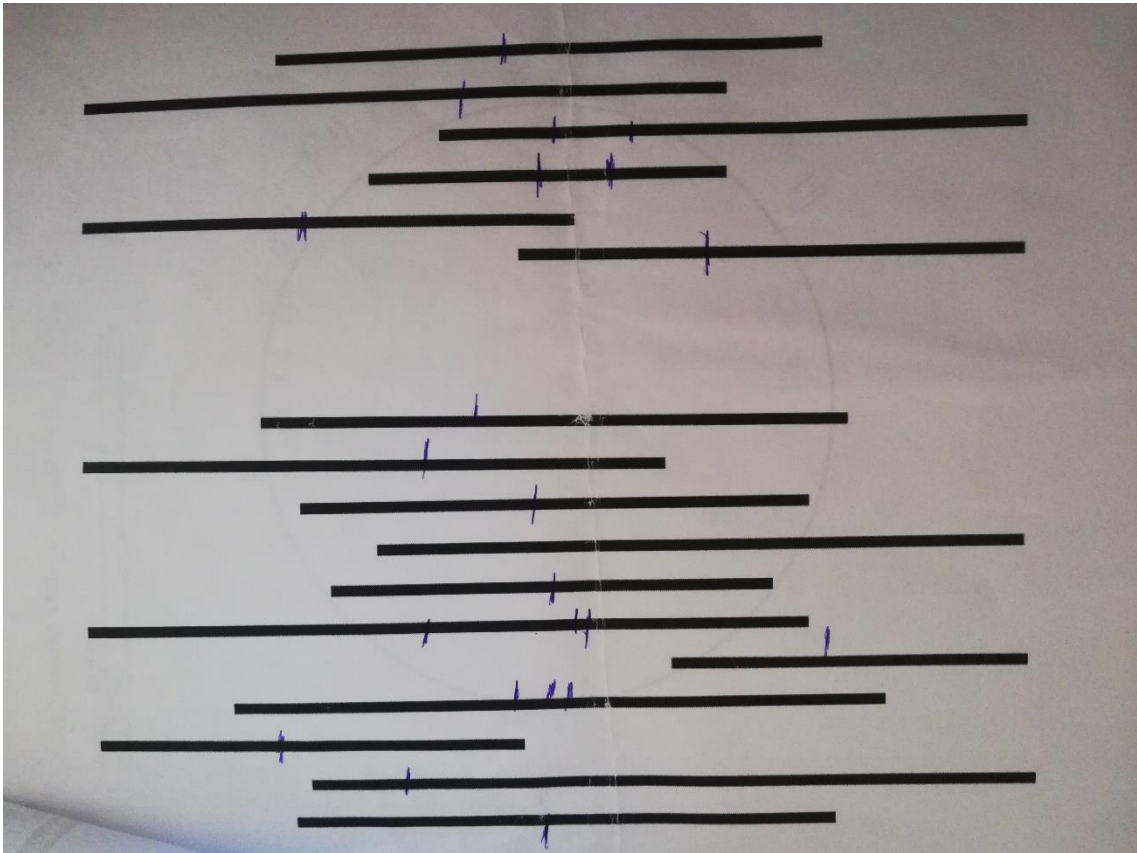
Copiar o cubo

Desenhar um Relógio (onze e dez) (3 pontos)

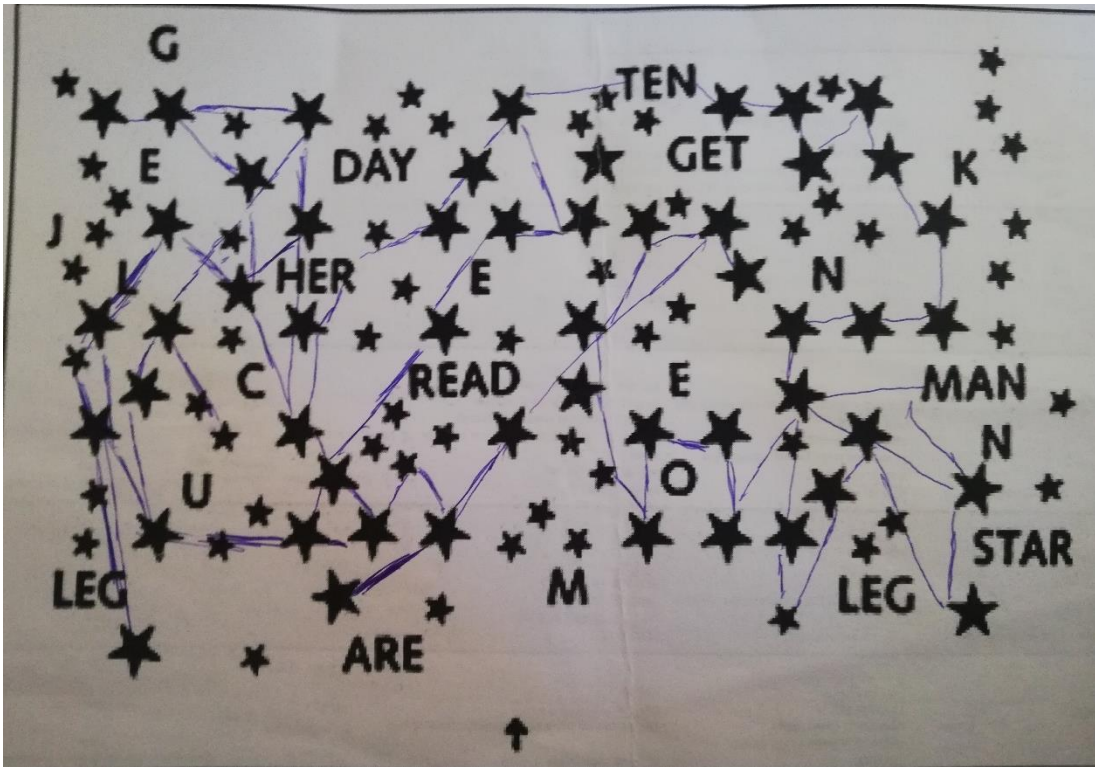
A hand-drawn clock face showing the time 11:10. The hands are drawn in blue ink, and the numbers 1 through 12 are also drawn. The clock is enclosed in a circle.

PESSOA C

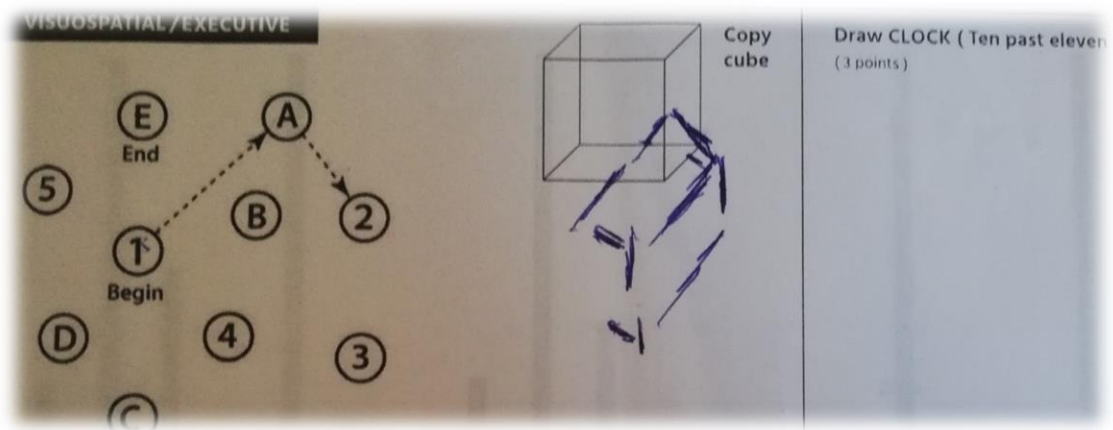
Line bisection test (C)



Star cancellation test (C)

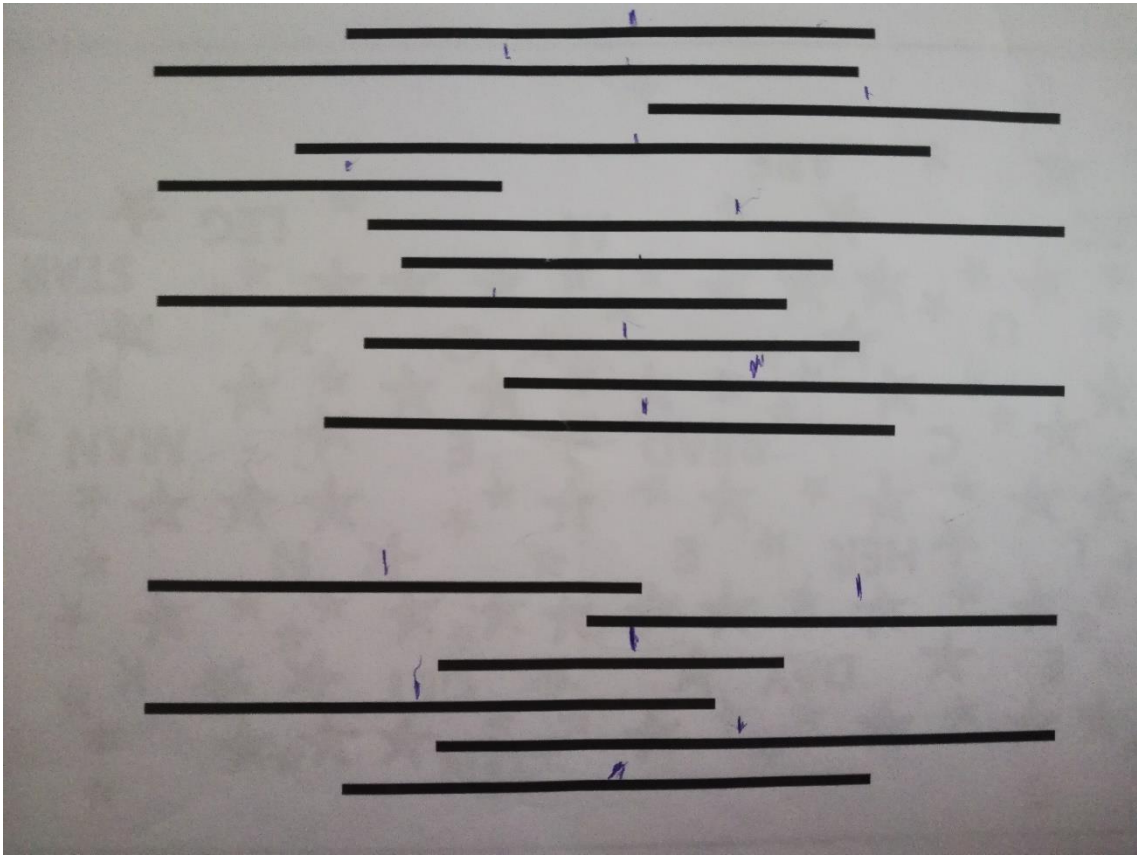


Secção Visuoespacial/executiva do MoCA test (C)

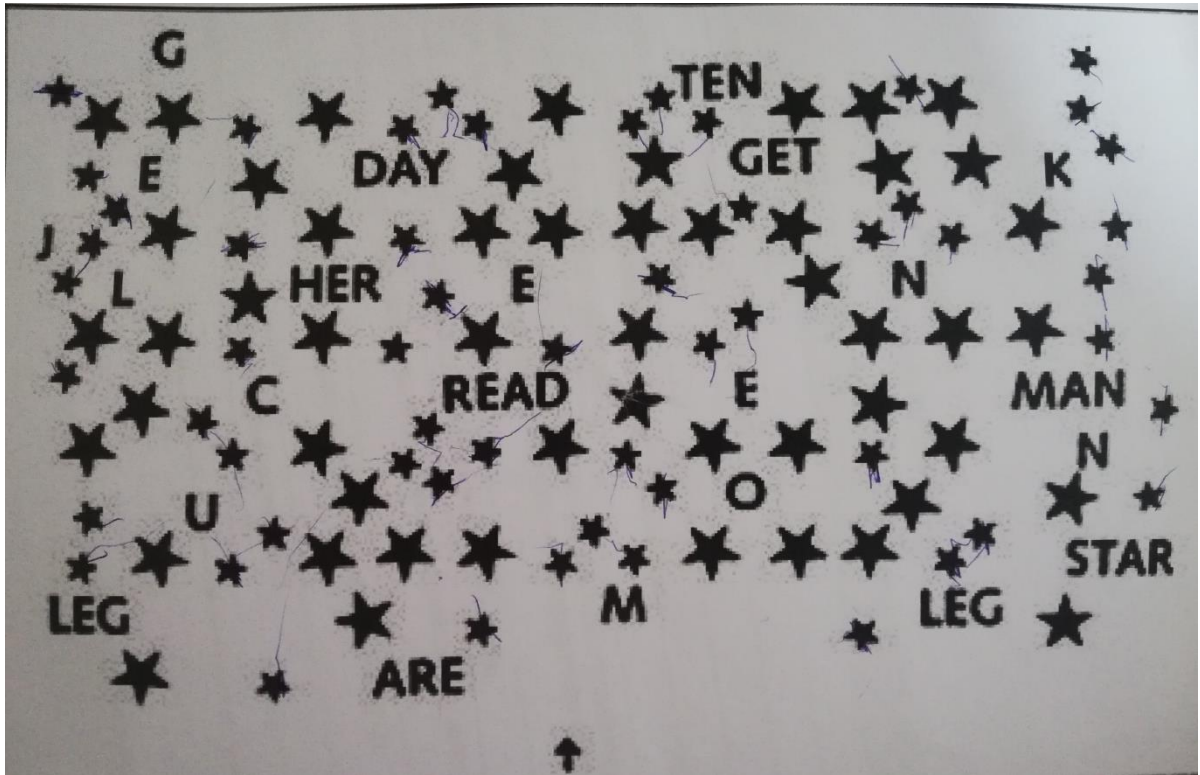


PESSOA D

Line bisection test (D)



