



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Défice de Mobilidade – Reabilitar, uma oportunidade para a funcionalidade

Patrícia Alexandra Páscoa Pereira

Orientação: Maria Gorete Mendonça dos Reis

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Évora, 2018

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

Défice de Mobilidade - Reabilitar, uma oportunidade para a funcionalidade

Patrícia Alexandra Páscoa Pereira

Orientação: Maria Gorete Mendonça dos Reis

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Évora, 2018

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri

*“Depois de escalar uma montanha muito alta, descobrimos que há muitas outras montanhas
por escalar ...”*

Nélson Mandela

Resumo

Atualmente, são reconhecidos os efeitos negativos da imobilidade, sendo o principal efeito, a diminuição da mobilidade funcional. Neste sentido o enfermeiro de reabilitação assume um papel de destaque na reabilitação funcional.

Considerando a problemática do déficit de mobilidade como uma realidade, foi implementado em estágio um plano de intervenção direcionado para pessoas com déficit de mobilidade. Visou desenvolver competências para avaliação da funcionalidade e diagnósticos, possibilitando a implementação de intervenções que maximizassem a capacidade funcional e a independência. A eficiência da nossa intervenção foi constatada a partir da resolução e diminuição de diagnósticos de enfermagem de reabilitação. Os dados sugeriram que a elaboração e implementação do plano, melhorou o score da Medida de Independência Funcional e apresentou grande probabilidade de diminuir o nível de dependência.

Este relatório apresenta a descrição, a análise e reflexão das atividades desenvolvidas durante o estágio final, cujo objetivo foi desenvolver competências de Enfermeiro Especialista, de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de Mestre.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Déficit de mobilidade; Funcionalidade;

Abstrat

Mobility deficit – Rehabilitate, an opportunity for functionality

Currently, the negative effects of immobility are recognized, with the main effect being the reduction of functional mobility. Regarding this, rehabilitation nurses play a fundamental role in functional rehabilitation.

Considering the mobility deficit's problem as a reality, an intervention plan, directed to people with a mobility deficit, was implemented in stages. Designed to develop skills for evaluation of functionality and diagnoses, enabling the implementation of interventions that maximize functional capacity and independence. The efficiency of our intervention was verified by the resolution and reduction of rehabilitation nursing diagnoses. The data, suggested that the concoction and implementation of the plan improved the Functional Independence Measure score and presented a high probability of reducing the level of dependence.

This report presents the description, analysis and reflection of the activities developed during the final stage, whose objective was to develop Nurse Specialist, Rehabilitation Nurse and Master skills.

Keywords: Nursing Rehabilitation; Mobility deficit; Functionality;

Agradecimentos

Agradeço a todos os que contribuíram para a realização deste Relatório de Estágio e que de uma maneira ou outra tornaram possível a conclusão de mais esta etapa da minha vida académica e profissional.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. APRECIÇÃO DO CONTEXTO	16
2.1. ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO	16
2.1.1. UAVC.....	16
2.1.2. UCIP.....	17
2.1.3. <i>Análise da Produção de Cuidados</i>	18
2.2. ANÁLISE DA POPULAÇÃO – ALVO	19
2.2.1. <i>A pessoa com AVC</i>.....	20
2.2.2. <i>A pessoa em situação crítica</i>	21
2.3. PROBLEMAS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO – ALVO	22
2.3.1. <i>Imobilidade</i>	23
2.3.2. <i>Défice de mobilidade</i>	25
2.3.3. <i>Dependência nas AVD`s</i>.....	27
3. QUADRO DE REFERÊNCIA TEÓRICO DE ENFERMAGEM – TEORIA E MODELO DE ENFERMAGEM	29
3.1. TEORIA DO AUTOCUIDADO	30
3.2. MODELO CONCETUAL DE ENFERMAGEM DE NANCY ROPER	32

3.3. CIPE®	34
4. OBJETIVOS DO ESTÁGIO FINAL.....	36
5. PLANO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	41
5.1. OBJETIVOS	41
5.2. METODOLOGIA	42
5.2.1. <i>Tipo de Plano de Intervenção</i>	42
5.2.2. <i>População e amostra</i>	43
5.2.3. <i>Técnicas e Instrumentos de Recolha de Dados</i>	44
5.2.4. <i>Plano de Intervenção</i>	45
5.2.5. <i>Análise de estratégias de intervenção profissional</i>	48
5.3. ANÁLISE DE RESULTADOS	54
5.3.1. <i>Resultados da Implementação do Plano de Intervenção</i>	54
5.3.2. <i>Dos Ganhos às Evidências: Discussão dos Resultados do Plano de Intervenção Profissional</i>	62
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS E AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS.....	69
7. CONCLUSÃO.....	77
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80

ÍNDICE DE APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A. Consentimento Informado, livre e esclarecido	ii
APÊNDICE B. Instrumentos de Recolha de dados	iii
APÊNDICE C. Grelha de Avaliação de Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação	iv
APÊNDICE D. Planos de Cuidados UAVC e UCIP	v
APÊNDICE E. Projeto de Estágio	lvi
APÊNDICE F. Póster	lix
APÊNDICE G. Registo e Recolha de Dados UCIP.....	lx
ANEXO A. Competências do EE, do EEER, Mestre e Objetivos de Aprendizagem do Mestrado em Associação	lxv
ANEXO B. Parecer da Comissão de Ética UE.....	lxvi
ANEXO C. Parecer da Comissão de Ética HESE, EPE	lxvii
ANEXO D. Escalas	lxviii
ANEXO E. Core de Indicadores dos Enunciados descritivos dos PQCER das Variáveis em estudo	lxxvii
ANEXO F. Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação das Variáveis em estudo.....	lxxx

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1. Antecedentes, Atributos e Consequentes da limitação da mobilidade física	26
Figura nº 2, Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem.	31
Figura nº 3, Fluxograma da Seleção de Amostra	43
Figura nº 4, Fluxograma do Plano de intervenção, Focos e Variáveis.	46
Figura nº 5, Fluxograma do Desenvolvimento do Plano de Intervenção.....	48

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1, Objetivos do Estágio Final, Competências do EE, EEER, Mestre e Objetivos de aprendizagem do Mestrado	40
Quadro nº 2, Estratégias de Intervenção Profissional e Resultados Esperados	47
Quadro nº 3, Diagnósticos de Enfermagem em T ₁	61
Quadro nº 4, Diagnósticos de Enfermagem em T ₂	61
Quadro nº 5, Objetivo nº 1.....	69
Quadro nº 6, Objetivo nº 2.....	70
Quadro nº 7, Objetivo nº 3.....	71
Quadro nº 8, Objetivo nº 4.....	73
Quadro nº 9, Objetivo nº 5.....	74
Quadro nº 10, Objetivo nº 6.....	75

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1, Caracterização Sociodemográfica.....	55
Tabela nº 2, Escala de Coma Glasgow e MIF (T ₁).....	56
Tabela nº 3, Número de doentes com Tónus Muscular Alterado.....	57
Tabela nº 4, Diagnósticos de Enfermagem	62

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1, Distribuição da idade da amostra	55
Gráfico nº 2, Comparação MIF T ₁ e T ₂	56
Gráfico nº 3, Movimento Muscular.....	57
Gráfico nº 4, Posicionar-se	58
Gráfico nº 5, Escala de Braden	58
Gráfico nº 6, Equilíbrio Corporal Comprometido.....	59
Gráfico nº 7, Escala de Berg	59
Gráfico nº 8, Pôr-se de pé	60
Gráfico nº 9, Transferências.....	60

LISTAGEM DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AIVD's – Atividades Instrumentais de Vida Diárias

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVC's – Acidentes Vasculares Cerebrais

AVD- Atividade de Vida Diária

AVD's- Atividades de Vida Diárias

CIPE®- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EE- Enfermeiro Especialista

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EER- Enfermeiro Especialista de Reabilitação

HESE, EPE- Hospital do Espírito Santo de Évora, Entidade Pública Empresarial

ICN- International Council of Nurses

MIF- Medida de Independência Funcional

OE- Ordem dos Enfermeiros

T₁- Avaliação Inicial

T₂- Avaliação Final

UAVC- Unidade de Acidente Vascular Cerebral

UAVC's – Unidades de Acidentes Vasculares Cerebrais

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

1. INTRODUÇÃO

O ser humano só se apercebe da importância de se movimentar voluntariamente, quando fica inibido de o fazer. A compreensão do impacto negativo, a curto e a longo prazo, da imobilidade perante a hospitalização de doentes pós-situação aguda, leva-nos ao desenvolvimento de cuidados especializados, na lógica do autocuidado. Sendo que uma abordagem precoce da enfermagem de reabilitação seria fundamental na otimização da funcionalidade e na redução das incapacidades.

A realização deste Relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem, Área de especialização em Enfermagem de Reabilitação e tem como finalidade revelar a capacidade de reflexão crítica sobre as práticas e a fundamentação sobre as escolhas realizadas, cuja a conclusão corresponderá à obtenção do grau académico de Mestre. O Relatório surge associado ao Estágio Final, unidade curricular do Mestrado em Enfermagem em Associação e pretende demonstrar o atingimento de objetivos e competências inerentes ao Enfermeiro Especialista, da área de especialização, Enfermagem de Reabilitação e às competências de Mestre. Pretende ser um trabalho de descrição e reflexão crítica, pormenorizada e fundamentada, com recurso aos métodos de recolha e tratamento de dados das atividades desenvolvidas no Estágio Final, no Hospital Espírito Santo de Évora (HESE, EPE). O desenvolvimento do estágio final decorreu em dois contextos diferentes, iniciando-se na Unidade de Acidente Vascular Cerebral do HESE, EPE, de forma a dar resposta ao desenvolvimento de conhecimentos e competências na área neurológica e terminou na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da mesma instituição e permitiu o desenvolvimento da prática e do conhecimento mais direcionado para a área respiratória e dirigido à pessoa em situação crítica. Espera-se que com o desenvolvimento deste trabalho possamos participar na promoção de ganhos em saúde e dessa forma ser um veículo para a evolução, atualização e promoção de novas formas de atuação na prática de enfermagem baseada na evidência.

A escolha do tema, Défice de mobilidade – Reabilitar, uma oportunidade para a funcionalidade, surge de um conceito que se encontra presente no contexto clínico onde decorreu o estágio final e também por acreditarmos ser um problema e uma necessidade real. O ensino clínico ocorreu em unidades altamente diferenciadas, onde os utentes se

apresentavam hemodinamicamente instáveis, obrigados muitas vezes a um repouso terapêutico, levando à restrição de mobilidade e por conseguinte a alterações de funcionalidade. Tendo por base uma das competências específicas do enfermeiro de reabilitação que é a avaliação da funcionalidade e o diagnóstico de alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade da pessoa (Regulamento n.º 125/2011), pretendeu-se desenvolver competências para a avaliação da funcionalidade e diagnóstico de alteração da funcionalidade, para que com isso fosse possível elaborar planos de intervenção que visassem a adaptação às limitações impostas e à maximização da autonomia e à qualidade de vida. Na perspetiva de dar resposta às necessidades dos utentes internados na UAVC e UCIP e tendo em conta o conteúdo funcional da enfermagem de reabilitação, a concretização do plano de intervenção profissional teve por base o défice de mobilidade do utente. Optou-se pela abordagem de dois focos, a mobilidade no leito e as transferências, considerados pilares para o desenvolvimento a longo prazo da autonomia do utente. Estamos, portanto, do ponto de vista da linha de investigação situados no domínio do Autocuidado.

Assim o presente relatório apresenta como objetivos: Demonstrar a aquisição de objetivos e competências inerentes ao Enfermeiro Especialista, ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e às competências de Mestre; Evidenciar a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação dirigida a pessoas com défice de mobilidade, mais especificamente à mobilidade no leito e às transferências; Analisar a prática de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação baseada na evidência com recurso à metodologia científica e desenvolver espírito crítico e reflexivo sobre a prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação.