Star cancellation test (D)



Secção Visuoespacial/executiva do *MoCA test* (D)

VISUO-ESPACIAL / EXECUTIVA

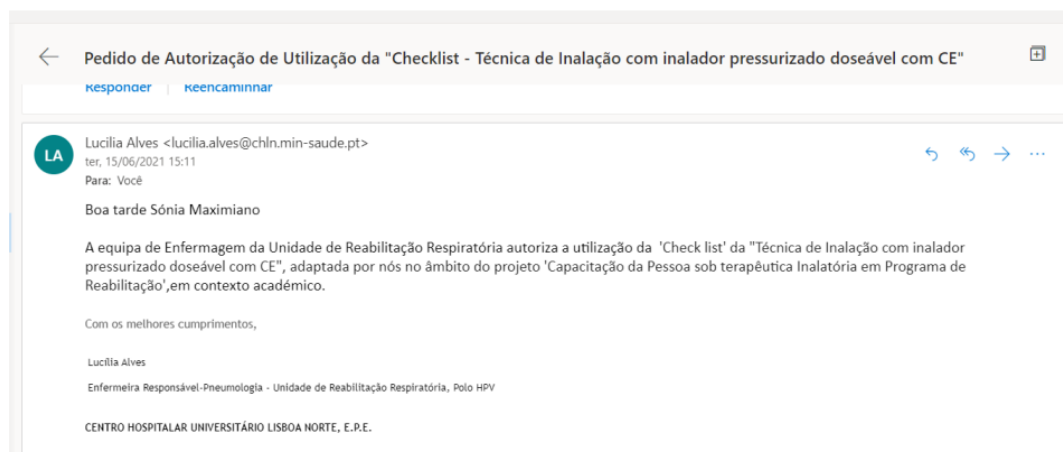
A diagram for a visuospatial/executive task. It shows a sequence of points labeled A, B, C, D, and E. Point A is at the top, B is to its right, C is at the bottom, D is to its left, and E is at the top left. A dashed arrow points from A to B, and another from B to C. A solid line connects C to D, D to E, and E to A. The word 'Início' is written near point 1, and 'Fim' is written near point E. There are also numbers 2, 3, 4, and 5 scattered around the diagram.

Copiar o cubo

Desenhar um Relógio (onze e dez)
(3 pontos)

A blank area for drawing a clock face, with some faint scribbles at the bottom.

Apêndice II – Autorização para incluir o projeto “Capacitação da Pessoa sob Terapêutica Inalatória em Programa de Reabilitação” no trabalho académico



Apêndice III - Fundamentação teórica da folha de registros na área de intervenção ortopédica

Folha de Registos de Enfermagem de Reabilitação – Ortopedia

Introdução

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação necessitam documentar o processo de tomada de decisão e são responsáveis pela produção e gestão da informação que influencia direta e indiretamente a qualidade e os resultados dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2015).

Os Sistemas de Informação são de extrema importância para o registo e consulta de informação e para extração de dados, que permite a produção de evidência científica, mas continua a ser um desafio espelhar os cuidados que realmente são prestados e os resultados que daí advém (Pestana, 2017). No sentido de dar um contributo para uma melhoria nesta vertente, surgiu o desafio de criar uma folha de registos de Enfermagem de Reabilitação específica para área ortopédica.

No serviço de ortopedia/neurocirurgia onde decorre o estágio, a condição músculo-esquelética da área ortopédica mais recorrente é a fratura da extremidade proximal do fémur. Este é um dos maiores e mais graves problemas associados ao envelhecimento com elevadas taxas de mortalidade, morbilidade e incapacidade funcional, com menos de 50% das pessoas idosas a retomar as atividades de vida diária anteriores à fratura (DGS, 2008; Cruz, et al., 2021).

Fundamentação Teórica

Segundo *Cruz et al.*, o conceito de condições músculo esqueléticas, inclui uma vasta gama de alterações afetam as estruturas do sistema locomotor, musculares, articulares, ósseas e do tecido conjuntivo (tendões, ligamentos e cartilagem articular). Estas podem ter de origem traumática ou não traumática de instalação aguda (traumatismos, fraturas) ou crónica (doenças inflamatórias, degenerativas, metabólicas). Sendo uma das causas mais comuns de dor crónica a longo prazo, de incapacidade funcional e fadiga (Cruz, et al., 2021).

O diagnóstico de fraturas é clínico e radiológico. História de queda associado a dor local, incapacidade funcional, encurtamento e rotação externa do membro inferior afetado, são elementos fundamentais no diagnóstico clínico. A radiografia da é normalmente suficiente para confirmar a fratura. Estas fraturas são consideradas urgências cirúrgicas. A decisão terapêutica dependerá sempre duma avaliação cuidadosa logo no local do traumatismo, e depois no serviço de urgência, sejam pessoas jovens ou idosas, com o objetivo de estabilização clínica da pessoa, redução da dor e prevenção de complicações (Cruz, et al., 2021).

Caso as condições clínicas da pessoa não permitam tratamento cirúrgico de urgência, dever-se-á realizar temporariamente uma imobilização percutânea ou esquelética do membro afetado, de modo a reduzir a dor e manter o foco de fratura devidamente alinhado e estável. As opções de tratamento dependem do tipo de fratura:

- Fratura da cabeça do fémur:
 - Osteossíntese com um ou dois parafusos;
 - Artroplastia da anca – total ou parcial;
- Fratura da colo do fémur:
 - Artroplastia da anca – total ou parcial;
- Fratura trocantérica:
 - Osteossíntese extra medular com parafuso cervico-cefálico deslizante – *Dynamic Hip Screw (DHS)*;
 - Osteossíntese deslizante intramedular – *Proximal Femoral Nail Antirotation (PNFA)*
 - Osteossíntese com cravos elásticos de Ender. (Cruz, et al., 2021).

Os focos de atenção dos cuidados de enfermagem no pós-operatório devem ter em consideração: recuperar a homeostase; controlar dor e manter o conforto; reduzir o edema; manter a estabilidade do membro; manter a imobilização da fratura reduzida; restaurar a função articular e muscular; prevenir complicações; promover a autonomia e a conseqüentemente a independência funcional da pessoa nos autocuidados; melhorar a qualidade de vida da pessoa. Após estabilização hemodinâmica e para prevenir diversos tipos de complicações, o levante precoce, 24h após a cirurgia, está indicado (Cruz, et al., 2021).

Segundo Laires et al. (2015) citado por Cruz, et al. (2021) 20 a 30% das pessoas com fratura da extremidade proximal do fêmur acabam por falecer, 50-60% apresentam perda funcional e/ou motora e, apenas 30-40% das pessoas obtêm recuperação funcional para níveis anteriores à fratura, pelo que o seu impacto clínico e socioeconómico é imenso e não se restringe à ocorrência em si, mas sobretudo às suas consequências (Cruz, et al., 2021).

Morri et al. (2017) citado por Cruz et al (2021) identificam como fatores facilitadores para a recuperação funcional, independentemente do tipo de fratura e da cirurgia, o levantar e a mobilização do membro operado o mais precoce possível, assim como, fazer carga total ou parcial, instruir e treinar as transferências cama-cadeira e dos cuidados de higiene na presença e, posteriormente, com a colaboração do cuidador informal, supervisionando-os. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação desempenha um papel preponderante na recuperação da pessoa após uma fratura da extremidade superior do fêmur, pois a sua intervenção tem o objetivo de restituir a capacidade funcional que a pessoa tinha antes da fratura, minimizando a incapacidade e dependência e aumentando a autonomia qualidade de vida (Sousa & Carvalho, 2017).

Stasi et al (2019) citado por Cruz et al (2021), concluiu que a reabilitação deve iniciar nas primeiras 48h e ir até as 12 semanas pós-operatório, adequando as intervenções ao tipo de cirurgia realizada, sendo que, após a alta, o programa de reabilitação deve ser continuado no domicílio, três vezes por semana e a partir da 4ª semana, defendem que o fortalecimento dos abdutores do membro inferior operado é fundamental, pois aumenta a força isométrica da musculatura abduutora do membro inferior, maximizando a capacidade funcional (Cruz, et al., 2021).

Existem vários instrumentos de avaliação para várias áreas ou funções que podem ser aplicados à pessoa com fratura da extremidade superior do fêmur, bem como a pessoas com outras alterações músculo-esqueléticas, tais como:

- Dor – Escala Visual Analógica;
- Força muscular segmentar – Medical Council Reserch;
- Equilíbrio – Berg Balance Scale;
- Desempenho físico – Six Minute Walking Test; Timed Up and Go.
- Mobilidade – Morton Mobility Index
- Amplitudes articulares – Goniómetro

- Funcionalidade: Atividades básicas de vida diária – Medida de Independência Funcional; Índice de Barthel

(Sousa & Carvalho, 2017)

A reeducação funcional da pessoa com fratura da extremidade superior do fémur passa pela reeducação funcional respiratória (RFR) e reeducação funcional motora (RFM) nos períodos pré e pós-operatórios. A nível da RFR pode fazer-se consciencialização da respiração, exercícios abdominodiafragmáticos, exercícios de reeducação costal, ensino da tosse e ensino dirigido à pessoa de acordo alguma patologia cardiorrespiratória, no pré e no pós-operatório. No que se refere à RFM, devem fazer-se exercícios isométricos tanto no pré como no pós-operatório, com contrações isométricas abdominais, dos glúteos e do quadríceps. Os exercícios isotónicos aconselháveis no pré-operatório são mobilizações ativas livres, assistidas ou resistidas dos membros sãos. No pós-operatório, além destes, devem fazer-se mobilizações ativas assistidas / resistidas do membro operado de acordo com a tolerância da pessoa (flexão/extensão da articulação coxofemoral com extensão e flexão do joelho, abdução / adução da articulação coxofemoral até à linha média do corpo, dorsiflexão / flexão plantar da articulação tibiotársica) (Sousa & Carvalho, 2017).

Artoplastia da anca

A Artroplastia é um tratamento tanto para fraturas da cabeça e do colo do fémur, como para pessoas com osteoartrose da anca. A osteoartrose é uma patologia bastante comum e segundo a OMS cerca de 10% da população mundial com idade superior a 60 anos apresenta osteoartrose, dessas 80% têm limitação dos movimentos e 25% apresenta diminuição da capacidade funcional no desempenho das suas atividades. A prótese total da anca consiste na substituição da superfície articular do acetábulo e do fémur por materiais artificiais, na prótese parcial, apenas a componente femoral é substituída. Os ganhos, a curto e médio prazo, são bons na melhoria da dor, mobilidade e independência funcional na realização das atividades de vida diária, assim como na melhoria da qualidade de vida (Cruz, et al., 2021).

Existem várias vias abordagem cirúrgicas, entre as quais:

- Via anterio-lateral ou de Watson-Jones – minimiza a rutura da musculatura, embora envolva má exposição do fémur, o que pode conduzir a fraturas da diáfise

do fêmur ou mau posicionamento da prótese. No posicionamento deve usar-se um rolo.

- Via lateral ou de Hardinge – Melhora a exposição femoral e reduz o risco de luxação, mas a divisão do tendão glúteo pode afetar negativamente o padrão da marcha. No posicionamento deve usar-se o triângulo abdutor.
- Via posterior ou de Moore – permite ótima visualização com baixo risco de fratura femoral, no entanto, requer o descolamento dos rotadores externos curtos com uma capsulectomia posterior, aumentando o risco de deslocamento. No posicionamento deve usar-se o triângulo abdutor (Cruz, et al., 2021).

Independentemente da via de abordagem cirúrgica, para prevenir a luxação, na mobilização da articulação coxofemoral é aconselhável não fazer uma adução que ultrapasse a linha média, flexão maior que 90° e rotação interna. No entanto, não há evidência que suporte estes cuidados na prevenção da luxação, dependendo esta mais da condição da pessoa e da técnica cirúrgica (Cruz, et al., 2021).

A pessoa deve ser posicionada em decúbito dorsal com o membro operado em extensão, abdução e ligeira rotação externa, usando um triângulo de abdução entre os membros inferiores para estabilizar e evitar a rotação interna e a adução. O membro operado deve ser posicionado com uma pequena almofada na região poplíteia, de forma a promover uma pequena flexão de 30° por períodos de 2 horas. O posicionamento em decúbito lateral para o lado não operado deve ser feito a partir do decúbito dorsal, com os membros inferiores fletidos a cerca de 70° e com uma almofada volumosa entre os membros para apoiar o membro operado, evitando adução e rotação interna (Cruz, et al., 2021).

O levante deve ser precoce (1° ou 2° dia após a cirurgia) e com transferência para cadeira, se a pessoa não apresentar alterações. O procedimento passa por lateralizar a pessoa para o lado não operado com os joelhos fletidos a 70° e uma almofada volumosa entre os joelhos. Depois fazer carga no cotovelo e arrastar os membros inferiores para fora da cama, até à posição de sentado, com uma almofada entre os joelhos. Antecede a preparação de cadeira com braços e com uma altura suficiente para evitar flexão da articulação coxofemoral superior a 90° (Cruz, et al., 2021).

A marcha deve ser iniciada, após o treino de equilíbrio, com dispositivo auxiliar de marcha, normalmente com canadianas a três pontos e sem carga no membro operado ou

andarrilho. Inicialmente, a marcha deve treinar-se em superfícies planas e sem obstáculos e, posteriormente, treinar subir e descer escadas (Cruz, et al., 2021).

Algumas recomendações mais significativas para a pessoa submetida à artroplastia da anca são: Fazer marcha com canadianas ou andarrilho durante três meses; não carregar pesos; não fazer flexão da anca a mais de 90°; não sentar-se em superfícies baixas; não fazer a flexão do tronco sobre a bacia, para levantar objetos do chão; utilizar um elevador de sanita; não cruzar as pernas; não levantar objetos do chão; não aumentar de peso; não conduzir até indicação clínica; evitar as posições de adução e rotação interna. Torna-se também importante abordar a retoma da atividade sexual e as posições que podem interferir com o risco de luxação (Cruz, et al., 2021).

Metodologia

Em termos metodológicos, para a construção da folha de registos de Enfermagem de Reabilitação, recorreu-se ao Padrão Documental dos Cuidados da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, selecionando-se os focos mais relevantes para a área de intervenção ortopédica, tendo por base a fundamentação teórica acima mencionada, recolhida através de consulta bibliográfica.

Resultados

Os focos Andar, Andar com Auxiliar de Marcha, Auto Cuidado Higiene, Auto Cuidado ir ao Sanitário; Auto Cuidado Vestuário; Equilíbrio Corporal; Movimento Muscular; Rigidez Articular; Transferir-se, tendo em conta as respetivas dimensões de conhecimento e aprendizagem de capacidades foram as selecionadas para constar na folha de registos (Apêndice I).

Conclusão

Os registos de Enfermagem de Reabilitação são de extrema importância para a continuidade de cuidados bem como para extração de dados para produção de evidência científica e conseqüente melhoria dos cuidados.

Referências

Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (24 de Janeiro de 2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

Cruz, A., Sá, M., Conceição, V., Castro, J., Baixinho, C., & Sousa, L. (2021). A Pessoa com Doença Músculo Esquelética. Em C. S. Marques-Vieira, *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com doença aguda* (pp. 761-786). Sintra: SABOOKS & Lusodidacta.

Pestana, H. (2017). Sistemas de Informação e a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 77-88). Loures: Lusodidacta.

Sousa, L. (2017). Pessoa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 421-431). Loures: Lusodidacta.

**Apêndice IV – Folha de Registos na área de intervenção
ortopédica**

Data: _____	Dor (Escala Visual Analógica): T.A.: _____mmHg F.C.: _____bpm SpO2: _____% F.R.: _____(ciclos/minuto)	Dor (Escala Visual Analógica): T.A.: _____mmHg F.C.: _____bpm SpO2: _____% F.R.: _____(ciclos/minuto)	Presença de Familiar/cuidador? (Observações)
Foco			
Rigidez articular	<input type="checkbox"/> Executar <input type="checkbox"/> Ensinar <input type="checkbox"/> Instruir <input type="checkbox"/> Treinar técnica de exercício muscular e articular: <input type="checkbox"/> Ativo – Resistido <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Ativo-assistido <input type="checkbox"/> Passivo <input type="checkbox"/> Passivo com dispositivo auxiliar		
E			
Movimento Muscular	Articulação	Movimento	Goniometria
	<input type="checkbox"/> Ensinar <input type="checkbox"/> Instruir <input type="checkbox"/> Treinar técnica de exercício muscular e articular: <input type="checkbox"/> Auto mobilização <input type="checkbox"/> Exercícios de fortalecimento muscular <input type="checkbox"/> Exercícios de motricidade fina <input type="checkbox"/> Agachamentos		
	Movimento	Grau de Força (MRC)	
Transferir-se	<input type="checkbox"/> Avaliar <input type="checkbox"/> Ensinar <input type="checkbox"/> Instruir <input type="checkbox"/> Treinar <input type="checkbox"/> Adaptação do domicílio para transferir-se <input type="checkbox"/> Dispositivo auxiliar para transferir-se <input type="checkbox"/> Técnica de adaptação para transferir-se Escala FIM (parâmetro transferências cama /cadeira/cadeira de rodas): _____		

Equilíbrio Corporal	<input type="checkbox"/> Avaliar <input type="checkbox"/> Ensinar <input type="checkbox"/> Instruir <input type="checkbox"/> Treinar <input type="checkbox"/> Equilíbrio estático sentado _____ <input type="checkbox"/> Equilíbrio dinâmico sentado _____ <input type="checkbox"/> Equilíbrio ortostático estático _____ <input type="checkbox"/> Equilíbrio ortostático dinâmico _____ Pontuação Escala de Equilíbrio de Berg: _____ <input type="checkbox"/> Executar <input type="checkbox"/> Ensinar <input type="checkbox"/> Instruir <input type="checkbox"/> Treinar Técnica de treino de equilíbrio Alternância de Carga: <input type="checkbox"/> Membros Inferiores <input type="checkbox"/> Membros Superiores <input type="checkbox"/> Apoio Unipodal <input type="checkbox"/> Contorno de obstáculos <input type="checkbox"/> Exercícios de coordenação de movimentos <input type="checkbox"/> Facilitação cruzada <input type="checkbox"/> Correção postural	
Andar/ Andar com auxiliar de Marcha	<input type="checkbox"/> Avaliar <input type="checkbox"/> Ensinar <input type="checkbox"/> Instruir <input type="checkbox"/> Treinar <input type="checkbox"/> Adaptação do domicílio para andar / andar com auxiliar de marcha <input type="checkbox"/> Técnica de adaptação para andar / andar com auxiliar de marcha <input type="checkbox"/> Apoio unilateral <input type="checkbox"/> Apoio bilateral <input type="checkbox"/> Auxiliar de Marcha _____ Tipo de Marcha: _____ Distância percorrida: _____	
Auto cuidado higiene	<input type="checkbox"/> Avaliar <input type="checkbox"/> Ensinar <input type="checkbox"/> Instruir <input type="checkbox"/> Treinar <input type="checkbox"/> Adaptação do domicílio para autocuidado: higiene <input type="checkbox"/> Dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene <input type="checkbox"/> Técnica de adaptação para o autocuidado: higiene Escala FIM (parâmetro banho): _____	
Auto cuidado vestuário	<input type="checkbox"/> Avaliar <input type="checkbox"/> Ensinar <input type="checkbox"/> Instruir <input type="checkbox"/> Treinar <input type="checkbox"/> Dispositivo auxiliar para o autocuidado: vestuário <input type="checkbox"/> Técnica de adaptação para o autocuidado: vestuário Escala FIM (parâmetros vestir metade superior/vestir metade inferior): ____/____	
Auto cuidado uso do sanitário	<input type="checkbox"/> Avaliar <input type="checkbox"/> Ensinar <input type="checkbox"/> Instruir <input type="checkbox"/> Treinar <input type="checkbox"/> Adaptação do domicílio para autocuidado: uso do sanitário <input type="checkbox"/> Dispositivo auxiliar para autocuidado: uso do sanitário <input type="checkbox"/> Técnica de adaptação para autocuidado: uso do sanitário	

Apêndice V – Plano de Formação - Administração de terapêutica inalatória – inaladores pressurizados de dose calibrada.

Plano de Sessão: Administração de terapêutica inalatória – inaladores pressurizados de dose calibrada.

Data: 07-06-2021; 15-06-2021

Público – alvo: Equipa de Enfermagem de Pneumologia – Unidade de Infeciologia Respiratória do Hospital Pulido Valente

Objetivo Geral: Atualizar conhecimentos sobre técnica / terapêutica inalatória.

Objetivos Específicos: - Identificar os inaladores pressurizados.

- Conhecer a técnica correta de administração deste tipo de terapêutica inalatória

	Assunto / Conteúdos/Atividade	Métodos e Técnicas	Recursos Didáticos	Avaliação	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Introdução ao tema administração de terapêutica inalatória; - Definição de objetivo geral e objetivos específicos. 	Expositivo	----	Observação direta	2min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Vantagens da terapêutica inalatória; - Técnica de inalação com inalador pressurizado: frequência; técnica; manuseamento - Limpeza dos equipamentos. 	Expositivo/ Demonstrativo	Inaladores + câmara expansora; Grelha de avaliação “técnica de inalação com inalador pressurizado doseável (pMDI) com câmara expansora	Observação direta Questão em papel	8 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Importância de administrar terapêutica inalatória da forma recomendada. - Síntese 	Interrogativo	---	Observação direta	2min

Formadora: Sónia Cristina Lopes Maximiano

Apêndice VI - Guião de formação - Administração de terapêutica inalatória – inaladores pressurizados de dose calibrada

CONTEÚDOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

- ✓ Apresentação (especialidade; objetivos comuns)
- ✓ Check list adaptada pelos ER - URR
- ✓ Tipos de Inaladores – especificar inaladores pressurizados com câmara expansora;
- ✓ Tipos de fármacos:
 - Salbutamol – Broncodilatador
 - Ipratrópio - Colinérgicos - atuam na expetoração
 - Budenosida - Corticóide – edema
- ✓ Iniciando a demonstração:
 - Explicar o procedimento à pessoa
 - A pessoa deve estar sentada ou de semi-sentada
 - Retirar o contentor cilíndrico e aquecer com as mãos
 - Adaptar novamente ao dispositivo, agitar na vertical e adaptar à câmara expansora;
 - A pessoa deve fazer uma expiração lenta;
 - Colocar a câmara expansora, preferencialmente usando o bucal (entre os dentes, fechar os lábios e colocar a língua por baixo – evitar fuga)
 - Tentar coordenação “mão – pulmão” clicar no puff e inspirar
 - Pedir à pessoa que respire pela boca 3 a 5 ciclos;
 - Se estiver prescrito mais do que um “puff”, voltar a agitar e repetir o procedimento;
 - Caso a pessoa não tenha controlo ventilatório ou seja uma criança deve usar-se a máscara e solicitar que respire pela boca;
 - Caso tenha mais inaladores prescritos a essa hora, deve seguir-se a ordem de administração;
 - Após inalação do corticoide, lavar a cavidade oral e face (se uso de máscara);
- ✓ A administração da terapêutica inalatória de forma correta é que permite a sua eficácia. Mesmo administrando corretamente, apenas 10% do fármaco inalado atinge a superfície pulmonar, se não o fizermos a quantidade de fármaco a atingir a superfície pulmonar é quase nula.
- ✓ A câmara expansora deve ser higienizada semanalmente – com água quente e detergente suave, passa-la primeiro por água limpa e depois por água com detergente, sacudir e deixar secar em ar ambiente.
- ✓ Sempre que possível tentar capacitar a pessoa para a auto-administração de terapêutica inalatória por inalador pressurizado.

Apêndice VII – Avaliação de Formação - Administração de terapêutica inalatória – inaladores pressurizados de dose calibrada.

Avaliação da Sessão de Formação

Foram realizadas duas sessões de formação.

07/06/2021 – Estiveram presentes 7 pessoas (3 público alvo);

15/06/2021 – Estiveram presentes 4 pessoas (2 público alvo);

No final de cada sessão foi entregue a seguinte questão de avaliação.

Avaliação da Sessão de Formação – Administração de terapêutica inalatória com inalador pressurizado doseável com câmara expansora

Considerou a sessão de formação útil?

Data: ___/06/2021

Sim – desconhecia a técnica correta;

Sim – conhecia a técnica correta, mas é sempre importante relembrar;

Não – conhecia a técnica correta e não tinha necessidade de relembrar nenhum pormenor.

A resposta obtida por todos os formandos foi “sim – conhecia a técnica correta, mas é sempre importante relembrar”.