Este trabalho encontra-se estruturado em oito partes distintas. Após a introdução encontra-se uma apreciação do contexto onde foi desenvolvido o estágio final, seguindo-se a terceira parte onde é realizada uma abordagem do referencial teórico utilizado. A quarta parte irá apresentar de uma forma mais pormenorizada o estabelecimento de objetivos para o Estágio Final. Seguindo-se o capítulo que abordará o desenvolvimento e implementação do plano de intervenção, com a respetiva análise de resultados. O sexto capítulo, apresentará uma análise reflexiva sobre os objetivos e as competências adquiridas e desenvolvidas durante o ensino clínico. Finalizando-se com a conclusão, seguida das referências bibliográficas. Em apêndices e anexos encontram-se os documentos que suportaram o presente trabalho.

2. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

2.1. Análise do Envolvimento

O presente relatório de estágio encontra-se diretamente relacionado com a unidade curricular “Estágio final” e será o cenário onde decorrerá o ensino clínico e onde se implementará o plano de intervenção. A instituição escolhida é o Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, um hospital público geral, integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde da Região Alentejo e como todas as Unidade de Saúde Hospitalares, desenvolve a sua atividade dirigida à prestação de cuidados de saúde diferenciados. Com isto, pretende padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficácia, de humanização e eficiente gestão de recursos, no sentido de desenvolver profissionalmente os seus colaboradores. O respeito pela dignidade e direito dos cidadãos, a excelência técnica, a cultura de uma melhor gestão, o respeito pelas normas ambientais, a promoção da qualidade, a motivação, o trabalho de equipa, a ética, a integridade e a transparência são valores com os quais esta organização se identifica e que quer transportar para os seus cuidados (HESE, EPE, 2018).

Destacam-se os serviços eleitos para a implementação deste projeto, a Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (UAVC) e a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP). O projeto tem início na UAVC e termina na UCIP.

2.1.1. UAVC

A UAVC encontra-se inserida no serviço de Especialidades Médicas, que funciona no quarto piso do Hospital do Espírito Santo de Évora. Integra um dos quatro níveis de resposta ao AVC e

apresenta como finalidade a monitorização, o estudo etiológico dos utentes e o tratamento precoce na fase aguda, minimizando as sequelas.

O serviço de Especialidades Médicas tem capacidade de internamento de vinte e uma camas, onde seis pertencem à UAVC. Relativamente às seis camas da UAVC, são destinadas de uma forma geral a utentes com suspeita de diagnóstico de AVC e que se encontrem na fase aguda (48 a 72 horas). A origem dos internamentos dá-se através do serviço de urgência e das consultas externas, sendo que os diagnósticos médicos mais frequentes são: AVC isquémico, AVC hemorrágico, Acidente Isquémico Transitório (AIT) e Trombose Venosa Cerebral. Segundo dados da UAVC, o tempo médio de internamento é de 5,14 dias e posta a alta, a continuidade dos cuidados é realizada em hospitais periféricos, instituições de apoio, lares e Unidade de Cuidados Continuados ou o domicílio (Coelho, Marques, & Marranita, 2014).

No que respeita aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar da UAVC é constituída por três médicos de medicina interna, alternando dois deles de dois em dois meses, por vinte e um enfermeiros, dos quais quatro com a especialidade de enfermagem de reabilitação, dois com a especialidade de enfermagem de saúde comunitária, um com a especialidade de enfermagem de saúde mental e outro com a especialidade de enfermagem médico-cirúrgica. Integram a equipa onze assistentes operacionais e uma assistente administrativa. A par desta equipa, também colabora na UAVC uma neurologista, uma fisiatra, um neurorradiologista, uma neuropsicóloga e uma assistente social.

De realçar que o esforço de toda a equipa multidisciplinar, centra-se na educação do doente e família/cuidadores, de modo a devolver um maior grau de autonomia e funcionalidade ao doente e segurança à sua família.

2.1.2. UCIP

A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente é uma área clínica que pretende ser reconhecida por providenciar ao doente crítico, cuidados de saúde diferenciados, garantido padrões elevados de desempenho técnico-científico e de eficaz e eficiente gestão de recursos.

Integra os cuidados da preservação da vida humana através da proteção e suporte temporário de funções vitais, em situações clínicas que sejam potencialmente reversíveis. Quando tal não acontece e durante o processo de tratamento se verifica uma irreversibilidade da situação opta-se pela não implementação de medidas de suporte, e neste caso a missão desta unidade traduz-se em oferecer ao doente uma morte sem sofrimento e cuidados de conforto aos seus familiares. Aos utentes que apresentam uma evolução favorável, tenta-se providenciar cuidados especializados de reabilitação, de modo a dar início a um processo de recuperação, contando isso com a agilização eficaz de toda a equipa multidisciplinar.

A UCIP localiza-se no segundo andar do edifício do Hospital Espírito Santo, apresenta uma fácil acessibilidade ao serviço de urgência e bloco operatório. Trata-se de uma sala aberta e composta por uma zona de prestação de cuidados. É dotada de cinco unidades em que uma delas funciona como quarto de isolamento, destinado a doentes infetados. A admissão de doentes faz-se através do serviço de urgência, bloco operatório ou por transferência interna. A maior parte dos doentes são do foro médico e cirúrgico, segundo os mais recentes dados estatísticos da UCIP. A UCIP apresenta como tempo médio de internamento 8,3 dias (Dias, 2017).

Relativamente aos recursos humanos, esta é constituída por uma equipa médica (quatro médicos a tempo inteiro e dois médicos a tempo parcial) e uma equipa de enfermagem (enfermeira responsável e vinte e um enfermeiros). Entre os vinte e um enfermeiros, incluem-se três especialistas na área de enfermagem de reabilitação, dez especialistas na área da enfermagem médico-cirúrgica e dois enfermeiros em formação, na área de enfermagem de reabilitação e área de médico-cirúrgica. Incorpora ainda uma equipa de nove assistentes operacionais e um funcionário administrativo. Não integrando o quadro da unidade, presta também apoio uma fisioterapeuta.

2.1.3. Análise da Produção de Cuidados

Relativamente aos cuidados de enfermagem de ambos os serviços, UAVC e UCIP, a distribuição dos enfermeiros em contexto da prática de cuidados é realizada de forma a atingir

índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde. A UAVC recorre ao Sistema de classificação de doentes de enfermagem (SCD/E) para obter horas de cuidados de enfermagem de acordo com a necessidade dos utentes, do resultado obtém-se a dotação ideal do número de enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2014). Já a UCIP considera um rácio de um enfermeiro para cada dois utentes, indo ao encontro da norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem (OE, 2014). Ambos os serviços utilizam o método de horário de trabalho de roulement, que contempla três turnos de oito horas e trinta minutos.

Perante cuidados mais especializados, nomeadamente os de enfermagem de reabilitação, observa-se a inexistência de um protocolo institucional para o exercício da enfermagem de reabilitação. A realidade diária dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação é a conciliação da prestação de cuidados gerais de enfermagem com a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. De referir, que em ambos os casos, a distribuição de enfermeiros não contempla a necessidade de intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação, apesar disso, este profissional na sua intervenção procura melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa (Regulamento n. 9125/2011).

2.2. Análise da população – alvo

A população – alvo do ensino clínico foi constituída pelos utentes que se encontravam em regime de internamento nos serviços de UAVC e UCIP na data coincidente com a realização do Estágio Final. De um modo geral a população de referência ao HESE, EPE está caracterizada no Censos de 2011, como uma população envelhecida, sendo que o índice de envelhecimento subiu de 163 para 178, de 2001 para 2011. Os dados indicam que existem mais 23 824 mulheres do que homens, numa população de 757 302 indivíduos. Um outro dado a ter em conta é a percentagem de população que revela dificuldades na realização das atividades diárias na região (20,85%), quando comparada com a média nacional (17,8%), destacando-se o andar como principal limitação (Instituto Nacional de Estatística, 2012).

Seguidamente e de acordo com os serviços eleitos para a implementação do projeto, será realizada uma breve descrição da população.

2.2.1. A pessoa com AVC

Segundo a World Federation of Neurology (World Federation of Neurology [WFN], 2017), no Mundo 16 a 17 milhões de pessoas sofrem anualmente um AVC, assume-se como um grave problema de saúde pública e é visto como a segunda causa de morte. Afirma o Presidente da WFN, “o AVC é a epidemia do século XXI”. Em Portugal, o AVC é a principal causa de morte e incapacidade permanente (Sociedade Portuguesa de Neurologia, 2017), encontrando-se associado a uma elevada taxa de hospitalização (Martins, 2006). Esta patologia é descrita, segundo a Organização Mundial de Saúde (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2006), como um comprometimento neurológico focal ou global de ocorrência súbita e duração de mais de 24 horas e com provável origem vascular.

Os principais mecanismos que causam lesão cerebral são a isquemia e a hemorragia. No AVC isquémico ocorre a oclusão de um vaso ou redução da perfusão cerebral, que pode ser provocada pela redução do débito cardíaco ou por hipotensão grave (Leal, 2001). Este tipo de AVC representa cerca de 80% de todos os AVC's e encontra-se subdividido em trombótico, embólico e lacunar. Já o AVC hemorrágico constitui a forma mais grave de AVC e resulta da rutura dos vasos intracranianos, com extravasamento de sangue para o tecido cerebral (Menoita, 2012).

Perante um AVC, os efeitos podem ser devastadores, surge a incapacidade e a perda de independência. Na sua maioria, os utentes vítimas de AVC necessitam de assistência e suporte para a realização das AVD's (Norman, 2014), pois os danos na função neurológica podem originar défices nas funções motoras, sensoriais, comportamentais, percetivas e de linguagem. Estes danos são determinados pela localização exata da lesão. Neste contexto, o AVC é considerado uma das maiores causas de limitação física e de restrição das AVD's. Tendo em conta os fatores supracitados, é importante e necessário o investimento nos cuidados a estes doentes na fase subaguda. Foi neste contexto que surgiram as UAVC, unidades locais de internamento, com equipas multidisciplinares formadas para o tratamento destes doentes.

A literatura atual aponta para que o processo de reabilitação comece o mais precocemente possível, se o estado hemodinâmico o permitir (Hernández, Benjumea, & Tusó, 2013; Svendsen, Ehlers, Hundborg, Ingeman, & Johnsen, 2014), pois é considerada uma condição relevante para

a recuperação pós AVC (Kutlubaev & Akhmadeeva, 2015). Estima-se que 30% dos sobreviventes de AVC, desenvolvam algum grau de dependência, impedindo-os de realizarem as suas atividades básicas de vida diária (Oliveira, Araujo, Costa, Morais, Silva & Lopes, 2013). A alteração da função motora é das mais comuns após uma lesão cerebral, sendo que as limitações relacionadas com a função motora mais frequentes são: alterações do tônus e da postura, défice de equilíbrio, diminuição da força muscular e descoordenação durante a marcha (Moreira, Araujo, & Pagliuca, 2013).

Neste sentido, o enfermeiro assume um papel de destaque, pois uma correta avaliação, permite a identificação de diagnósticos e conseqüentemente o desenho de um plano de intervenção que colmate as dificuldades reais do utente, permitindo melhorar funções residuais, mantendo ou recuperando a independência e minimizando o impacto das incapacidades instaladas (Regulamento n.º 125/2011).