Apêndice VIII – Planos de Cuidados

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Universidade de Évora

Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

5.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

2020/2021

Estágio em Enfermagem de Reabilitação

Unidade de Reabilitação Respiratória – Pneumologia – Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Lisboa Norte

SÉRIE DE PLANOS DE CUIDADOS

Docente Orientador: Professor Luís Sousa

Supervisores Clínicos: Enf^a. Cátia Sebastião; Enf.º Pedro Teixeira

Discente: Sónia Maximiano, estudante nº47129

Junho 2021

Conteúdo

INTRODUÇÃO	3
MATERIAIS E MÉTODOS	4
CASO 1	4
1. Dados Gerais	4
2. Historial de Saúde	5
3. Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação	6
4. Resultados / Interpretação de Resultados	6
CASO 2	8
5. Dados Gerais	8
6. Historial de Saúde	8
7. Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação	9
8. Resultados / Interpretação de Resultados	10
Conclusão	11
Referências	12
I - Pedido de autorização de utilização da grelha de avaliação “Técnica com inalador pressurizado doseável com câmara expansora	
II – Dados colhidos através de escalas (caso 1)	
III – Dados clínicos (caso 1)	
IV – Plano de Cuidados (caso 1)	
V – Dados colhidos através de escalas (caso 2)	
VI – Dados clínicos (caso 2)	
VII– Plano de Cuidados (caso 2)	
Anexos	
Anexo I – Escala de Borg Modificada	
Anexo II – Índice de Barthel	
Anexo III – Grelha de Avaliação – Técnica de inalação com inalador pressurizado doseável com câmara expansora.	

INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio em Enfermagem de Reabilitação, inserido no 2º semestre do 1º ano do Plano de Estudos do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, regido pela Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora, no ano letivo 2020/2021, surge como um dos métodos de avaliação a elaboração de um Plano de Cuidados.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) tem competências para cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. O EEER prescreve e implementa programas de reeducação funcional cardiorrespiratória, com o objetivo de assegurar e maximizar a capacidade funcional, prevenindo complicações e evitando o impacto das mesmas. (Diário da República n.º 85/2019, Série II, 2019)

Em Portugal, as doenças respiratórias crónicas atingem 40% da população portuguesa. As incapacidades das pessoas com doença respiratória são muitas e bem conhecidas, sendo os programas de reabilitação respiratória uma componente essencial no cuidar, sendo também reconhecido que o programa de reabilitação tem sob a pessoa alvo de cuidados, um efeito benéfico, quer no prognóstico da doença, com menor número de exacerbações e menor mortalidade, quer na utilização racional dos serviços de saúde disponíveis, com menor recurso à urgência e a consultas não programadas, constituindo-se assim uma importante ferramenta e uma mais-valia na gestão da doença respiratória devendo esta ser um foco de atenção por parte do EEER. (Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória, 2018)

O presente trabalho foi desenvolvido no Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. – Hospital Pulido Valente – Pneumologia – Unidade de Reabilitação Respiratória Serviço, sendo composto pela exposição dos materiais e métodos, colheita de dados, historial de

saúde, seguida de avaliação de Enfermagem e elaboração de Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, finalizando com a discussão de resultados e conclusão.

MATERIAIS E MÉTODOS

Neste trabalho são abordados dois casos, sendo os respetivos planos cuidados elaborados em linguagem CIPE, segundo o Padrão Documental de Enfermagem de Reabilitação (Reabilitação, 2015), tendo sido a colheita de dados realizada com recurso à consulta do processo clínico, de exames complementares diagnósticos, à observação, à avaliação e monitorização de sinais vitais, técnica de auscultação pulmonar, avaliação da dispneia recorrendo à escala de Borg Modificada, e da funcionalidade recorrendo ao índice de Barthel. Inicialmente recorreu – se também à London Chest Daily Activity, mas sendo a maioria dos itens aplicáveis ao contexto domiciliário chegou-se à conclusão que a sua aplicabilidade neste contexto não seria adequada. (Enfermeiros, 2016) Foi também utilizada a “Check-list” da “Técnica de inalação com inalador pressurizado doseável” adaptada da orientação da DGS nº10/2017 pela equipa da Unidade de Reabilitação Respiratória do Hospital Pulido Valente no âmbito do projeto “Capacitação da pessoa sob terapêutica inalatória em programa de reabilitação”, cuja autorização para a sua utilização neste trabalho foi solicitada e autorizada pela equipa (Apêndice I).

Como metodologia de síntese e organização da informação, utilizaram-se duas tabelas (avaliações com recurso a escalas e dados clínicos,) onde se resumem os dados colhidos ao longo do plano de reabilitação, nos diferentes dias de intervenção, a par do respetivo plano de cuidados.

CASO 1

1. Dados Gerais

Informação biográfica: A pessoa C. D., Sexo feminino, 88 anos, nacionalidade Portuguesa.

Profissão: Aposentada;

Residência: Reside com o marido, tem apoio de empregada diária e filhos levam alimentação.

2. Historial de Saúde

2.1 Motivo de Internamento: pessoa “com quadro de cansaço fácil e agravamento dos edemas dos membros inferiores com uma semana de evolução. Foi medicada com antibiótico pelo médico do domicílio por presunção de infecção respiratória sem melhoria. Levada ao serviço de urgência por agravamento do quadro de dispneia e prostração. Na admissão do serviço de urgência pessoa muito emagrecida, pouco reativa, hipotensa, polipneica, com cianose labial e acidémia respiratória com pH mínimo de 7,22, PaCO₂ 89 hiperoxémia (realizada com máscara de alto débito). Angio-TC tórax e abdominal – sinais de tromboembolismo periférico no lobo superior esquerdo, sendo duvidosa a coexistência de tromboembolismo segmentar no lobo superior direito. Durante a permanência no serviço de urgência realizou VNI em modo binível 25/5 com FiO₂ baixo, com melhoria clínica.

2.2 Antecedentes pessoais: Hipertensão arterial; Enfisema pulmonar tabágico.

2.3 Diagnóstico Médico: tromboembolismo pulmonar; DPOC agudizada; insuficiência cardíaca direita descompensada.

2.2 Meios complementares diagnóstico:

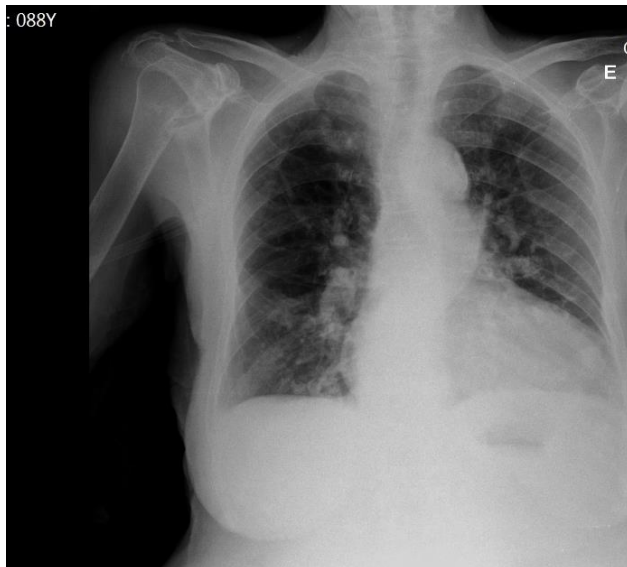


Imagem 1 – Radiografia Torax Caso 1

3. Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação

Avaliada a pessoa com a metodologia acima referida (resultados - Apêndices II e III) foram estabelecidos os seguintes diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação:

- Ventilação comprometida;
- Conhecimento não demonstrado autocontrole do padrão respiratório;
- Potencial para melhorar a capacidade para autocontrole do padrão respiratório;
- Intolerância à atividade;
- Conhecimento não demonstrado sobre terapêutica inalatória com inalador pressurizado doseável com câmara expansora;
- Potencial para melhorar técnica de auto-administração de terapêutica inalatória com inalador pressurizado doseável com câmara expansora;

O plano de cuidados foi elaborado a partir dos diagnósticos acima identificados, tendo conta a especificidade da pessoa (Apêndice IV).

4. Resultados / Interpretação de Resultados

Observando a tabela em Apêndice II:

- Relativamente à dispneia há uma melhoria ao longo do plano de reabilitação, traduzida pela diminuição do valor da escala de Borg Modificada ao longo dos dias de intervenção. No primeiro dia a senhora refere dispneia intensa (5), no segundo moderada (3) e no final leve (3).

- No que se refere à funcionalidade, há um aumento na pontuação no índice de Barthel, o que reflete um progresso de uma dependência funcional grave para uma dependência funcional moderada;

- Relativamente à capacidade para auto administrar inaloterapia de forma adequada, embora não tenha apreendido todos os passos, houve uma melhoria desde a primeira abordagem.

Analisando a tabela em Apêndice III:

- Em relação à frequência cardíaca não houve alterações significativas;
- As saturações de oxigênio melhoraram de 91% para 94% para o mesmo débito de oxigênio (0,5l/min).
- A frequência respiratória diminuiu de 30 ciclos/min para 20 ciclos/min, o que, associada à diminuição de utilização de músculos acessórios revela uma melhoria no controle ventilatório.
- À auscultação, constata-se também uma melhoria, inicialmente murmúrio vesicular diminuído globalmente e ausente nos lobos inferiores, na última auscultação murmúrio vesicular mantido, apenas diminuído nos lobos inferiores.

Assim, nos dados espelhados nas tabelas, são notórios vários ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

CASO 2

5. Dados Gerais

Informação biográfica: A pessoa J. S., Sexo masculino, 56 anos, nacionalidade Portuguesa.

Escolaridade: 2º ciclo (básico)

Profissão: Construção civil aposentado;

Residência: Reside com a esposa e o filho.

6. Historial de Saúde

6.1.1 Motivo de Internamento: Doente avaliado em contexto de acompanhamento habitual em hospital de dia por agravamento do cansaço e dispneia para pequenos esforços. Refere também toracalgia no hemotórax direito. Com agravamento gasométrico e aumentadas necessidades do débito de oxigénio.

6.2 Antecedentes pessoais: Broquiectasias varicosas pós-tuberculose; Infeções respiratórias de repetição, diabetes mellitus tipo II; hipertensão arterial, hepatite B, dislipidemia. Oxigénio de longa duração 0,5l/min em repouso e 6l/min no esforço (*Hi flow stoller*), VNI noturno.

6.3 Diagnóstico Médico: bronquiectasias infetadas; DPOC agudizada

2.2 Meios complementares diagnóstico:



Imagem 2 – Radiografia Torax caso 2

7. Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação

Avaliada a pessoa com a metodologia previamente referida (resultados - Apêndices V e VI) foram estabelecidos os seguintes diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação:

- Ventilação comprometida;
- Potencial para melhorar a capacidade para autocontrolo do padrão respiratório
- Intolerância à atividade
- Expetorar ineficaz
- Conhecimento não demonstrado sobre terapêutica inalatória com inalador pressurizado doseável com câmara expansora.
- Potencial para melhorar técnica de auto-administração de terapêutica inalatória com inalador pressurizado doseável com câmara expansora.

O plano de cuidados foi elaborado a partir dos diagnósticos acima identificados, tendo conta a especificidade da pessoa (Apêndice VII).

8. Resultados / Interpretação de Resultados

Observando a tabela em Apêndice V:

- Reativamente à dispneia há diminuição do valor da escala de Borg Modificada antes das intervenções, ao longo dos dias. Na primeira abordagem refere dispneia intensa (6), e na última abordagem dispneia moderada. No entanto, após as sessões o valor da escala de Borg modificada vai aumentando, tal poderá relacionar-se com o aumento de intensidade do treino de exercício.

- No que se refere à funcionalidade, não há alterações traduzidas pelo índice de Barthel, pelas características da pessoa e pelas limitações da própria escala.

- Relativamente à capacidade para auto administrar inaloterapia de forma adequada, houve uma melhoria significativa desde a primeira abordagem. Apesar de cumprir inaloterapia há vários anos, identificaram-se várias falhas através da grelha de avaliação, que foram corrigidas, ficando a pessoa capaz de executar o procedimento de forma adequada.

Analisando a tabela em Apêndice VI:

- Em relação à frequência cardíaca não houve alterações significativas;

- As saturações periféricas de oxigénio melhoraram de 91% para 95% para o mesmo débito de oxigénio (3l/min), sendo de 93% para 2l/min na última sessão.

- O suporte de oxigénio diminuiu de 3l/min para 2l/min em repouso (objetivo será tentar 0,5l/min, que fazia antes deste internamento).

- À auscultação, não se constata muitas diferenças, apenas a ausência de ruídos adventícios na última auscultação.