2.2.2. A pessoa em situação crítica

A eficácia de novos tratamentos em contexto de UCI, tem vindo a aumentar a sobrevivência de doentes críticos (Azevedo & Gomes, 2015). E por pessoa em situação crítica entende-se, que tem a sua vida ameaçada pela falência ou eminente falência de uma ou mais funções vitais, que depende de meios avançados de vigilância, monitorização e de terapêutica para sobreviver (Regulamento n.º 124/2011). É então, o desenvolvimento e os avanços nas UCIs que propiciam o aumento da sobrevivência dos doentes. Sobrevivência que é frequentemente associada à ventilação invasiva prolongada e a um período extenso de internamento, que aumenta conseqüentemente a imobilidade no leito (Chiang, Wang, Wu, Wu & Wu, 2006). Associado ao tratamento em UCI e após experiência de situação crítica é reconhecido um aumento da morbidade física e psicológica (Schmidt, Knecht & MacIntyre, 2016). O cuidado à pessoa em situação crítica, leva à manutenção da máxima estabilidade fisiológica dos sistemas corporais, pressupondo frequentemente a necessidade de administração de sedativos. Situação que sujeita o utente a complicações inerentes ao repouso prolongado no leito e à imobilidade (Parry & Puthuchery, 2015). Para Hopkins, Mitchell, Thomsen, Schafer, Link, & Brown (2016), a imobilidade em UCI

está frequentemente associada a fraqueza neuromuscular, síndrome de cuidados pós-intensivos e limitações funcionais.

No âmbito da reabilitação funcional do doente crítico e após a estabilização hemodinâmica e respiratória do utente, a mobilização precoce tem sido alvo de críticas positivas, funcionando como uma terapêutica importante na modificação do risco de desenvolvimento de sequelas ao nível da morbidade física e funcional (Azevedo & Gomes, 2015). As restrições motoras graves que o doente em situação crítica está sujeito, podem muitas vezes ser prevenidas com intervenções para as quais o enfermeiro de reabilitação tem competências. Referimo-nos a intervenções como: posicionamentos no leito, mobilização precoce e estimulação sensoriomotora. A mobilização precoce é descrita como um padrão de exercícios que se inicia com mobilizações passivas e evoluiu até à marcha (Grap & McFetridge, 2012) e, nesse sentido Hopkins et al., (2016) concluíram num estudo desenvolvidos em UCI, que a reabilitação precoce reduz o tempo de internamento e delírio, aumenta a força muscular e a capacidade de ambição. Foram observados também efeitos a longo prazo, nomeadamente: aumento da capacidade de autocuidado, retorno mais rápido ao funcionamento independente, melhoria da função física e redução do reinternamento e morte.

De uma forma geral, a reabilitação funcional em contexto de UCI passa pela prevenção e minimização das complicações decorrentes da imobilidade no leito, na cooperação do desmame ventilatório, na promoção da maximização da independência e pelos ganhos na capacidade funcional, que se traduzem a longo prazo na independência do utente e na melhoria da sua qualidade de vida.

2.3. Problemas Específicos da população – alvo

O contexto clínico ocorre em unidades altamente diferenciadas, onde os utentes são obrigados muitas vezes a um repouso terapêutico devido à sua situação clínica, o que leva à restrição da mobilidade e por conseguinte aos seus efeitos negativos. Verificamos que a avaliação de diagnósticos de enfermagem sobre as questões da mobilidade permite a implementação de um plano de intervenção específico e individual, que deve ser enquadrado

na situação global do doente e na sua capacitação para a independência. A presença desta problemática levou à elaboração de um plano de intervenção dirigido a pessoas com défice de mobilidade, abordando a dimensão da mobilidade no leito e as transferências. A problemática que aqui se aborda centra-se na dependência, nomeadamente a resultante da afetação da mobilidade, repercutindo-se no desempenho nas AVD's.

2.3.1. Imobilidade

Atualmente, são reconhecidos os efeitos negativos da imobilidade. Para Püllen (2016) a imobilidade em meio hospitalar, mesmo que persista por apenas alguns dias, é capaz de por em risco os doentes mais idosos, reduzindo significativamente a sua mobilidade. Por outro lado, também a mobilidade limitada durante o internamento tem consequências após um mês de alta hospitalar. Silva, Pinto, Martinez & Camelier (2014) sugerem que a imobilidade durante um período de tempo mais significativo pode influenciar os doentes críticos, produzindo alterações sistémicas associadas à própria doença, nomeadamente: doença tromboembólica, atelectasias, úlceras de pressão, contraturas, atrofia, fraqueza muscular e outros. Sendo a fraqueza muscular generalizada, uma consequência comum nos doentes que se encontram restritos ao leito e é considerada a consequência mais significativa da imobilização prolongada. Estudos experimentais mostraram que a atrofia muscular se inicia nas primeiras horas de imobilidade, resultando em 4-5% de perda de força muscular para cada semana e uma perda de 1% a 1,5% da força do quadríceps para cada dia de repouso no leito (Fan, Zanni, Dennison, Lepre & Needham, 2009). Fazendo referência à parte fisiológica, a literatura alerta-nos para o facto de a imobilidade ativar mecanismos bioquímicos, onde ocorre aumento da proteólise e diminuição da síntese de proteína. A associação destes dois fatores resulta em alterações estruturais e metabólicas do músculo, levando à perda de massa muscular e da força contrátil. Também a perda de força de grandes grupos musculares, tem efeitos na postura e equilíbrio, afetando dessa forma a mobilidade da pessoa (Ecklund & Bloss, 2015). Podemos concluir que a atrofia devido ao desuso tem consequência sobre a força muscular, produzindo uma diminuição acentuada e progressiva do compromisso da mobilidade (Fan et al., 2009). As implicações negativas da imobilidade são conhecidas e os principais efeitos da imobilidade encontram-se relacionados com a diminuição da mobilidade funcional, diminuição da massa muscular magra

e dificuldade no retorno ao estado funcional pré - admissão (Booth et al., 2016). Relativamente a doentes ventilados, os estudos demonstram que as complicações resultantes da imobilização produzem efeitos nefastos na ventilação mecânica (VM), no desenvolvimento de úlceras de pressão, o que provoca uma diminuição da qualidade de vida dos doentes após alta da UCI (Soares, Avena, Olivieri, Feijó, Mendes, Souza Filho & Gomes, 2010).

O condicionamento da pessoa submetida a imobilização ocorre de uma forma veloz e progressiva. Situação comum em doentes críticos, que se encontram internados devido aos cuidados complexos que necessitam, mas também resultado da sua instabilidade hemodinâmica (Kress & Hall, 2014). Foi nesta perspetiva, que inúmeros estudos desafiaram a prática de imobilização de doentes críticos e levaram à implementação de protocolos de mobilização. O objetivo foi de apaziguar as sequelas da imobilidade e diminuir a dependência funcional do doente na hora da alta (Banerjee, Girard, & Pandharipande, 2011). Numa revisão sistemática sobre doentes internados em cuidados intensivos após mobilizações precoces, foi observado que a mobilização precoce facilitou a reabilitação funcional dos indivíduos, promovendo ganhos na força muscular e maior participação nas atividades da vida diária (Azevedo & Gomes, 2015). Também em contexto de AVC, estudos confirmaram o efeito positivo da mobilização precoce. Num estudo de controle randomizado, em que o objetivo foi observar as consequências da mobilização entre o terceiro e o sétimo dia após o AVC, verificou-se que a mobilização está associada a menos complicações e não exerce efeito negativo sobre a hemodinâmica cerebral. Os autores concluíram que a mobilização precoce no segundo dia pós AVC pode ser benéfica (Kutlubaevev & Akhmadeeva, 2015). A longo prazo, Hopkins et al., (2016), referem que a mobilização precoce influencia de uma forma positiva a capacidade de autocuidado e o retorno mais rápido à independência e à condição física, por outro lado diminuiu a readmissão hospitalar e a mortalidade.

Com a compreensão do impacto negativo, a curto e a longo prazo, da imobilidade perante a hospitalização de doentes pós- situação aguda, leva-nos ao desenvolvimento do plano de intervenção dirigido às pessoas com défice de mobilidade, na lógica do autocuidado. Tentaremos contribuir para a prevenção de possíveis consequências e na mudança de mentalidade por parte dos profissionais de saúde, pois várias revisões sistemáticas fizeram referência à presença de barreiras institucionais perante a mobilidade precoce (Bilodeau, Gallagher, & Tanguay, 2017).

2.3.2. Défice de mobilidade

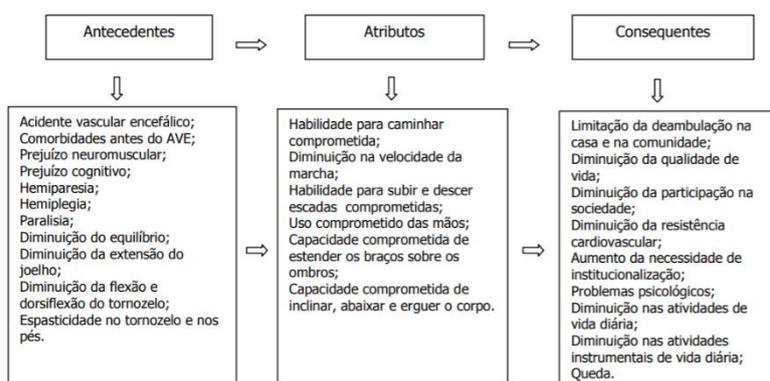
Para Moreira, Araujo & Plagiuca (2013), a mobilidade pode definir-se como um componente da capacidade física, permitindo o deslocamento do indivíduo no ambiente, que por sua vez constitui um pré-requisito para a execução das AVD's e manutenção da independência. Desta forma, a função motora é considerada uma determinante para a execução da atividade mobilidade (Marin, Rodrigues, Druzian, & Cecílio, 2010). A literatura que foca esta temática, indica-nos que a mobilidade funcional de um indivíduo pode ser alterada tanto na sequência do envelhecimento humano, como na sequência de situações físicas ou clínicas resultantes de determinadas patologias, lesões ou cirurgias. Maioritariamente, o ser humano só se apercebe da importância de se movimentar voluntariamente, quando fica inibido de o fazer. Analisando a mobilidade de forma holística, conclui-se que o ato do movimento tem repercussões em inúmeros fatores, sendo desta forma fundamental para a vida e saúde das pessoas (OE, 2013).

Numa revisão sistemática da literatura levada a cabo por Kneafsey (2007) que visou analisar a qualidade e o conteúdo das evidências relacionadas com as abordagens de enfermagem para a melhoria da mobilidade e do movimento das pessoas. O autor compreendeu nessa revisão que a perda da capacidade de mobilidade, afetava a capacidade do indivíduo de permanecer fisicamente independente nas atividades diárias e invariavelmente reduzia a qualidade de vida. Neste contexto, para perceber e reconhecer as alterações da mobilidade que afetam os indivíduos em situação de internamento, Mendes & Chaves (2012) desenvolveram um estudo numa UCI e concluíram que cerca 90% dos doentes da amostra desenvolveram alterações da força muscular, e quanto maior fosse esse comprometimento, maior o grau de dependência do doente. Esta conclusão vai ao encontro do que Menoita (2012) defende, isto é, em contexto clínico de AVC, as alterações da mobilidade estão relacionadas com alterações da força, do tónus muscular, do mecanismo de controlo postural e da sensibilidade. De uma forma geral, a OE (2013) sugere que as alterações da mobilidade podem advir de inúmeras causas, nomeadamente: doenças neurológicas, desnutrição, problemas ortotraumatológicos, dor intensa, envelhecimento, doenças cardíacas, alterações do foro psicológico, doenças respiratórias, doenças crónicas e défice neurosensorial.