Assim, nos dados espelhados nas tabelas, são notórios ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Conclusão

Como já referido na interpretação dados das avaliações de ambos casos analisados, torna-se evidente o impacto positivo da intervenção de enfermagem de reabilitação na recuperação da pessoa, na facilitação de estratégias para melhor adaptação ao seu estado de saúde. Em ambos casos houve ganhos quantificáveis, tanto no controlo ventilatório, na auscultação pulmonar, na diminuição das necessidades de aporte de oxigénio, progressão no treino de exercício, que se refletem na funcionalidade, e também melhoria da capacidade da pessoa para a auto administração de inaloterapia de forma eficaz. Além de tudo isto, que é “fácil” colocar em tabelas e avaliar recorrendo a escalas de forma a extrair resultados objetivos, considera-se também importante referir o que as pessoas verbalizam, de que são exemplos: “tenho feito como me ensinou, essa forma de respirar, sinto-me muito melhor” - caso A, “tem feito um excelente trabalho, já consegui deitar alguma coisa fora, estava difícil! (...) não fazia assim, mas agora já aprendi e faz diferença” (relativamente aos inaladores) - caso B. Apesar de subjetivo é também através desta verbalizações e reconhecimento por parte das pessoas com quem os enfermeiros de reabilitação intervêm que é perceptível impacto positivo nas suas vidas.

Referências

- Diário da República n.º 85/2019, Série II. (03 de 05 de 2019). *Regulamento n.º 392/2019*. Obtido de <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized#:~:text=Compet%C3%A2ncias%20espec%C3%ADficas%20do%20Enfermeiro%20Especialista%20em%20Enfermagem%20de,em%20todos%20os%20contextos%20da%20pr%C3%A1tica%20de%20cuidados%3B>
- Enfermeiros, O. d. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- (2018). *Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória*. Ordem dos Enfermeiros . Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf
- Reabilitação, A. d. (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Apêndice I – Pedido de autorização de utilização da grelha de avaliação “Técnica com inalador pressurizado doseável com câmara expansora

— Pedido de Autorização de Utilização da "Checklist - Técnica de Inalação com inalador pressurizado doseável com CE"



Sónia Maximiano
seg, 07/06/2021 14:42

Para: lucilia.alves@chln.min-saude.pt



Bom dia,

Eu, Sónia Maximiano, estudante do Mestrado em Enfermagem - Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, regido pela Escola Superior de Enfermagem de Évora, venho por este meio solicitar autorização à equipa da Unidade de Reabilitação Respiratória do Hospital Pulido Valente para utilização da 'Check list' da "Técnica de Inalação com inalador pressurizado doseável com CE", adaptada por vós no âmbito do vosso projeto 'Capacitação da Pessoa sob terapêutica Inalatória em Programa de Reabilitação', no meu trabalho académico.

Desde já grata pela atenção,
Com os melhores cumprimentos,
Sónia Maximiano

Apêndice II – Dados colhidos através de escalas (caso1)

	25/05		27/05		28/05		31/05		07/06	
Dispneia (Escala de Borg Modificada)	5	5	3	3	2	2	2	2	2	2
Funcionalidade (Índice de Barthel)	30								60	
Capacidade para executar técnica com inalador pressurizado doseável com câmara expansora (“Check-list adaptada)							0/13		7/13	

Apêndice III – Dados clínicos (caso1)

	25/05		27/05		28/05		31/05		07/06	
	Antes ER	Após ER	Antes ER	Após ER	Antes ER	Após ER	Antes ER	Após ER	Antes ER	Após ER
Frequência Cardíaca (bpm)	72	68	80	84	72	80	72	80	80	92
SatO2	90%	90%	91%	94%	93%	95%	93%	95%	94%	94%
Suporte de O ₂	Ar Ambiente	Ar ambiente	0,5l/min	0,5l/min	0,5l/min	0,5l/min	0,5l/min	0,5l/min	0,5l/min	0,5l/min
Frequência Respiratória (ciclos respiratórios/min)	30	24	28	24	22	20	22	20		
Utilização de Músculos Acessórios	Sim	Sim (menor)	Sim	Sim (menor)	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Auscultação	DD DD AA	DD DD AA	DD DD AA		MD DD DD		MD DD DD		MM MM DD	

Apêndice IV – Plano de Cuidados (caso1)

Diagnóstico de Enfermagem: ventilação comprometida	
Resultado esperado: ventilação não comprometida	
<p>Intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar ventilação e respiração; • Realizar auscultação pulmonar; • Monitorizar frequência respiratória; • Monitorizar SpO2, TA e FC; • Avaliar dispneia através da escala Modificada de Borg; • Otimizar a ventilação através da técnica de descanso e relaxamento: Assistir a pessoa a adotar posição de descanso; executar correção postural; • Assistir a pessoa a otimizar a ventilação através de técnica respiratória: consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, com ênfase na expiração; • Executar técnica de reeducação diafragmática posterior; • Executar técnica de reeducação costal global com bola; • Otimizar a ventilação através da técnica de descanso e relaxamento; • Executar técnica de reeducação costal seletiva direito e esquerdo; • Incentivar o uso de técnicas respiratórias; • Reforçar positivamente a pessoa durante a realização dos exercícios; 	<p>25/05 – ventilação comprometida</p> <p>07/06 – ventilação não comprometida</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Vigiar ventilação; • Vigiar respiração; 	
--	--

Diagnóstico de Enfermagem: Conhecimento não demonstrado autocontrolo do padrão respiratório	
Resultado esperado: conhece técnica de autocontrolo do padrão respiratório para melhorar ventilação	
Intervenções: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre autocontrolo do padrão respiratório; • Avaliar potencial para melhor o conhecimento sobre autocontrolo do padrão respiratório; • Ensinar sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação; 	25/05 – Conhecimento não demonstrado sobre autocontrolo do padrão respiratório; 27/05 – Conhecimento demonstrado sobre autocontrolo do padrão respiratório

Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar a capacidade para autocontrolo do padrão respiratório	
Resultado esperado: capacidade para autocontrolo do padrão respiratório melhorada	

<p>Intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade para o autocontrolo do padrão respiratório; • Avaliar potencial para melhor capacidade para autocontrolo do padrão respiratório; • Instruir sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação: dissociação dos tempos respiratórios; respiração abdomino-diafragmática; aumento do fluxo expiratório; • Treinar o autocontrolo do padrão respiratório 	<p>25/05 incapacidade para o autocontrolo do padrão ventilatório</p> <p>31/05 – capacidade para o autocontrolo do padrão ventilatório melhorada</p> <p>07/06 - capacidade para o autocontrolo do padrão ventilatório demonstrada</p>
--	--

<p>Diagnóstico de Enfermagem: Intolerância à atividade</p>	
<p>Resultado esperado: intolerância à atividade ausente</p>	
<p>Intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar intolerância à atividade; • Gerir atividade física; • Negociar atividade física; • Planear treino de exercício; • Planear repouso; 	<p>07/06 – treino de marcha no corredor: distância percorrida – 140m, com uma pausa na posição ortostática durante 1 min ao 4º minuto, com suporte</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Providenciar equipamento para o treino de exercício; • Supervisionar resposta ao exercício; • Gerir oxigenoterapia durante o esforço; • Realizar treino de marcha; 	de oxigénio de fluxo descontínuo (Inogen G3 – definição 1), FCmax:99bpm; SpO2min: 89%.
---	--

Diagnóstico de Enfermagem: Conhecimento não demonstrado sobre terapêutica inalatória com inalador pressurizado doseável com câmara expansora.	
Resultado esperado: conhece a sua terapêutica inalatória: dose, frequência e técnica correta de administração	
Intervenções: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar potencial para melhorar conhecimento sobre a técnica de auto administração de terapêutica inalatória; • Ensinar sobre terapêutica inalatória – técnica de inalação com inalador pressurizado doseável. 	02/06 – Conhecimento não demonstrado sobre terapêutica inalatória (0/13 itens da “checklist”) 07/06 – Conhecimento parcialmente demonstrado sobre terapêutica inalatória (7/13 itens da “checklist”)

<p>Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar a capacidade para auto administração de terapêutica inalatória com inalador pressurizado doseável com câmara expansora.</p>	
<p>Resultado esperado: capacidade para auto administração de terapêutica inalatória com inalador pressurizado doseável com câmara expansora.</p>	
<p>Intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade para auto administração de terapêutica inalatória com inalador pressurizado doseável com câmara expansora. terapêutica inalatória (aplicando checklist “técnica de inalação com inalador pressurizado doseável”); • Avaliar potencial para melhorar a capacidade ; • Instruir sobre técnica de inalação com inalador pressurizado doseável. • Treinar técnica de inalação com inalador pressurizado doseável. 	<p>31/05 – Conhecimento não demonstrado sobre terapêutica inalatória (0/13 itens da “checklist”)</p> <p>07/06 – Conhecimento parcialmente demonstrado sobre terapêutica inalatória (7/13 itens da “checklist”)</p>

Apêndice V – Dados colhidos através de escalas (caso 2)

	27/05		28/05		31/05		07/06	
Dispneia (Escala de Borg Modificada)	6	7	5	6	3	5	3	7
Funcionalidade (Índice de Barthel)	90						90	
Capacidade para executar técnica com inalador pressurizado doseável com câmara expansora (“Check-list adaptada)					0/13		7/13	

	27/05		28/05		31/05		Antes da Intervenção	Após Intervenção
	Antes da Intervenção	Após Intervenção	Antes da Intervenção	Após Intervenção	Antes da Intervenção	Após Intervenção		
Tensão Arterial (mmHg)	124/78	118/75	138/76	128/78	122/74			134/79
Frequência Cardíaca (bpm)	82	82	88	72	87	84	87	84
SatO2	91%	94%	90%	92%	93%	95%	94%	93%
Suporte de o2	3l (cânula nasal)	3l (cânula nasal)	3l (cânula nasal)	3l (cânula nasal)	3l (cânula nasal)	3l (cânula nasal)	2l (cânula nasal)	2l (cânula nasal)
Utilização de Músculos Acessórios	sim	não	não	não	não	não	não	não
Auscultação	M M M M D D		M M M M D D		M M M M D D		M M M M D D	
Ruídos Adventícios	Fervores crepitantes (lobo médio do pulmão direito)		Fervores crepitantes (lobo médio do pulmão direito)		Fervores crepitantes (lobo médio do pulmão direito)		Ausentes	

Apêndice VI – Plano de Cuidados – Caso 2

Diagnóstico de Enfermagem: ventilação comprometida	
Resultado esperado: ventilação não comprometida	
Intervenções: <ul style="list-style-type: none">• Avaliar ventilação e respiração;• Realizar auscultação pulmonar;• Monitorizar frequência respiratória;• Monitorizar SpO2, TA e FC;• Avaliar dispneia através da escala Modificada de Borg;• Otimizar a ventilação através da técnica de descanso e relaxamento: Assistir a pessoa a adotar posição de descanso; executar correção postural;• Assistir a pessoa a otimizar a ventilação através de técnica respiratória: consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, com ênfase na expiração;• Executar técnica de reeducação diafragmática posterior;• Executar técnica de reeducação costal global com bola;• Otimizar a ventilação através da técnica de descanso e relaxamento;• Executar técnica de reeducação costal seletiva direito e esquerdo;• Incentivar o uso de técnicas respiratórias;	27/05 – ventilação comprometida

<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar positivamente a pessoa durante a realização dos exercícios; • Vigiar ventilação; • Vigiar respiração; 	
--	--

Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar a capacidade para autocontrolo do padrão respiratório	
Resultado esperado: capacidade para autocontrolo do padrão respiratório melhorada	
Intervenções: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade para o autocontrolo do padrão respiratório; • Avaliar potencial para melhor capacidade para autocontrolo do padrão respiratório; • Instruir sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação: dissociação dos tempos respiratórios; respiração abdomino-diafragmática; aumento do fluxo expiratório; • Treinar o autocontrolo do padrão respiratório 	27/05 – capacidade para o autocontrolo do padrão ventilatório diminuída 31/05 – capacidade para o autocontrolo do padrão ventilatório melhorada

Diagnóstico de Enfermagem: Expetorar ineficaz em grau moderado	
Resultado esperado: expetorar eficaz	

<p>Intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o reflexo de tosse; • Advogar uso de dispositivo auxiliar para expetorar; • Assistir a tossir; • Executar técnica de abertura costal global com bastão; • Executar técnica de abertura costal seletiva à direita; • Executar técnica de compressão torácica; • Executar técnica do ciclo ativo das técnicas respiratórias; • Executar técnica de posicionamento em drenagem postural modificada; • Incentivar a ingestão de líquidos; • Vigiar expetoração 	<p>Tosse dirigida em contexto de reeducação funcional respiratória. Mobilizadas e expelidas secreções mucopurulentas de cor acastanhada.</p>
--	--