Neste sentido e tendo em conta um dos conceitos base deste Relatório e plano de intervenção, “défice de Mobilidade”, é oportuno e coerente o entendimento da definição nas diferentes linguagens padronizadas e reconhecidas. Assim na CIPE® (Conselho Internacional de Enfermeiros [CIE],2016, pp.66,93) mobilidade é a “capacidade para mobilizar-se” e comprometido um “estado julgado como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz”. Para Johson, Moorhead, Bulecheck, Butcher, Mass & Swanson (2013, p.177), que estabelece ligação entre três linguagens reconhecidas, American Nurses Association (ANA), North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC) e Nursing Outcomes Classification (NOC), o diagnóstico de enfermagem mobilidade prejudicada ou comprometida é definida como “limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades”.

Na sequência da análise de conceitos relacionados com a mobilidade, Moreira, Araújo & Plagliuca (2013, p.924), identificaram antecedentes, atributos e consequentes da limitação da mobilidade física, apresentados na figura 1. E por antecedentes entenda-se acontecimentos que surjam antes da ocorrência do conceito. Atributos foram consideradas palavras ou expressões utilizadas para descrever as características do conceito e por último, os consequentes, os acontecimentos que surgiram como resultado da ocorrência do conceito.

Figura n.º 1. Antecedentes, Atributos e Consequentes da limitação da mobilidade física



Fonte: Moreira, Araújo e Plagliuca (2013:924)

Tendo em conta a explicação do processo de instalação das limitações físicas, tornou-se relevante que o planeamento dos cuidados de Enfermagem durante o internamento, reconhecesse as intervenções ao nível da manutenção da mobilidade, com vista ao autocuidado,

pois é reconhecido que a admissão hospitalar, antecede o rápido declínio da mobilidade (Boltz et al., 2011). Pretende-se que o contributo da enfermagem de reabilitação seja visto como uma importante forma de maximizar os resultados funcionais dos utentes, pois a evidência sugere que os processos estruturados de reabilitação podem ter a capacidade de conter a deterioração da função de mobilidade (Mudge et al., 2008; Said, Morris, Woodward, Churilov & Bernhardt, 2012; Folden & Tappen, 2007).

2.3.3. Dependência nas AVD's

A atenção dos enfermeiros de reabilitação é necessária quando se fala no domínio do autocuidado. Na CIPE®, o autocuidado é definido como uma "atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária" (CIE, 2016, p.42). É uma capacidade inerente ao próprio ser humano, não foca unicamente a execução de AVD's e AIVD's, mas abrange todas as vivências relativas ao indivíduo (Queirós, 2010). Qualquer mudança na capacidade de autocuidado, quer por um processo de desenvolvimento ou por algum evento significativo de vida, que exija adaptação, pode ter associado um processo de dependência de instalação gradual ou súbita (Ribeiro, Pinto & Regadas, 2014). E a dependência tem o impacto que Araújo, Paúl & Martins (2011) entendem num período de tempo, em que o indivíduo necessita de ajuda de terceiros ou de equipamento, para a realização de uma ou mais atividades de autocuidado. Sequeira (2010) associa a dependência à consequência de um défice, que limita a atividade em termos da funcionalidade, necessitando de ajuda de outra pessoa para ser compensada.

Interligando, o tema, o trabalho desenvolvido e as pesquisas atuais, pretendemos que sejam entendidos os efeitos positivos da mobilidade precoce em unidade de tratamento agudo e os seus resultados a longo prazo, no contínuo dependência/independência nas AVD's. A reabilitação na fase aguda, baseada na mobilidade em unidades de cuidados intensivos/ unidades de AVC e os seus resultados a longo prazo na independência funcional é um campo recente e de crescente pesquisa. Num estudo desenvolvido por Morris et al., (2011), foram analisados os efeitos da reabilitação precoce baseados na mobilidade em contexto de cuidados

intensivos, onde se observou que durante o primeiro ano após a alta da UCI, a falta de exercício foi um preditor de readmissão ou morte hospitalar entre os doentes da unidade. Miller, Murray, Richards, Zorowitz, Bakas, Clark & Billinger (2010), referem que a longo prazo em contexto de AVC, 25-74% dos utentes terão de depender de assistência para realização de AVD's, nomeadamente: alimentação, autocuidado e mobilidade. Um outro estudo com doentes ventilados e submetidos a um programa de exercícios, mostrou melhorias nas capacidades dos doentes para completar as AVD's (higiene, alimentação, transferência da cama para a cadeira e uso do wc) e no aumento de distâncias de deambulação em comparação com o grupo de controle, que não foi submetido ao plano. Medidas objetivas como a MIF e o Índice de Barthel melhoraram no grupo de intervenção no momento da alta hospitalar, mas sem diferenças significativas no momento da alta da UCI (Schwieckert et al., 2009). Burtin et al., (2009) desenvolveram um estudo onde recorreram ao uso de um cicloergómetro sob um grupo de intervenção e mostraram que os mesmos conseguiram caminhar uma média de 53 m mais do que os utentes do grupo de controle, apresentando scores mais altos numa escala que avalia o funcionamento em dez atividades de vida, entre elas: mobilidade, andar distâncias especificadas, dobrar, curvar-se, ajoelhar-se e tomar banho ou vestir-se.

É neste contexto de intervenções, que a avaliação da dependência do autocuidado é uma competência importante na profissão de Enfermagem, pois permite planear cuidados individualizados, definindo e implementando intervenções realistas e adequadas às necessidades, tornando os objetivos exequíveis. O enfermeiro de reabilitação procura de uma forma geral, que o indivíduo não perca a sua independência nas AVD's, ajudando-o a caminhar nessa direção e quando se torna inexecuível, ajuda-o a aceitar a sua dependência e a lidar da melhor forma, com a sua nova condição.

3. QUADRO DE REFERÊNCIA TEÓRICO DE ENFERMAGEM – TEORIA E MODELO DE ENFERMAGEM

A especialidade de Enfermagem de Reabilitação, surge muitas vezes associada à palavra autocuidado, termo que integra os cuidados de enfermagem enquanto modelo assistencial. Hesbeen (2003) defende que a reabilitação tem o propósito de tornar as pessoas atingidas por uma deficiência ou incapacidade, o mais independente possível perante situações do quotidiano, ou seja, procura a independência para a sua realização. No entanto, para que o cuidado de enfermagem seja eficiente neste processo, necessita de desenvolver a sua metodologia de trabalho fundamentada no método científico e baseado em teorias e modelos de enfermagem, no sentido de uma assistência individualizada, planeada e qualificada.

Apesar da especificidade de cada uma das teorias de Enfermagem, a verdade é que conceitos centrais, como: cuidados de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente, estão patentes na maioria delas. Relativamente aos vários modelos conhecidos, a maioria reconhece uma visão holística e humanista da pessoa com a sua singularidade e autodeterminação, na relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa cuidada (País Ribeiro, 2008).

Atendendo ao Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (Regulamento n.º 125/2011, p.8658) o “enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. (...) A sua intervenção visa 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 (...)”. Perante o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 350/2015, p.16656), os cuidados de enfermagem de reabilitação visam “o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas”.

O autocuidado é o motivo de desenvolvimento de uma teoria em que Dorothea Orem se destacou e por esse facto ancoraremos a nossa análise nela. No contexto acima referido e na prática da implementação das intervenções de enfermagem de reabilitação, bem como no plano de intervenção, o referencial teórico de Orem foi o que mais se adequou, indo ao encontro do objetivo primordial, contribuir para a maximização da independência no autocuidado. E porque um processo de enfermagem baseado num modelo de vida faria todo o sentido, a escolha do modelo de Enfermagem de Nancy Roper para complementar o guia orientador da avaliação dos utentes.

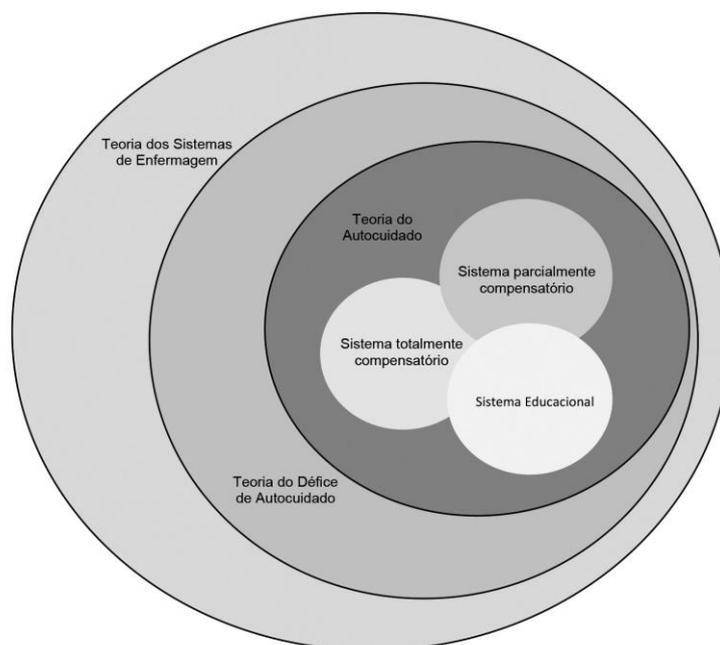
3.1. Teoria do Autocuidado

A teoria de enfermagem de Orem vêm oferecer uma base compreensiva para a prática de Enfermagem, na medida em que fora impulsionadora no desenvolvimento do indivíduo para as ações do autocuidado. Para Dorothea Orem as necessidades das pessoas estão relacionadas aos deficits de autocuidado e nesta perspetiva, o enfermeiro deve enfatizar os seus cuidados para o autocuidado, estimulando a prevenção, a cura e a reabilitação (Vall, Lemos, & Janebro, 2005). Para melhor entender o autocuidado na visão de Orem, deve-se primeiro defini-lo. Para a teórica, autocuidado é “(...) o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Quando o autocuidado é realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano, contribuindo para o desenvolvimento humano” (George, 2000, p.84). Dorothea Orem acredita que o enfermeiro em conjunto com o utente, devem identificar os deficits de autocuidado, para que se possa desenvolver nestes indivíduos os potenciais já existentes para a prática do autocuidado.

Atualmente a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) define autocuidado: “(...) a ação realizada pelo próprio com as características específicas: tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária” (CIE, 2016, p.42), indo ao encontro do definido por Orem.

A teoria geral do autocuidado, é composta por três outras teorias que se inter-relacionam, sendo elas: a Teoria do autocuidado, que mostra de que forma os indivíduos se cuidam; a Teoria do Déficit de Autocuidado, que explica a razão pela qual as pessoas necessitam dos cuidados de enfermagem; e a teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que devem ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Tomey & Alligood, 2004). A figura nº 2, mostra de forma ilustrativa a relação entre as três teorias, que irão ser descritas seguidamente.

Figura nº 2, Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem.



Fonte: Orem, D. (2001).

A Teoria do Autocuidado engloba o autocuidado universal, de desenvolvimento e de terapêutica (Tomey & Alligood, 2004). O autocuidado universal refere-se à prática de atividades da vida diária que a pessoa realiza em benefício próprio para manter a vida, a saúde e o bem-estar (Vall, Lemos, Janebro & Socorro, 2005). A de desenvolvimento, encontra-se relacionada às etapas do desenvolvimento humano e o autocuidado de terapêutica realça as medidas terapêuticas necessárias para o diagnóstico e tratamento dos indivíduos com problemas de saúde ou com incapacidades físicas e psíquicas, que afetam o corpo como um todo.

Relativamente à Teoria do déficit do autocuidado, é a base da teoria de Orem, pois é a teoria que faz referência à ideia central, a procura dos cuidados de enfermagem pelo indivíduo

que possui limitações para o seu próprio cuidado (ou dos seus dependentes). Por outras palavras revela que as exigências de autocuidado são superiores às capacidades do indivíduo para as realizar, necessitando desta forma da intervenção de enfermagem. Orem identifica cinco métodos de intervenção para assistir o indivíduo no autocuidado, sendo eles: agir ou fazer para o utente; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio e ensinar (Vall, Lemos, & Janebro, 2005).