<p>Diagnóstico de Enfermagem: Intolerância à atividade</p>	
<p>Resultado esperado: intolerância à atividade ausente</p>	
<p>Intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar intolerância à atividade; • Gerir atividade física; • Negociar atividade física; 	<p>07/06 – treino de marcha no corredor: distância percorrida – 300m, sem pausas, com</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Planear treino de exercício; • Planear repouso; • Providenciar equipamento para o treino de exercício; • Supervisionar resposta ao exercício; • Gerir oxigenoterapia durante o esforço; • Realizar treino de marcha; 	suporte de oxigénio de fluxo contínuo (6l/min), FCmax:106bpm; SpO2min: 92%.
Diagnóstico de Enfermagem: Conhecimento não demonstrado sobre terapêutica inalatória com inalador pressurizado doseável com câmara expansora.	
Resultado esperado: conhece a sua terapêutica inalatória: dose, frequência e técnica correta de administração	
Intervenções: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar potencial para melhorar técnica de auto administração de terapêutica inalatória; • Ensinar sobre terapêutica inalatória – técnica de inalação com inalador pressurizado doseável. 	31/05 – Conhecimento parcialmente demonstrado sobre terapêutica inalatória (6/13 itens da “checklist”) 07/06 – Conhecimento demonstrado sobre terapêutica inalatória (13/13 itens da “checklist”)

--	--

Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar a capacidade para auto administração de terapêutica inalatória com inalador pressurizado doseável com câmara expansora.	
Resultado esperado: capacidade para auto administração de terapêutica inalatória com inalador pressurizado doseável com câmara expansora.	
<p>Intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade para auto administração de terapêutica inalatória com inalador pressurizado doseável com câmara expansora. terapêutica inalatória (aplicando checklist “técnica de inalação com inalador pressurizado doseável”); • Avaliar potencial para melhorar a capacidade ; • Instruir sobre técnica de inalação com inalador pressurizado doseável. • Treinar técnica de inalação com inalador pressurizado doseável. 	<p>31/05 – Capacidade parcialmente demonstrada sobre terapêutica inalatória (/13 itens da “checklist”)</p> <p>07/06 – Capacidade demonstrada sobre terapêutica inalatória (7/13 itens da “checklist”)</p>

Anexo I

ESCALA DE BORG MODIFICADA

0	Nenhuma
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderada
4	Pouca intensa
5	Intensa
6	
7	Muito intensa
8	
9	Muito, muito intensa
10	Máxima

Anexo I I

NORMA
DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



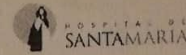
Anexo III – Escala de Barthel e instruções

1. Alimentação	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado.....	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses).....	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel.....	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Impossível.....	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional.....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres.....	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	

Anexo III

Unidade de Reabilitação Respiratória
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE
Hospital Pulido Valente

CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO
LISBOA NORTE, EPE



Hospital
Pulido Valente

Técnica de inalação com inalador pressurizado doseável (pMDI) com CE


Data da avaliação:		
Antes do ensino <input type="checkbox"/>	Após o ensino <input type="checkbox"/>	
	Sim	Não
1. A pessoa deve estar de pé, sentada ou semi-sentada;		
2. Retirar o contentor cilíndrico da embalagem, aqueça-o entre as mãos e adapte-o novamente;		
3. Retirar a tampa da embalagem e agitar (na posição vertical);		
4. Colocar a embalagem na posição vertical (em forma de L) e adaptá-lo à CE;		
5. Efetuar uma expiração lenta (idealmente até à capacidade de reserva funcional) (adultos e crianças > 5 anos);		
6. Câmara expansora com: - Bucal: colocar o bucal da câmara entre os dentes, fechando os lábios e colocando a língua por baixo; - Máscara: adaptar a máscara à face com ajuste a incluir as narinas e a boca;		
7. Ativar o pMDI colocando o indicador na parte superior e o dedo polegar na parte inferior da mesma;		
8. Coordenar a inspiração (lenta e profunda) com a ativação do pMDI;		
9. Suster a respiração durante 5 a 10 segundos (no doente jovem e participativo); ou contar 5-10 ciclos respiratórios (no adulto não participativo, com duração aproximada de 30 segundos);		
10. Pode realizar-se uma segunda inalação lenta, de acordo com a capacidade da pessoa, para assegurar o esvaziamento da CE e aproveitamento completo da dose administrada;		
11. Se tiver prescrito mais do que um "puff" aguardar 30 segundos a 1 minuto para nova inalação;		
12. Nas CE com apito, se ouvir o som do apito é indicativo de que está a inspirar demasiado rápido;		
13. Na inalação de corticoides, lavar a cavidade oral e a face se utilizar máscara.		

Nota:

Na higienização da câmara expansora, devem ser desmontadas todas as peças, quando é possível. A lavagem da câmara expansora deve ser efetuada uma vez por semana, colocando-a em recipiente com água quente e detergente suave (ex. líquido da loiça), durante 15 minutos; passa-la primeiro por água limpa e depois por água com detergente, sacudir e deixar secar ao ar ambiente sem limpar, reduzindo a carga eletrostática. A máscara facial deve ser lavada com água quente e detergente e seca após cada utilização. No caso de utilização de bucal, limpar com um lenço de papel.

Apêndice IX – Autorização para utilização e tradução da escala Catherine Bergego em Portugal pelo autor

← Authorization to translate and validate the "Catherine Bergego Scale" for portuguese population

 Traduzir a mensagem para: Português (Brasil) | Nunca traduzir do: Inglês



AZOUVI Philippe <philippe.azouvi@aphp.fr>

Para: Você



qua, 02/06/2021 09:26

Dear Colleague,

You have my authorization to translate the CBS. There is no fee required; my only request is that you make a clear reference in your translation to the original publications of the scale so that its origin can be fully acknowledged.

Regarding a Portuguese translation, I have been contacted a few years ago (2014) by a student in occupational therapy who also intended to translate the CBS in Portuguese language. Her name was [REDACTED]

I don't know if she is still working in the field but you may try to get in contact with her.

Thank you for your interest in our work.


With best regards,

Philippe



Apêndice X – Resposta à proposta de cedência de tradução da escala para Português

← Escala Catherine Bergego 📄

 P [Redacted] >

Para: Você ter, 20/07/2021 14:38

Olá Sónia,

Uma vez que todo o processo de tradução, adaptação cultural e validação da escala ainda se encontra ainda a decorrer, em várias unidades de saúde, inclusivamente o Centro Hospitalar de Lisboa Central e outros hospitais a nível nacional, consideramos que neste momento será precoce estarmos a ceder uma tradução cujo processo ainda não está encerrado. Talvez num futuro próximo, após a conclusão dos trabalhos que estão a ser realizados nesta linha de investigação, possamos articular novamente.

Qualquer questão estou à disposição.

Votos de um excelente trabalho!

Com os melhores cumprimentos,

[Redacted]

Prof.ª Adjunta Convidada
Curso de Licenciatura em Terapia Ocupacional
Departamento de Saúde
Instituto Politécnico de Beja
[Redacted]

Apêndice XI – Autorização para utilização da tradução para Português do Brasil da escala Catherine Bergego

← Pedido de autorização para utilização da tradução para língua portuguesa da escala "Catherine Bergego"

SM Sónia Maximiano
Muito obrigada! Os melhores cumprimentos Sónia Maximiano qui, 02/09/2021 11:56

LM Leonardo Marques <leonardomarques.fisioterapia@hotmail.com> ter, 31/08/2021 13:35
Para: Você

Olá, Sónia Maximiano.
Bom dia.

Primeiramente fico honrado por utilizar nosso estudo.
Autorizo juntamente com meus orientadores a utilização do nosso artigo.

Fico a disposição.
Um abraço.

Obs: Segue meu contato se necessitar: [REDACTED]

Obter o [Outlook para iOS](#)

...

Apêndice XII – Resposta da Comissão de Ética do Centro Hospitalar

← CES 1193/2022 - "Contributo para a Validação da Escala Catherine Bergego em Portugal- aplicabilidade em pessoas com AVC em fase aguda"

CE Comissão de Ética <comissao.etica@c[redacted]>
Para: Você qui, 31/03/2022 16:58

Exma. Sra. Enf. Sónia Maximiano, boa tarde.

O seu pedido foi analisado na reunião da Comissão de Ética para a Saúde do dia 18 de março de 2022 e vimos informá-la que, tendo presente a legislação em vigor, as Comissões de Ética para a Saúde não apreciam projetos "a posteriori".
A Ação das CES é preventiva i.e. deve dar parecer acerca dos aspetos éticos dos projetos de investigação, nomeadamente dos estudos observacionais e retrospectivos, antes da sua realização e aprovação pelo Conselho de Administração.

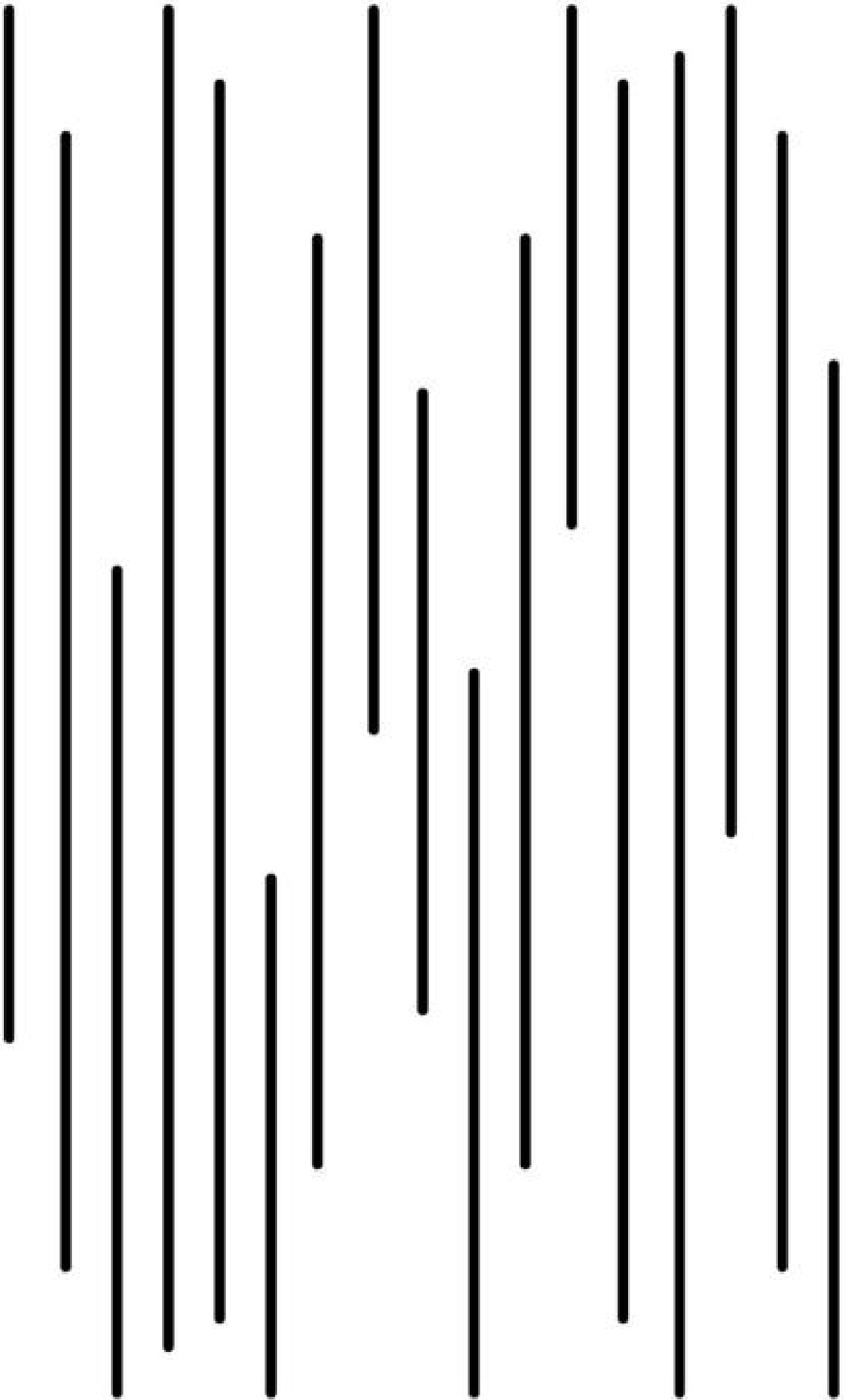
Com os melhores cumprimentos,

[redacted]
Secretariado da Comissão de Ética
Centro Hospitalar Un[redacted]
[redacted]

...

ANEXOS

Anexo I - *Line Bisection Test*



Anexo II - *Star Cancellation Test*

Anexo III - *Montreal Cognitive Assesement (MoCA)*

Anexo IV - Escala Catherine Bergego

APPENDIX 1
Catherine Bergego scale in Portuguese.