Na teoria de sistemas de enfermagem, Orem sugere a forma como as necessidades de autocuidado do utente podem ser satisfeitas. Classifica esta última teoria em três sistemas: sistema totalmente compensatório, que surge quando o indivíduo é incapaz de se autocuidar, necessitando do enfermeiro para compensar as suas atividades; sistema parcialmente compensatório, o indivíduo executa algumas ações de autocuidados e o enfermeiro compensa as limitações do doente, assistindo-o nas suas necessidades ; por último, o sistema apoio-educação, onde o indivíduo necessita da intervenção de enfermagem, para aquisição de conhecimento, educação e tomada de decisão para controlo das suas necessidade de autocuidado (Vall, Lemos & Janebro, 2005; Queirós, Vidinha & Filho, 2014)

De uma forma sucinta, a escolha desta teoria para nortear este relatório, revelou-se essencial uma vez que promove o envolvimento da pessoa no processo de reabilitação, potenciando as suas capacidades de autocuidado e autonomia.

3.2. Modelo Concetual de Enfermagem de Nancy Roper

A escolha do modelo concetual de Nancy Roper, como orientador deste trabalho, deve-se ao modo como aborda o modelo de vida, referindo que existe uma inter-relação de fatores externos que influenciam as atividades de vida durante o ciclo vital do indivíduo, num contínuo dependência/ independência. Estes fatores influenciadores podem ser de ordem física ou mental e podem comprometer direta ou indiretamente as doze atividades de vida identificadas pela autora, alterando o processo natural e instaurando a dependência (Roper, Logan & Tierny, 1995).

No Modelo de Enfermagem acima descrito existem cinco elementos essenciais: atividades de vida, etapas de vida, grau de dependência/independência, fatores que influenciam as atividades de vida e individualidade no viver. A autora admite que as doze atividades de vida têm uma estreita relação entre si e que desse modo, qualquer alteração em uma das atividades trará modificações no desempenho das demais. As dozes atividades de vida, constituem o conceito principal deste modelo e são nomeadas: manutenção de um ambiente seguro, comunicação, respiração, alimentação, eliminação, higiene pessoal e vestuário, controle da temperatura do corpo, mobilidade, trabalho e lazer, expressão da sexualidade, sono e morte. Um dos elementos constituintes deste modelo é a Individualidade da pessoa, que se observa no reconhecimento da existência de etapas de vida, que influenciam o comportamento individual em cada atividade de vida. Esta compreensão é fundamental para que o cuidado seja adequado e eficaz. Durante o ciclo de vida, a pessoa, depara-se com alterações na capacidade de execução de atividades de vida diária, conduzindo a um maior ou menor nível de dependência. O grau de dependência/independência de um indivíduo é determinado não só por fatores internos (etapa de vida em que se insere, o estado de saúde e a própria individualidade), mas também por fatores externos (condições socioeconômicas, políticas e culturais).

Assim, um dos pressupostos deste modelo é que os indivíduos carecem de cuidados de enfermagem, pois existem problemas de saúde, atuais ou potenciais, os quais produzem uma ou mais alterações na vida diária, alterando grau de dependência/ independência no desempenho das atividades da vida, ao longo do ciclo vital (Roper, Logan & Tierny, 1995).

O modelo proposto compreende fases da metodologia assistencial nomeadamente: Avaliação das atividades da vida, Planeamento da assistência de enfermagem, Implementação do plano de enfermagem e Avaliação da assistência de enfermagem prestada (Diogo, 2000).

De uma forma global, a atuação do enfermeiro de reabilitação pode contribuir para que o doente consiga desenvolver capacidades e torná-lo mais independente para a realização das atividades de vida. Considerando o objetivo da promoção da satisfação das necessidades humanas e a máxima independência na realização das atividades de vida, há que olhar a um trabalho colaborativo entre o enfermeiro de reabilitação e o indivíduo. Ambos irão trabalhar de forma a encontrar a resposta mais adequada, desde: o substituir, ajudar, apoiar e orientar, ensinar, treinar e instruir de acordo com o grau de dependência.

Assim durante o estágio final, que se desenrola na fase aguda/ crítica de doença há que manter a capacidade residual das funções músculo-esqueléticas (mobilidade), uma vez que irão

influenciar direta ou indireta a curto/longo prazo o desempenho das demais AVD's. Acredita-se que a teoria do autocuidado de Dorothea Orem e o modelo de Nancy Roper, acrescente objetividade, centrando o conceito de Enfermagem no autocuidado e na manutenção da qualidade de vida da pessoa.

3.3. CIPE®

Ao longo dos anos, que muitos dos líderes da Enfermagem, vêm defendido que uma articulação clara da prática de Enfermagem era fundamental para o reconhecimento do vasto e diversificado domínio da enfermagem. Sendo este possível, com um instrumento unificador que envolvesse a tecnologia científica para o seu desenvolvimento e aplicabilidade na prática. Neste contexto surge o instrumento denominado CIPE®, classificação Internacional para a prática de Enfermagem, utilizado para descrever a observação realizada pelos enfermeiros (CIE, 2016). E com isto referimo-nos a diagnósticos e resultados de Enfermagem, bem com as ações por eles realizadas, denominadas intervenções de Enfermagem, de modo a resolver os problemas de saúde dos indivíduos. É descrito como um modelo multiaxial de sete eixos (Foco, Juízo, Recursos, Ação, Tempo, Localização e Cliente) para a formulação de diagnósticos, intervenções e resultados.

Esta nomenclatura tem vindo a fortalecer-se a nível mundial e desta forma a tornar-se um movimento para a padronização da comunicação e da troca de informação entre enfermeiros e outros profissionais de saúde (Cubas, Honorato da Silva & Rosso, 2010, Garcia, Bartz & Coenen, 2017).

A CIPE® tem demonstrado ser uma tecnologia de informação que durante a realização do processo de enfermagem facilita o raciocínio clínico e a documentação padronizada do cuidado prestado, possibilitando a análise do impacto que as ações de enfermagem exercem sobre a saúde e bem-estar das pessoas. São também descritos benefícios relacionados com a qualidade e segurança dos cuidados, salientando o contributo para o continuo de cuidados, a investigação, a gestão e o financiamento das instituições (CIE, 2016).

Realçamos a importância enquanto profissional de saúde, de desenvolvimento de projetos de intervenção profissional enquadrado num instrumento que enalteça os cuidados prestados pela profissão, que integre uma infraestrutura global de informação, que promova avanços nos campos da prática profissional e que ajude os enfermeiros a acompanhar o desenvolvimento da profissão. Desta forma, a estratégia de intervenção foi moldada perante uma linguagem CIPE®, formulando-se focos, possíveis diagnósticos de enfermagem, que determinadas intervenções de enfermagem pudessem gerar resultados esperados. Assim por foco entende-se, uma “área de atenção que é relevante para a enfermagem”, que pode ser aplicado um juízo, ou seja, uma “opinião clínica ou determinação relativa ao foco da prática de enfermagem”, que é sujeito a uma ação, “processo intencional aplicado a um cliente”, neste caso intervenção, que faz com que surja um resultado (CIE, 2016, p.19).

É de salientar que a CIPE® é um processo contínuo e que se encontra em constante construção, sendo que na última atualização foram incorporados e alterados conceitos de versões anteriores. Assim no planeamento deste projeto surgiram conceitos que não nos pareceram os mais indicados para o corpo de conhecimento da especialidade de enfermagem de reabilitação, pelo que se considerou necessária a inclusão de termos/expressões que integram o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da especialidade de Enfermagem de Reabilitação.

4. OBJETIVOS DO ESTÁGIO FINAL

O estágio final em Enfermagem de Reabilitação, surge no âmbito da reabilitação neurológica e respiratória, permitindo-nos aprofundar/melhorar conhecimentos e competências na área dos cuidados de enfermagem de reabilitação a Pessoas com lesões neurológicas e com doença respiratória, na fase aguda, crónica e de sequelas. Neste contexto organizam-se objetivos específicos para o ensino clínico, tendo por base as competências do EE, do EEER, as competências de Mestre e objetivos de aprendizagem do Mestrado em Associação (Anexo A). A definição de objetivos é determinante para a eficácia do estágio final, bem como para a obtenção de conhecimentos. A investigação educacional alerta-nos para o facto de a delimitação de objetivos ser uma estratégia eficaz para o aluno, pois dessa forma irá demonstrar a sua aprendizagem (Silva & Camillo, 2007) e clarificar as suas intenções e procedimentos de formação.

Assim, explicitamos como integramos os objetivos preconizados para o enfermeiro especialista e mestre.

Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinem limitações de AVD's;

Uma das competências específicas do enfermeiro de reabilitação é a avaliação da funcionalidade e o diagnóstico de alterações que determinem limitações da atividade e incapacidade da pessoa (Regulamento n.º 125/2011), para que com isso elabore planos de intervenção que visem a adaptação às limitações impostas e à maximização da autonomia e qualidade de vida. Assim no contexto do estágio final, surgirão pessoas com inúmeras alterações que limitam as AVD's, espera-se desenvolver competências para avaliação da funcionalidade/ou risco de alteração da funcionalidade, através de uma correta recolha de informação e utilização de instrumentos que permitam avaliar as respetivas funções. O contexto clínico ocorrerá em unidades altamente diferenciadas, onde os utentes são obrigados a um repouso terapêutico devido à sua situação clínica, o que leva à restrição de mobilidade e por conseguinte a alterações de funcionalidade. Nesta perspetiva espera-se que se identifiquem as necessidades

de intervenção a um nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, permitindo assim a tomada de decisão.

Diagnosticar, planear, executar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com problemas neurológicos e respiratórios;

O estágio final, como já foi referido anteriormente, será realizado numa primeira fase na UAVC do HESE, EPE, de forma a dar resposta ao desenvolvimento de conhecimentos e competências na área neurológica. De acordo com a estimativa realizada pela OMS (2016), a doença cerebrovascular deve permanecer entre as quatro principais causas de morte até 2030. Em Portugal, o AVC continua como primeira causa de mortalidade e incapacidade, provocando sequelas permanentes aos indivíduos. Assim, para quem sofre um Acidente Vascular Cerebral, a reabilitação é fundamental e deve ser iniciada o mais precocemente possível, para que o indivíduo recupere a independência funcional e a participação social na vida diária. Esta ideia vai corroborar estudos que admitem que o momento ideal para se iniciar a reabilitação deve estar compreendido entre as 24h a 72h pós AVC, atendendo obviamente a aspetos como a estabilidade clínica do doente (O'Sullivan & Schmitz, 2010).

A segunda parte do estágio, terá o intuito de desenvolvimento da prática e do conhecimento mais especificamente na área respiratória e neste caso em particular estará associado à pessoa em situação crítica, uma vez que se desenvolverá na UCIP do HESE, EPE. Para Laranjeira (2010) a intervenção do ER é imprescindível em contexto de UCI, tendo em conta a especificidade única deste tipo de serviço e as características tão particulares dos doentes críticos. Sendo o último estágio e por ser um local que compreende uma panóplia de diagnósticos médicos, esperasse o culminar de uma intervenção de enfermagem de reabilitação ao nível das funções neurológicas, respiratórias, cardíaca e ortopédicas. Assim relativamente à função respiratória, esta torna-se um foco de atenção central para a intervenção dos Enfermeiros de reabilitação, pelas intervenções específicas que poderão prestar para manter ou melhorar a função respiratória. A reeducação funcional respiratória é atualmente considerada uma componente importante nos cuidados de manutenção e tratamento dos doentes com patologia respiratória. Para isso é fundamental compreender a natureza do compromisso respiratório e com isso elaborar um plano de intervenção adaptado à individualidade de cada doente (Larson, Johnson & Angst, 2000), com a sua posterior avaliação.

Desenvolver e implementar um plano de intervenção dirigido à pessoa com défice de mobilidade que vise a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;

Perante os problemas específicos da população alvo, que se centram na dependência, nomeadamente a resultante da afetação da mobilidade pela síndrome da imobilidade, leva-nos à elaboração deste objetivo. Este objetivo pretende dar resposta efetiva à elaboração do plano de intervenção na área do défice da mobilidade, especificamente à mobilidade no leito e às transferências.

Aquando de uma situação de défice de mobilidade, o programa de reabilitação vai permitir que o individuo/ família aprenda a viver uma nova situação de vida, com todas as modificações ocorridas, com maior incidência na função motora, sensitiva e cognitiva. A abordagem precoce da enfermagem de reabilitação é fundamental na otimização da funcionalidade e redução das incapacidades, através da adequação das intervenções. Assim, a partir de uma avaliação inicial compreensiva sobre a pessoa contamos ter condições para identificar os diagnósticos e desenhar um plano que colmate as dificuldades, permitindo a maximização da autonomia.

Capacitar a pessoa com limitação da mobilidade para a maximização da funcionalidade;

A capacitação da pessoa com limitação da mobilidade, é um objetivo que integra o plano de intervenção que nos propomos realizar e que se engloba no estágio final. Assim pretende-se contribuir para a capacitação da pessoa com vista à sua integração na sociedade.

É no incentivo à capacidade de adaptação da nova condição que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação intervém, no desenvolvimento de ações autónomas inerentes ao quotidiano da vida, desde o ensino e treino de AVD's a aspetos relacionados com a mobilidade e a acessibilidade. Todo este processo é essencial à reabilitação funcional e à prevenção de complicações.

Produzir dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação desenvolvidos;

A Enfermagem como disciplina precisa da produção e da renovação contínua do seu próprio corpo de conhecimento e tal só é assegurado pela produção de investigação. A enfermagem

deve cada vez mais orientar a sua prática com base na evidência, pois este recurso permite aos enfermeiros a reflexão sobre a prática, estimulando a atualização de conhecimento e procura de novas formas de intervenção, mais eficazes e eficientes (OE, 2012). O ICN (1999) vê a investigação em Enfermagem como um meio poderoso de responder a questões sobre as intervenções dos cuidados de saúde e de encontrar melhores formas de promover a saúde, prevenir a doença e prestar cuidados e serviços de reabilitação a pessoas de todas as idades e em diferentes contextos.

Esta é a forma de evoluirmos para uma efetiva construção da disciplina. Foi nesta perspetiva que se tornou pertinente levantar um objetivo relacionado com a produção de resultados perante um problema atual e ainda pouco desenvolvido na nossa área. Apesar de não se tratar de uma tese, mas de um plano de intervenção em contexto de investigação, abordamo-lo como um possível caminho para tal. Pois os dados que possamos recolher, poderão mudar nem que seja a mentalidade de colegas e outros profissionais de saúde e quiçá a longo prazo trazer investigação.

Participar de forma proativa em equipas e em projetos, em contexto multidisciplinar;

Pensar no trabalho em equipa, significa pensar no cuidado centrado no doente e nas suas necessidades. Assim, a integração de diferentes categorias profissionais e ramos do conhecimento em torno de um objetivo comum torna-se fundamental para que a assistência ao utente seja de qualidade e permita a capacitação para o autocuidado e maximização de funcionalidade. Neste contexto, fez todo o sentido a elaboração de um objetivo que fosse ao encontro da filosofia de que o doente depende de todos os profissionais, com igual intensidade dentro da área de competência de cada um.

A proatividade do EER torna-se relevante na sua intervenção, na identificação de diagnósticos precoces e ações preventivas, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais, prevenindo complicações e evitando a incapacidade (Regulamento n.º 125/2011).

Salientamos que o traçar de objetivos é entendido como um guia de orientação e uma linha de ação, que pretende impulsionar o crescimento profissional e facilitar momentos de reflexão crítica e identificação de dificuldades.

Na procura da excelência, de melhorar os conhecimentos e competências dos cuidados de enfermagem de reabilitação, procurámos que os objetivos fossem ao encontro da satisfação das competências do EE, EEER, de Mestre e dos objetivos de aprendizagem do Mestrado a decorrer. Na tentativa de adequar as competências aos objetivos traçados, foi elaborado um quadro resumo (Quadro nº 1) para facilitar a compressão.

Quadro nº 1, objetivos do Estágio Final, Competências do EE, EEER, Mestre e Objetivos de aprendizagem do Mestrado

Objetivos Estágio Final	Competências
Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinem limitações de AVD's;	EE: D2 EEER: J1 Mestre: a) i) Objetivos aprendizagem Mestrado: 6)
Diagnosticar, planejar, executar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com problemas neurológicos e respiratórios;	EE: A1, D2 EEER: J1 Mestre: a) i) Objetivos aprendizagem Mestrado: 3)
Desenvolver e implementar um plano de intervenção dirigido a pessoa com défice de mobilidade que vise a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;	EE: D2 EEER: J1, J2, J3 Mestre: a) ii) e b) Objetivos aprendizagem Mestrado: 1), 2), 4)
Capacitar a pessoa com limitação da mobilidade para a maximização da funcionalidade;	EE: D2 EEER: J2, J3 Mestre: c) Objetivos aprendizagem Mestrado: 1)
Produzir dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação desenvolvidos;	EE: B1, B2, D2 EEER: Mestre: d) e) Objetivos aprendizagem Mestrado: 2), 6)
Participar de forma proativa em equipas e em projetos, em contexto multidisciplinar;	EE: B1 EEER: Mestre: e) Objetivos aprendizagem Mestrado: 5)

5. PLANO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O presente plano de intervenção insere-se no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação. A unidade curricular “Estágio final” será o cenário onde se irá implementar o plano de intervenção. A instituição escolhida é o Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, sendo os serviços eleitos para a implementação deste projeto, a Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC) e a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP).

5.1. Objetivos

Na perspetiva de dar resposta às necessidades dos doentes internados na UAVC e UCIP e tendo em conta o conteúdo funcional da enfermagem de reabilitação, a concretização do projeto de intervenção profissional teve como objetivos:

- Avaliar a funcionalidade da pessoa com défice de mobilidade;
- Diagnosticar os défices e dependências para a mobilidade no leito e transferência;
- Estabelecer um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação para a gestão dos défices e dependência relativas à mobilidade no leito e transferência;

5.2. Metodologia

5.2.1. Tipo de Plano de Intervenção

O plano de intervenção proposto insere-se num contexto de investigação-ação, uma vez que parte da avaliação de uma problemática, realiza um diagnóstico e introduz medidas para a modificação da situação (Koerich, Backes, Sousa, Erdmann & Albuquerque, 2009). A metodologia escolhida tem origem nos trabalhos desenvolvidos por Kurt Lewin em 1946, altura que o autor procurou aproximar duas formas de conhecimento, a teoria e a prática. Este método destaca-se por ser um projeto de construção e de formulação de um novo conhecimento, mas também de um projeto que permite dar resposta a um determinado problema (Ferreira, 2008). Vilelas (2009) refere que é uma metodologia que orienta a melhoria da prática consoante a mudança e a aprendizagem a partir das consequências dessa mudança. A escolha desta metodologia prende-se com o facto de esta ser participativa, na medida em que o investigador interage com os sujeitos, mas também com o facto de ser ativa ao nível da capacitação da informação, podendo ser facilitadora nas mudanças de comportamentos (Carvalho & Silva, Ribeiro de Moraes, Figueiredo & Tyrrell, 2011). Segundo os mesmos autores, este tipo de metodologia é adequado à Enfermagem, pois viabiliza o saber escutar, o dar atenção, o ser sensível aos problemas e aos sentimentos, permitindo visualizar os sujeitos de uma forma holística, incluindo a família e comunidade. Não esquecendo a possibilidade de transformação de comportamento perante o problema, não só nível social, mas também a nível individual.

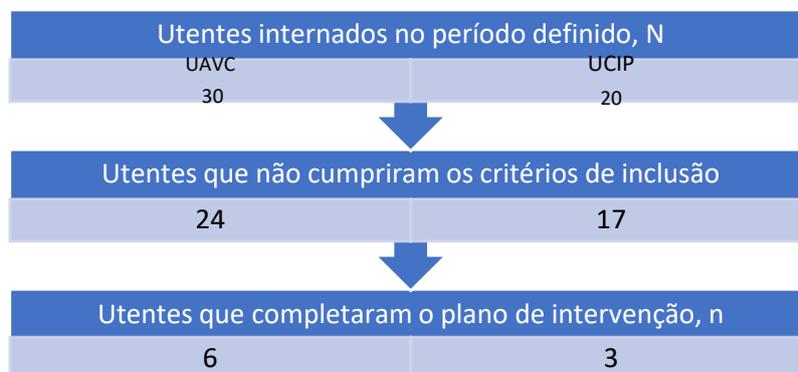
O presente plano de Intervenção é de natureza transversal, uma vez que decorre num determinado período de tempo (Fortin, 1999). Assim o período de implementação do respetivo projeto fica definido de catorze de outubro a catorze de dezembro de dois mil e dezassete. Sendo que de catorze de outubro a catorze de novembro, decorrerá na UAVC e o restante período na UCIP. Apresenta uma perspetiva descritiva, uma vez que assenta em estratégias de pesquisa para “descrever comportamentos, incluindo a identificação de fatores que possam estar relacionados com um fenómeno em particular” (Freixo, 2009, p.106).

5.2.2. População e amostra

Na visão de Fortin (1999, p.202) a população define-se como “(...) uma coleção de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.” Assim a população-alvo do projeto de intervenção foi de encontro a uma amostragem de tipologia não probabilística, que segundo o mesmo autor, diz respeito a uma “fração da população sobre a qual se faz o estudo” (Fortin, 2009, p.132). Selecionaram-se os utentes que se encontravam em regime de internamento no serviço de UAVC e UCIP, no período catorze de outubro a catorze de dezembro de dois mil e dezassete. Foram selecionados independentemente do diagnóstico, motivo de internamento ou antecedentes pessoais. Foram definidos como critérios de inclusão: utentes que apresentassem comprometimento da mobilidade; fossem colaboradores; aceitassem participar no projeto, com o devido consentimento assinado; com seguimento de pelo menos três dias de plano de intervenção e com entrada inferior a 48 horas. Aos utentes que aceitaram participar no plano de intervenção foram assegurados os princípios éticos, confirmado com a assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido, de acordo com a Declaração de Helsínquia, presente no Apêndice A. De referir, que o plano de intervenção foi aprovado pela comissão de Ética da Universidade de Évora (Anexo B), bem como da instituição onde decorreu a implementação, neste caso o HESE, EPE (Anexo C).

Desta forma a amostra selecionada apresenta-se conforme o fluxograma presente na figura nº 3.

Figura nº 3, Fluxograma da Seleção de Amostra



5.2.3. Técnicas e Instrumentos de Recolha de Dados

O plano de intervenção inclui tempos de avaliação e de execução, sendo relevante explicitar a metodologia seguida e os instrumentos de avaliação utilizados. Foi elaborado um instrumento de recolha de dados (Apêndice B), onde numa primeira parte foram recolhidas variáveis de caracterização da amostra (idade, sexo, diagnóstico médico, agregado familiar e presença de cuidador) através de um questionário. A primeira parte contempla ainda a avaliação do nível de consciência (através da Escala de Coma de Glasgow) e o score da Medida de Independência Funcional, de forma a mensurar a capacidade funcional do utente.