Atividade	0	1	2	3
1 "Esquecer" de lavar o rosto ou se barbear do lado esquerdo				
2 Dificuldade em ajustar o lado esquerdo da manga da camisa ou barra da calça;				
3 "Esquecer" alimentos localizados na parte esquerda do prato				
4 Esquecer a limpeza do lado esquerdo da boca após a refeição				
5 Dificuldade em direcionar espontaneamente o olhar para a esquerda;				
6 Esquecer de utilizar a parte esquerda do corpo, por exemplo, membro superior não é colocado sobre o apoio de braço da cadeira de rodas; ou pé não é colocado sobre o apoio de pés da cadeira de rodas; "ou se esqueça de usar o braço esquerdo quando precisar."				
7 Dificuldade em prestar atenção a ruídos ou às pessoas que se dirigem ao paciente pelo lado esquerdo;				
8 Colisões com objetos ou pessoas situadas à esquerda, como portas ou móveis (mesmo enquanto andando ou em cadeira de rodas);				
9 Dificuldade de orientar-se para a esquerda em locais com os quais está familiarizado ou dentro do serviço de reabilitação;				
10 Dificuldade em encontrar objetos pessoais situados à esquerda no quarto ou no banheiro.				
TOTAL				

Anexo V - Escala de Coma de Glasgow

ESCALA DE COMA DE GLASGOW : Avalie da seguinte forma

Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde



VERIFIQUE

Fatores que interferem com a comunicação, capacidade de resposta e outras lesões



OBSERVE

A abertura ocular, o conteúdo do discurso e os movimentos dos hemisférios direito e esquerdo



ESTIMULE

Estimulação sonora: ordem em tom de voz normal ou em voz alta
Estimulação física: pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou incisura supraorbitária



PONTUE

De acordo com a melhor resposta observada

Abertura ocular

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Olhos abertos previamente à estimulação	✓	Espontânea	4
Abertura ocular após ordem em tom de voz normal ou em voz alta	✓	Ao Som	3
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	✓	À pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Olhos fechados devido a factor local	✓	Não testável	NT

Resposta Verbal

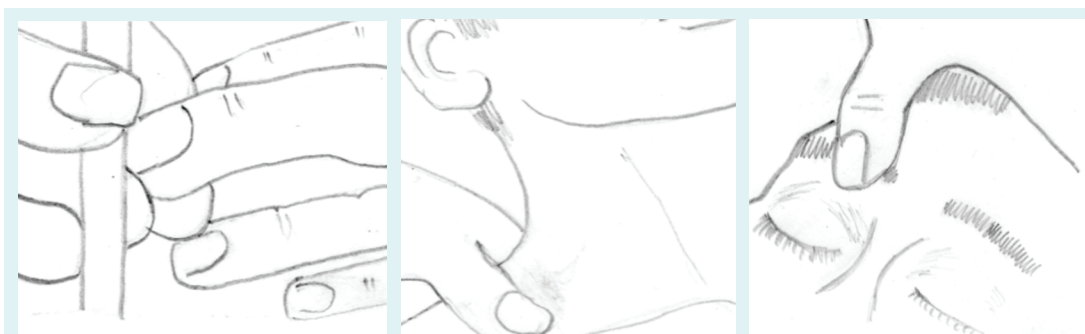
Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	✓	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	✓	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	✓	Palavras	3
Apenas gemidos	✓	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Factor que interfere com a comunicação	✓	Não testável	NT

Melhor Resposta Motora

Critério	Verificado	Classificação	Pontuação
Cumprimento de ordens com 2 ações	✓	A ordens	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou pescoço	✓	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	✓	Flexão normal	4
Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	✓	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	✓	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	✓	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	✓	Não testável	NT

Locais para estimulação física

Pressão na extremidade dos dedos Pinçamento do trapézio Incisura supraorbitária

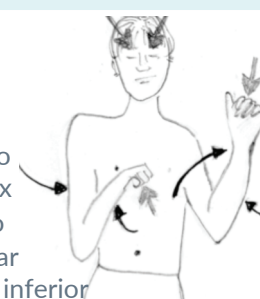


Características da resposta em flexão

Modificado com autorização a partir de Van Der Naalt
2004 Ned Tijdschr Geneesk

Flexão anormal

Lenta
Estereotipada
Aproximação do braço relativamente ao tórax
Rotação do antebraço
Cerramento do polegar
Extensão do membro inferior



Flexão normal

Rápida
Variável
Afastamento do braço relativamente ao corpo

Para informação adicional e demonstração em vídeo visite www.glasgowcomascale.org

Anexo VI - *National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)*

N I H **ESCALA** **DE · AVC**

INSTRUÇÕES **DE** **PONTUAÇÃO**

Execute os itens da escala de AVC pela ordem correcta. Registe a sua avaliação em cada categoria após cada exame da subescala. Não volte atrás para alterar pontuações. Siga as instruções fornecidas para cada uma das técnicas de exame. As pontuações devem reflectir o que o doente consegue fazer e não aquilo que o clínico pensa que ele seja capaz de fazer. Deve registar as respostas enquanto administra a escala e fazê-lo de forma célere. Excepto quando indicado, o doente não deve ser encorajado (i.e., várias tentativas para que o doente faça um esforço especial).

Instruções	Definição da escala	Pontuação
1a. Nível de Consciência: O examinador deve escolher uma resposta, mesmo que a avaliação completa seja prejudicada por obstáculos como curativo ou tubo orotraqueal, barreiras de linguagem ou traumatismo. Um 3 é dado apenas se o paciente não fizer nenhum movimento em resposta à estimulação dolorosa, para além de respostas reflexas.	<p>0 = Acordado; responde correctamente.</p> <p>1 = Sonolento, mas acorda com um pequeno estímulo, obedece, responde ou reage.</p> <p>2 = Estuporoso; acorda com estímulo forte, requer estimulação repetida ou dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados).</p> <p>3 = Comatoso; apenas respostas reflexas motoras ou autonómicas, ou sem qualquer tipo de resposta.</p>	_____
1b. NDC Questões: O paciente é questionado sobre o mês e idade. A resposta deve ser correcta - não se valorizam respostas aproximadas. Pacientes com afasia ou estupor que não compreendam as perguntas têm 2. Pacientes incapazes de falar por tubo ou traumatismo orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão 1. É importante considerar apenas a resposta inicial e que o examinador não “ajude” o paciente com dicas verbais ou não verbais.	<p>0 = Responde a ambas as questões correctamente.</p> <p>1 = Responde a uma questão correctamente.</p> <p>2 = Não responde a nenhuma questão correctamente.</p>	_____
1c. NDC Ordens: O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e depois abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não puderem ser utilizadas. Devemos valorizar uma tentativa inequívoca, ainda que não completada devido à fraqueza muscular. Se o paciente não responde à ordem, a tarefa deve ser demonstrada usando gestos e o resultado registado. Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dadas ordens simples adequadas. Pontue só a primeira tentativa.	<p>0 = Realiza ambas as tarefas correctamente.</p> <p>1 = Realiza uma tarefa correctamente.</p> <p>2 = Não realiza nenhuma tarefa correctamente.</p>	_____
2. Melhor Olhar Conjugado: Teste apenas os movimentos oculares horizontais. Os movimentos oculares voluntários ou reflexos (oculocefálico) são pontuados, mas a prova calórica não é avaliada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que é revertido pela atividade voluntária ou reflexa, a pontuação será 1. Se o paciente tem uma parésia de nervo periférico isolada (NC III, IV ou VI), pontue 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ou curativo ocular, cegueira pré-existente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo examinador. Estabelecer contacto visual e mover-se perto do paciente de um lado para outro pode esclarecer a presença de paralisia do olhar conjugado.	<p>0 = Normal.</p> <p>1 = Paralisia parcial do olhar conjugado. Esta pontuação é dada quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar conjugado.</p> <p>2 = Desvio forçado ou parésia total do olhar conjugado não revertidos pela manobra oculocefálica.</p>	_____

N I H ESCALA DE · AVC

INSTRUÇÕES DE PONTUAÇÃO

<p>3. Campos visuais: Os campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente pode ser encorajado, mas basta identificar olhando para o lado em que mexem os dedos para ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Pontue 1 apenas se houver uma assimetria clara, incluindo quadrantanópsia. Se o paciente é cego por qualquer causa, pontue 3. A estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.</p>	<p>0 = Sem défices campimétricos. 1 = Hemianopsia parcial. 2 = Hemianopsia completa. 3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).</p>	<p>_____</p>
<p>4. Parésia Facial: Pergunte ou use gestos para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou levantar as sobrancelhas e fechar com força os olhos. Pontue a simetria da contração facial em resposta ao estímulo doloroso nos pacientes pouco responsivos ou que não compreendam. Na presença de traumatismo, tubo orotraqueal, adesivos ou outra barreira física que possam esconder a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.</p>	<p>0 = Movimentos normais simétricos. 1 = Paralisia facial minor (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso). 2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial inferior total ou quase total). 3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior de um lado da face).</p>	<p>_____</p>
<p>5. Membros Superiores: O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços, palmas para baixo, a 90° se sentado ou a 45° se posição supina. Pontue-se a queda do braço quando esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando no braço não-parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose do ombro o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda; mantém o braço a 90° (ou 45°) por um período de 10 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 10 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 10 segundos, mas não de forma imediata. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; o braço cai logo; pousado, o membro faz algum movimento. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou anquilose, explique: _____ 5a. Membro Superior esquerdo 5b. Membro Superior direito</p>	<p>_____</p>
<p>6. Membros Inferiores: A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30°. Teste sempre na posição supina. Pontue-se a queda da perna quando esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando na perna não-parética. Apenas no caso de amputação ou anquilose da anca o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda; mantém a perna a 30° por um período de 5 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; a perna acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 5 segundos, mas não de forma imediata. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; a perna</p>	<p>_____</p>

N I H ESCALA DE · AVC

INSTRUÇÕES DE PONTUAÇÃO

	<p>cai logo; pousado, o membro faz algum movimento.</p> <p>4 = Nenhum movimento.</p> <p>NT = Amputação ou anquilose, explique: _____</p> <p>5a. Membro Inferior Esquerdo</p> <p>5b. Membro Inferior Direito</p>	<p>_____</p>
<p>7. Ataxia de membros: Este item procura evidência de lesão cerebelosa unilateral. Teste com os olhos abertos. No caso de déficit de campo visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes dedo-nariz e calcanhar-joelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, apenas, se for desproporcional em relação à fraqueza muscular. A ataxia é considerada ausente no doente com perturbação da compreensão ou plégico. Apenas no caso de amputação ou anquilose o item pode ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha. No caso de cegueira, peça para tocar com o dedo no nariz a partir da posição de braço estendido.</p>	<p>0 = Ausente.</p> <p>1 = Presente em 1 membro.</p> <p>2 = Presente em 2 membros.</p> <p>NT = Amputação ou anquilose, explique: _____</p>	<p>_____</p>
<p>8. Sensibilidade: Avalie a sensibilidade ou mímica facial à picada de alfinete ou a resposta de retirada ao estímulo doloroso em paciente obnubilado ou afásico. Só a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é pontuada. Teste tantas as partes do corpo - membros superiores (excepto mãos), inferiores (excepto pés), tronco e face - quantas as necessárias para avaliar com precisão uma perda hemissensitiva. Pontue com 2 só se uma perda grave ou total da sensibilidade puder ser claramente demonstrada. Deste modo, doentes estuporosos ou afásicos irão ser pontuados possivelmente com 1 ou 0. O doente com AVC do tronco cerebral com perda de sensibilidade bilateral é pontuado com 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico, pontue 2. Pacientes em coma (item 1a=3) são pontuados arbitrariamente com 2 neste item.</p>	<p>0 = Normal; sem perda de sensibilidade.</p> <p>1 = Perda de sensibilidade leve a moderada; o doente sente menos a picada, ou há uma perda da sensibilidade dolorosa à picada, mas o paciente sente a tocar.</p> <p>2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.</p>	<p>_____</p>
<p>9. Melhor linguagem: Durante a pontuação dos itens precedentes obterá muita informação acerca da capacidade de compreensão. Pede-se ao doente para descrever o que está a acontecer na imagem em anexo, para nomear objectos num cartão de nomeação anexo e para ler uma lista de frases em anexo. A compreensão é julgada a partir destas respostas, assim como as referentes às ordens dadas no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interferir com os testes, peça ao doente para identificar objetos colocados na mão, repetir frases e produzir discurso. O paciente entubado deve escrever as respostas. O doente em coma (1a=3) será pontuado arbitrariamente com 3. O examinador deve escolher a pontuação no doente com estupor ou pouco colaborante, mas a pontuação de 3 está reservada a doentes em mutismo e que não cumpram nenhuma ordem simples.</p>	<p>0 = Sem afasia; normal.</p> <p>1 = Afasia leve a moderada; perda óbvia de alguma fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressas ou formas de expressão. Contudo, o discurso e/ou compreensão reduzidos dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador consegue identificar figuras ou itens da lista de nomeação a partir da resposta do paciente.</p> <p>2 = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do</p>	<p>_____</p>

N I H ESCALA DE · AVC

INSTRUÇÕES DE PONTUAÇÃO

	<p>examinador. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o examinador assume a maior parte da comunicação; o examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente.</p> <p>3 = Mutismo, afasia global; sem discurso ou compreensão verbal minimamente úteis.</p>	<p>_____</p>
<p>10. Disartria: Se acredita que o doente consegue, pede-se para ler ou repetir as palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser pontuada. Este item é considerado não testável (NT) apenas se o doente estiver entubado ou tiver outras barreiras físicas que impeçam o discurso. Não diga ao paciente a razão pela qual está a ser testado.</p>	<p>0 = Normal.</p> <p>1 = Disartria leve a moderada; doente com voz arrastada pelo menos nalgumas palavras, e na pior das hipóteses pode ser entendido com alguma dificuldade.</p> <p>2 = Disartria grave; voz do doente é tão arrastada que chega a ser ininteligível, na ausência ou desproporcionalmente a disfasia, ou tem mutismo ou anartria.</p> <p>NT = Entubado ou outra barreira física; explique_____</p>	<p>_____</p>
<p>11. Extinção e Desatenção, antiga negligência. A informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o doente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, a pontuação é normal. Se o doente tem afasia, mas parece identificar ambos os lados, é pontuado como normal. A presença de negligência visuoespacial ou anosagnosia contribuem também para a evidência de anormalidade. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.</p>	<p>0 = Nenhuma anormalidade.</p> <p>1 = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais.</p> <p>2 = Profunda hemidesatenção ou hemidesatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta apenas para um lado do espaço.</p>	<p>_____</p>

Você sabe como fazer.

Descida à Terra.

Cheguei a casa do trabalho.

Perto da mesa, na sala de jantar.

Eles ouviram-no falar na rádio, na noite passada.

Lista para leitura no item 9. Melhor Linguagem.

Mamãe

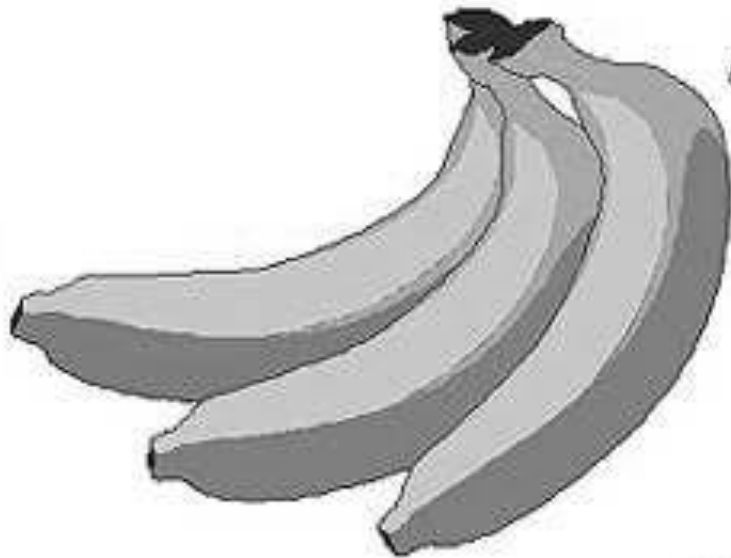
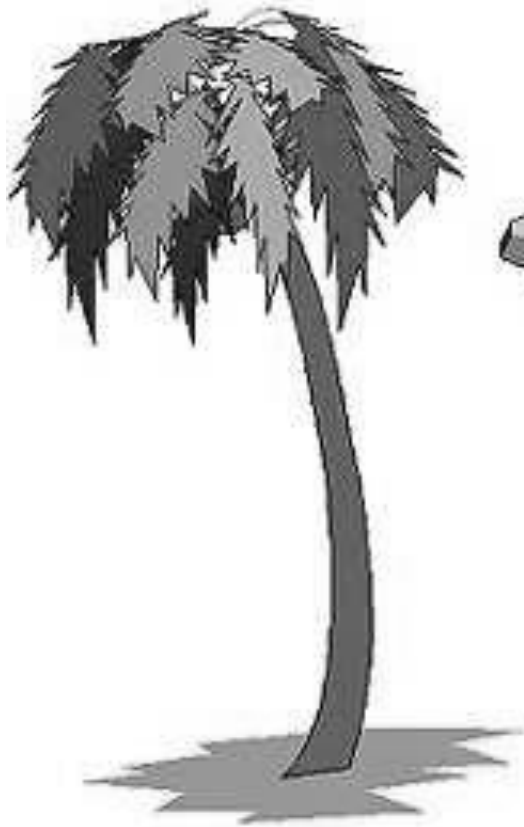
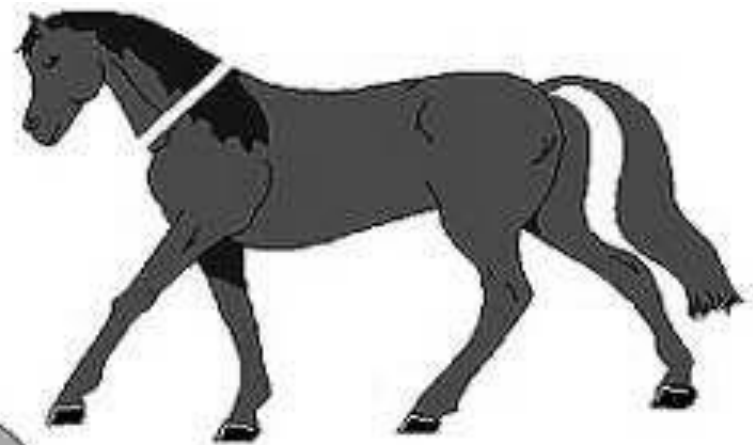
Tic-Tac

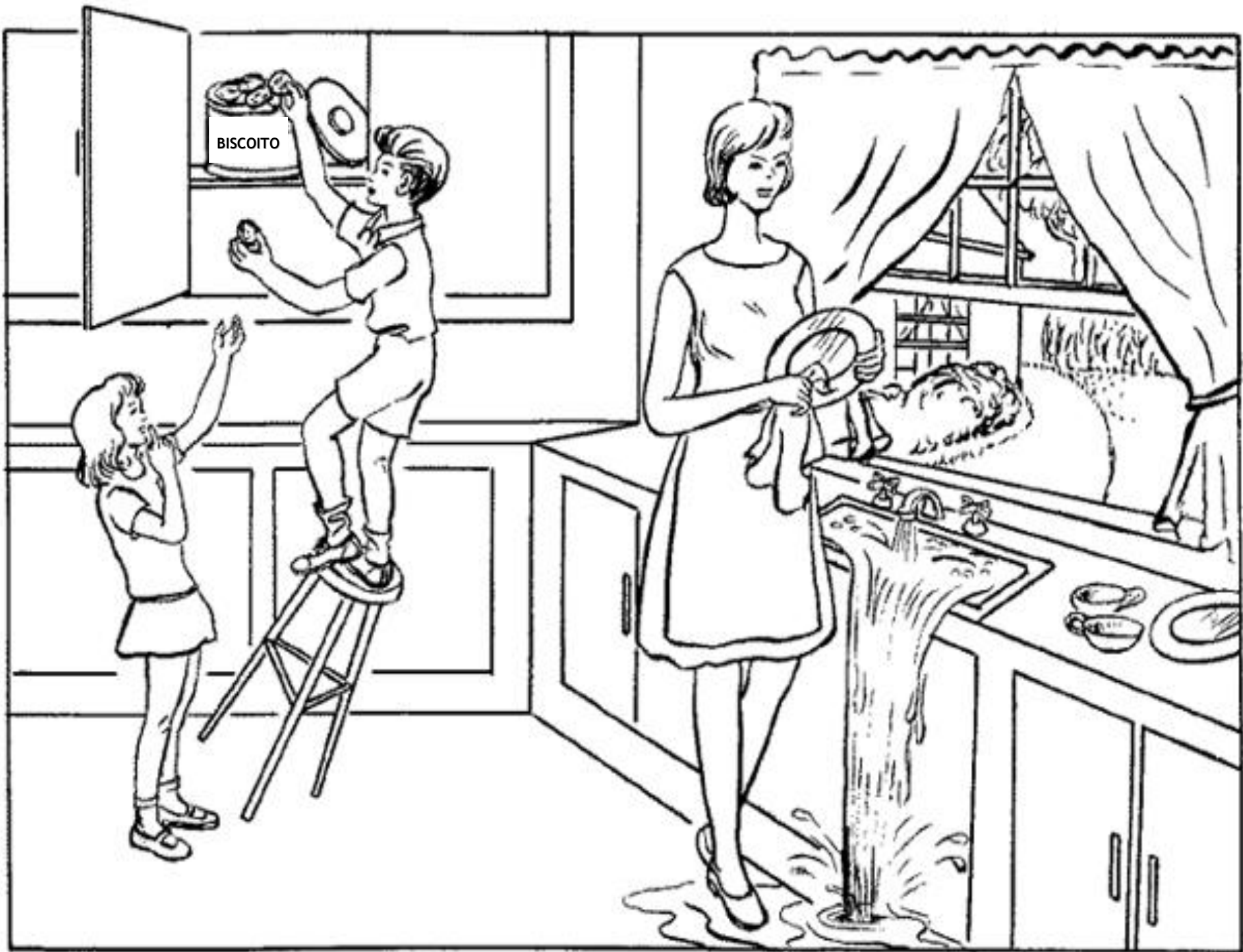
Paralelo

Obrigado

Estrada-de-ferro

Jogador de futebol





Anexo VII - Certificado do “MocaTest”



CERTIFICATE OF COMPLETION

This certificate acknowledges that

Sónia Maximiano

has successfully completed a one hour training and certification to administer and score the Montreal Cognitive Assessment, MoCA. Only health professionals with expertise in cognition can interpret test results.

Completion date: 2021/09/20

Suggested recertification date: 2023/09/20

Student Id: 47129

PTMAXS?7101101-01

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Z. Nasreddine', is positioned above a horizontal line.

Dr Nasreddine, Ziad

Copyright © 2022
Z.Nasreddine MD FRCP(C)

Anexo VIII - Certificação na Escala FIM



Uniform Data System for Medical Rehabilitation

270 Northpointe Parkway, Suite 300, Amherst, NY 14228



University at Buffalo
The State University of New York

This certifies that

Sónia Maximiano, Registered Nurse

has completed a licensed personnel exam on October 24, 2021, using the UDSMR® Online FIM® Credentialing System for The FIM System®.

Pass | Grade: 91.67%

If you achieved a score of less than 100%, you answered questions relative to the following items incorrectly, and we recommend that you review these items for additional clarity on proper rating.

Dressing-Upper	Toilet	
		Memory

Testing results are nontransferable, and this form should not be construed as a statement by UDSMR regarding the employability of anyone listed above. Exam results are relative only to the entity the test taker is associated with at the time of this testing, referred to here as **935.**

Present a copy of this certificate to your primary educator as proof of completion.

The validity of the certificate terminates in accordance with the time frames set forth for the aforementioned entity or immediately upon the dissolution of the agreement between Uniform Data System for Medical Rehabilitation and the entity, whichever comes first.

Anexo IX - Certificado da Formação “*A intervenção da Enfermagem de Reabilitação na sexualidade*”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

membro nº desta Ordem, esteve presente no ciclo de webinars **“Reabinar da Comissão Regional de Peritos Enfermagem Reabilitação”** subordinado à temática **“A intervenção da Enfermagem de Reabilitação na sexualidade”** no dia **26 de Outubro de 2021**, com duração total de 2 horas na Plataforma Digital Cisco Webex Events.

Porto, 27 de Outubro de 2021.

O Presidente do Conselho Directivo Regional

João Paulo Marques de Carvalho

REA BINAR

Programa:

A intervenção da Enfermagem de Reabilitação na sexualidade

- Sexualidade após evento cardíaco: intervenção do Enfermeiro de Reabilitação
PRELETORA: Sandra Maria da Cruz Pestana
- A mulher com cancro do colo do útero: diagnóstico de necessidades de reabilitação sexual
PRELETORA: Liliana de Jesus da Cruz Amorim
- A sexualidade na pessoa com lesão vertebro-medular
PRELETORA: Paula Cristina Santos Nogueira

MODERADOR:

Edite Maria Carvalho Nunes de Brito

Destinatários:

Enfermeiros

Organizador:

Secção Regional do Norte
da Ordem dos Enfermeiros

Inscrições:

Balcão Único



Anexo X - Certificado *1ª Jornadas de Enfermagem de Reabilitação*
“Transversalidade” do Centro Hospitalar Universitário do
Algarve

Certificado

Certifica-se que **Sónia Cristina Lopes Maximiano** participou nas 1^{as} **Jornadas de Enfermagem de Reabilitação “Transversalidade”** do Centro Hospitalar Universitário do **Algarve** que decorreram nos dias 22 e 23 de novembro de 2021, das 8h30 às 18h00, na Escola de Hotelaria e Turismo do Algarve.

Mariana Santos
Enfermeira Diretora do Centro
Hospitalar Universitário do Algarve, EPE

Mariana Santos

Enfermeira Diretora