A segunda parte do instrumento de recolha de dados, contempla informação relacionada com o foco Mobilidade no leito e o foco Transferências. Em ambos os casos é utilizada a técnica de observação direta, para avaliação de critérios para possível diagnóstico das diversas variáveis. Assim para a Mobilidade no leito, surgem as variáveis: tónus muscular, movimento muscular e posicionar-se. O foco Transferências admite a variável equilíbrio corporal, pôr-se de pé e transferir-se. De forma a complementar a decisão de presença de diagnóstico utilizar-se-á escalas para as respetivas variáveis (Escala de Ashworth Modificada, escala de Braden e Escala de Berg).

A utilização dos instrumentos de avaliação (escalas) acima referidos permitem ao enfermeiro documentar informação importante que possibilita a identificação de diagnósticos de enfermagem. Para Hoeman (2011, p.177) a “avaliação de enfermagem, com base em medidas válidas e objetivas, contribui de maneira significativa para a avaliação interdisciplinar e para o planeamento dos cuidados”. Sendo instrumentos essenciais à avaliação global do indivíduo, serão abordados de uma forma breve e apresentados no Anexo D. É pertinente referir que três dos instrumentos utilizados, fazem parte do documento realizado pela Mesa do Colégio de especialidade de Enfermagem de Reabilitação, Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de reabilitação, com o intuito de dar suporte à tomada de decisão no âmbito dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Assim, a **Escala de Coma de Glasgow**: é um instrumento que permite avaliar o nível de consciência de um indivíduo com lesão cerebral, utilizando três critérios, abertura ocular, resposta verbal e resposta motora (Teasdale, 2014). Apesar de já existir uma nova versão, utilizaremos a versão (anterior) que se encontra implementada em ambos os serviços; **Medida**

de Independência Funcional (MIF): é um instrumento que tem como objetivo diagnosticar o grau de capacidade/incapacidade funcional e da mesma forma avalia o desempenho do indivíduo na realização de dezoito itens, das quais seis se referem ao autocuidado (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir metade superior do corpo, vestir metade inferior do corpo e utilização do sanitário), dois ao controlo de esfíncteres, dois à mobilidade /transferências (leito, cadeira de rodas, sanitário, banheira, chuveiro), dois itens à locomoção (marcha/ cadeira de rodas, escadas), dois à comunicação e por último três itens relacionados à cognição social (OE, 2016); **Escala de Ashworth Modificada:** é um instrumento para a avaliação da espasticidade/tónus muscular, que avalia a resistência oferecida ao estiramento muscular, como expressão do tónus muscular (OE, 2016); **Escala de Braden:** avalia o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, em alto ou baixo risco consoante o score atribuído (Direção Geral de Saúde [DGS], 2011); **Escala de Equilíbrio de Berg:** o objetivo da escala prende-se com a avaliação do equilíbrio funcional, estático e dinâmico do indivíduo, ao mesmo tempo que prediz o risco de queda. É essencialmente composto por catorze tarefas funcionais em que o indivíduo é avaliado em atividades de coordenação, equilíbrio, capacidade de mudança de decúbito, avaliação de transferências em diferentes situações de disposição da base de sustentação (OE, 2016).

O referido instrumento de recolha de dados será utilizado em dois momentos distintos. Numa primeira fase, a avaliação inicial (T_1), que acontecerá no primeiro dia de abordagem ao utente e numa avaliação final (T_2), que ocorrerá no terceiro dia de intervenção.

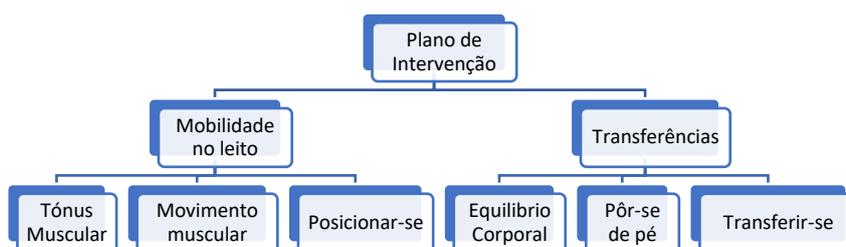
5.2.4. Plano de Intervenção

A construção do plano de intervenção teve por base o défice de mobilidade do utente, optando-se por abordar dois conceitos, a mobilidade no leito e as transferências. Esta escolha fundamentou-se no facto de serem dois pilares para o desenvolvimento a longo prazo da autonomia do utente. Ideia que vai ao encontro das conclusões que Sartori et al., (2009) referiram após a implementação de um plano de reabilitação realizado a utentes vítimas de lesão medular. Após o plano de reabilitação os utentes adquiriam a sua independência nas

transferências e mobilidade, melhorando a execução de habilidades funcionais, repercutindo-se na melhoria do score da MIF.

Assim, com base na linguagem CIPE®, o plano de intervenção contemplou dois focos, a mobilidade no leito e as transferências. Para cada foco foram delineadas três variáveis passíveis de serem avaliadas, através de critérios sustentados no padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação (OE, 2015). Critérios necessários para o levantamento de diagnósticos de enfermagem (Apêndice C). Para a mobilidade no leito, surgem as variáveis: tônus muscular, movimento muscular e posicionar-se, para o foco transferências, as variáveis selecionadas foram: equilíbrio corporal, pôr-se de pé e transferir-se. Para clarificação do plano apresenta-se o fluxograma com os dois focos e respectivas variáveis (figura nº 4).

Figura nº 4, Fluxograma do Plano de intervenção, Focos e Variáveis.



Fase A - Avaliação - Após avaliação inicial com incidência em cada variável selecionada, é emitido um juízo que poderá identificar um diagnóstico de enfermagem, em caso afirmativo serão introduzidas as respectivas intervenções. Deste modo, cada variável em estudo pressupõe determinadas intervenções em virtude das incapacidades de cada utente. A **Fase A** coincide com o momento T₁, avaliação inicial.

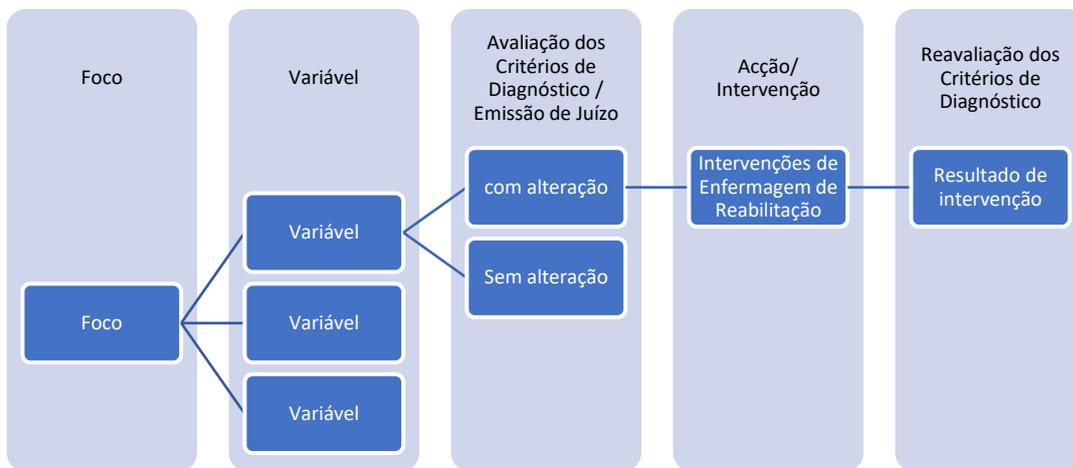
Fase B - Intervenção- Do plano de intervenção faz parte um conjunto de exercícios, apresentados no quadro nº2, que atuam na mobilidade no leito e nas transferências. O plano de intervenção foi ajustado individualmente às necessidades de cada utente, realizando-se o tipo de mobilização e exercícios adequado à situação do utente, colaboração deste e/ou prestador de cuidados.

Quadro nº 2, Estratégias de Intervenção Profissional e Resultados Esperados

Estratégias de Intervenção Profissional e Resultados Esperados				
Foco	Variável	Estratégias de Intervenção de Enfermagem		Resultados Esperados/ Indicadores
Mobilidade no leito	Tónus muscular	Executar técnica de massagem		Proporção de clientes a quem foi utilizada escala de Ashworth Prevenir espasticidade
		Executar técnica de exercício muscular e articular passivo		
		Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-passivo		
		Executar técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade	Padrão anti-espástico	
		Executar técnica de relaxamento	Alongamento estático Alongamento dinâmico	
		Incentivar execução de exercício muscular e articular		
	Monitorizar espasticidade através da escala de Ashworth			
	Movimento Muscular	Executar técnica de exercício muscular e articular	Passivo Ativo- assistido Ativo Ativo-resistido	Ganhos em capacidade para executar técnica de exercício muscular e articular; Prevenir perda de mobilidade e tónus muscular; Melhorar/Manter fortalecimento muscular;
		Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos	Auto mobilizações	
	Posicionar-se	Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se		Ganhos em capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se;
		Instruir sobre técnica de adaptação para posicionar-se		
		Treinar técnica de adaptação para posicionar-se		
		Executar técnica de posicionamento		
	Monitorizar o risco de úlceras por pressão através da escala de Braden			
Transferências	Equilíbrio corporal	- Avaliar equilíbrio corporal	- Equilíbrio estático/ dinâmico sentado - Equilíbrio estático/ dinâmico ortostático	Taxa de resolução equilíbrio corporal comprometido; Melhorar equilíbrio estático e dinâmico; Prevenir e corrigir defeitos posturais; Manter alinhamento tronco e membros; Promover segurança para a marcha;
		- Estimular a manter equilíbrio corporal	- Correção postural	
		- Executar técnica de equilíbrio corporal	- Alternância de carga nos membros superiores - Alternância da carga nos membros inferiores - Apoio unipodal - Exercícios de coordenação de movimentos - Facilitação cruzada	
		- Monitorizar equilíbrio corporal através de Escala de Berg		
		- Orientar na técnica de equilíbrio corporal	- Alternância de carga nos membros superiores - Alternância da carga nos membros inferiores - Apoio unipodal - Exercícios de coordenação de movimentos - Facilitação cruzada	
	Pôr-se de pé	Avaliar a pessoa a pôr-se de pé		Taxa de resolução do pôr-se de pé comprometido;
		Incentivar a pôr-se de pé		
		Informar sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé		
		Orientar para pôr-se de pé		
		Planejar o pôr-se de pé		
Providenciar dispositivo para a pessoa pôr-se de pé				
	Supervisionar a pessoa a pôr-se de pé			
Transferir-se	Avaliar capacidade para transferir-se		Ganhos em capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se;	
	Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se			
	Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se			
	Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se			
	Treinar técnica de adaptação para transferir-se			

Fase C - Reavaliação- Após três dias consecutivos de intervenções de enfermagem de reabilitação é reavaliado o diagnóstico de enfermagem e apresentado um resultado que tenta ir ao encontro de um resultado esperado, sustentado no core de indicadores dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação (Anexo E). A fase de reavaliação ocorre em T₂, ou seja, na avaliação final. A figura nº 5 ilustra o desenvolvimento de todo o processo.

Figura nº 5, Fluxograma do Desenvolvimento do Plano de Intervenção



5.2.5. Análise de estratégias de intervenção profissional

Apesar dos benefícios da mobilização precoce em utentes que se encontrem internados em UCI's e UAVC's estarem definidos e claros na literatura dos últimos anos, a especificação das estratégias de intervenção ainda não foi bem esclarecida. Ao contrário, os objetivos dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação para utentes neste contexto, agudo e crítico, encontram-se bem delineados: prevenção de complicações decorrentes da imobilidade no leito, minimização da perda da mobilidade, maximização da independência e melhoramento da qualidade de vida dos doentes a longo prazo. A condição da segurança é uma realidade que se encontra clarificada na literatura. Recentemente Nydahl et al., (2017) concluíram com base numa revisão sistemática que a mobilização do doente e a reabilitação são seguras, com baixa

incidência de eventos adversos e raras consequências para o doente, referindo-se neste caso a alterações hemodinâmicas e dessaturação.

Assim, constatando o benefício, a segurança e os objetivos destes cuidados, foram elaboradas estratégias de intervenção para cada uma das variáveis em estudo, e com isto referimo-nos ao tónus muscular, movimento muscular, posicionar-se, equilíbrio corporal, pôr-se de pé e transferir-se. Intervenções que terão como suporte a revisão da literatura realizada, bem como o padrão documental dos cuidados de enfermagem da EER (Anexo F).

O **tónus muscular** é um fator elementar em todo o processo de reabilitação, quer na lesão neurológica, quer no indivíduo que tenha sido submetido a um período de imobilização. O tónus muscular influencia diretamente o controlo motor, a força muscular e o equilíbrio. Na prática clínica para a avaliação do tónus muscular, os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação recorrem normalmente à Escala de Ashword Modificada, de forma a avaliar a resistência de um movimento passivo (Kitsos, Harris, Pollack & Hubbard, 2011). É reconhecida como uma escala subjetiva pois a avaliação depende da experiência do enfermeiro. Apesar disso o autor reconhece-lhe a importância de permitir adequar o plano de reabilitação tendo em conta a avaliação.

Apesar da natureza fragmentada das intervenções, ao conceito espasticidade ou hipertonía, surgem associadas a intervenções como: posicionamentos terapêuticos, exercícios de amplitude de movimento passivos e uso de talas. O objetivo é de diminuir a espasticidade, manter e melhorar a flexibilidade (Kneafsey, 2007). Krishnamoorthy, Aradharajulu & Kanase, (2017) acrescentam ainda os alongamentos, exercícios de mobilidade funcional e treino de equilíbrio associado a exercícios de cadeia cinética fechados. Os autores observaram que no conjunto dos exercícios surgiram efeitos positivos no controlo motor, espasticidade, redução da dor e amplitude de movimento. Oliveira & Golin (2017) acrescentam que o alongamento muscular passivo associado a técnicas para redução do tónus, aumentam a sua efetividade. Também a massagem de relaxamento, a aplicação de calor ou frio foram utilizadas na redução da dor, na melhoria da amplitude de movimento e postura, influenciando de uma forma positiva o controlo da espasticidade (Stevenson, 2010).

A segunda variável em estudo é o **movimento muscular**. Partindo do pressuposto que o internamento se encontra associado a uma subsequente perda de força muscular e que pode elevar o grau de dependência dos utentes após uma situação de doença aguda (Koster, Mackey,

Cawthon, Ferrucci & Simonsick, 2010), é fundamental a atuação do enfermeiro de reabilitação numa fase precoce, para que evite possíveis danos resultantes da perda de força muscular. A literatura mostra-nos que o desenvolvimento da força muscular se dá principalmente pelo treino resistido, ou seja, um treino na qual se vence uma resistência, quer de uma forma dinâmica ou em isometria. Também é conhecido que a força muscular pode ser melhorada de uma forma progressiva. Fiatarone, Marks, Ryan, Meredith, Lipsitz & Evans (1990) observaram ganhos de força em oito semanas após treino resistido, mesmo em indivíduos de 90 anos. Concluímos que músculos preparados, melhoram a função articular e inevitavelmente o movimento muscular. De acordo com Lee & Park (2013) os exercícios de fortalecimento não só aumentam a força, mas também melhoram o equilíbrio e beneficiam a autonomia das AVD's.

Tendo em conta o curto espaço de tempo para a aplicação das estratégias propostas no plano de intervenção e a dificuldade sentida para se realizar o mínimo de três intervenções consecutivas a cada utente, optou-se pela avaliação da existência de movimento muscular ativo em prol da avaliação da força muscular, tendo em conta a duração do plano de intervenção (três dias). Estudos na área da força muscular apresentam duração de planos de intervenção entre seis a trinta semanas consecutivas, com um mínimo de três intervenções semanais. Tornando-se incomparável com o plano proposto.

A mobilização passiva, ativa-assistida, ativa e resistida são estratégias utilizadas pelo enfermeiro de reabilitação para evitar o declínio funcional do doente crítico. Para Kisner & Colby (2007) são exercícios que visam a melhoria e a restauração da funcionalidade, prevenindo ao mesmo tempo a disfuncionalidade. Dammeyer, Dickinson, Packard & Ricklemann (2013) referem benefícios imediatos e a longo prazo de movimentos articulares, incluído a prevenção de contraturas. De uma forma breve e segundo Kisner & Colby (2007), a mobilização passiva encontra-se indicada em situações em que o utente não consegue mover ativamente um segmento ou vários segmentos do corpo, podendo estar relacionado ao repouso no leito, coma, paralisia, entre outras. Neste caso é o enfermeiro que realiza todo o movimento. Os exercícios de mobilização ativa-assistida, são necessários quando o utente necessita de ajuda para completar o movimento, ou seja, o utente consegue iniciar o movimento, mas necessita de ajuda para alcançar a amplitude máxima. Este tipo de mobilização está indicado em caso de fraqueza muscular. Os exercícios de mobilização ativa, consistem no movimento executado pelo utente sem limitação da amplitude, em que existe contração ativa dos músculos do segmento a mobilizar. Exercícios indicados para a manutenção da elasticidade e da contratilidade dos músculos, regeneração sensorial dos músculos, promoção da integridade do osso e articulação

e melhoria da circulação. Por último, as mobilizações ativas-resistidas sugerem a aplicação de uma resistência externa sobre o movimento ativo do indivíduo, visando manter a integridade das estruturas articulares, a amplitude dos movimentos, a conservação da flexibilidade e a prevenção aderências e contraturas (Menoita, 2012).

Relativamente a pesquisas efetuadas neste campo de investigação, encontramos Martin, Hincapie, Nimchuk, Gaughan & Criner (2005), que avaliaram a fraqueza de doentes submetidos a ventilação mecânica (VM) e o impacto de um programa de reabilitação, tendo em conta variáveis como: o desmame ventilatório, força muscular e estado funcional. O programa de reabilitação incluía: exercícios de controlo de tronco, exercícios de mobilização passiva, ativos, ativos-resistidos (uso de faixas elásticas e pesos), treino de sentar/levantar, marcha estacionária, deambulação na barra paralela e subida/descida de degraus. Após o programa de reabilitação, os autores encontraram melhoras significativas no aumento de força dos membros superiores e membros inferiores, aptidão no pôr-se de pé, na deambulação e no desmame da ventilação mecânica. Na mesma linha de ação, surge um estudo realizado a grupo de utentes sob VM submetidos a um plano de reabilitação, que constava de exercícios passivos, ativo-assistidos e ativos livres, transferências de deitado/sentado, leito/cadeira, treino de equilíbrio e treino de marcha. Os resultados deste estudo mostraram que no grupo de intervenção, 59% dos doentes retomaram a independência funcional na alta hospitalar, enquanto que no grupo de controle, foi de apenas 35%. Observaram também ganhos de força muscular e diminuição de 2 dias de suporte ventilatório comparado ao grupo de controle (Schweickert et al., 2009).

Apesar de as intervenções de enfermagem para a melhoria da força muscular recaírem em pontos comuns, continua a não haver consenso sobre intensidade, a frequência e a duração das intervenções de reabilitação para o efeito.

No que concede à variável **posicionar-se**, esta torna-se essencial para a redução e duração da pressão, do atrito e das forças de cisalhamento que existem entre as proeminências ósseas e a superfície de suporte perante a síndrome da imobilidade. Dessa forma o ato de posicionar-se previne o desenvolvimento de uma consequência frequente da imobilidade, as úlceras por pressão (Sartori et al., 2009). Na perspetiva de Stiller (2000), o posicionamento em contexto de UCI visa a otimização da relação ventilação/perfusão, de forma a aumentar os volumes pulmonares, minimizando o trabalho respiratório e cardíaco, melhorando diretamente a *clearance* pulmonar. Na globalidade para este autor, o posicionamento em cuidados críticos beneficia significativamente respostas a nível respiratório e cardiovascular. Em situação de AVC,

o posicionamento assume uma importância extra, pois um adequado posicionamento fornece informações sensoriais e proprioceptivas sobre a experiência do movimento "normal", que é essencial para a recuperação neurológica após um acidente vascular cerebral (Norman, 2014). O autor, assume que o posicionamento correto pode ajudar a manter a integridade da pele, a prevenir contraturas de tecidos moles, a manter a amplitude de movimento e minimizar o risco de aspiração. Acrescenta ainda, que otimizando a posição adequada, e com isto refere-se ao correto alinhamento corporal, dá-se uma oportunidade de funcionalidade aos membros afetados. Assim, o bom posicionamento ajuda a minimizar a dor e o trauma de estruturas vulneráveis de tecidos moles, nomeadamente o ombro hemiplégico.

Nas conclusões de um estudo levado a cabo por Neil, Grunawalt, Scott & Joshua (2000) relativo às mobilizações no leito, consideraram que os exercícios terapêuticos no leito são o primeiro passo para o desenvolvimento de uma mobilidade adequada no leito, promovendo capacidade do utente para adquirir a posição ortostática. Os exercícios terapêuticos a realizar no leito perante uma situação crítica e/ou em contexto de AVC são: rolar ativamente na cama, a ponte e a mobilização cruzada, pois são exercícios que promovem o fortalecimento muscular dos segmentos lombares, o desuso dos membros e a correção da posição (Stiller, 2000; Sartori et al., 2009), fatores essenciais para a fase posterior: o assumir a posição sentado, posição ortostática e para as transferências. Estes exercícios possuem ainda implicações funcionais importantes ao utente, promovem uma melhor mobilidade na cama, o que permite uma maior autonomia em AVD's, particularmente no vestuário e na eliminação.

Um dos maiores problemas que os utentes apresentam após a permanência em unidades críticas é o (des)**equilíbrio corporal**, associado muitas vezes a uma diminuição da força muscular e controlo postural. Fatores que associados aumentam a probabilidade de queda por parte dos utentes (Meneses, Burke & Marques, 2012). As alterações supracitadas proporcionam assimetrias ao utente, tanto na posição de sentado como em posição ortostática, comprometendo as transferências de peso e a instabilidade postural (Escarcel, Muller & Rabuske, 2010). A força muscular e o controlo postural são pré-requisitos para uma mobilidade eficaz. Como refere Bhimani et al., (2012) o equilíbrio e a marcha estão intimamente ligados uma vez que sem o primeiro não se consegue o segundo. Neste contexto torna-se essencial uma ação precoce por parte dos enfermeiros de reabilitação, com o treino postural e controlo de tronco. Num estudo desenvolvido por Wang et al., (2017) que apresentava como objetivo investigar o efeito de um treino precoce de controle do tronco na recuperação da função de equilíbrio de doentes com AVC's agudos. O grupo de intervenção foi submetido a um treino de

controle de tronco durante 14 dias. Concluiu-se que o treino precoce de controle do tronco podia melhorar significativamente a função do equilíbrio e a capacidade motora de doentes com AVC agudo. De entre a literatura revista, os programas de exercícios para a reabilitação do equilíbrio corporal constavam exercícios do tipo: transferências de peso de uma perna para outra, treino de balanço na cama, treino de equilíbrio unipedal, andar por cima de uma linha reta, exercícios de inclinação para a direita e esquerda, treino de mudança de decúbito, tocar num objeto suspenso sem sair do sitio e exercícios no leito com bola suíça (Sartori et al., 2009; Veerbeek, Wegen, Peppen, Van der Wees, Hendriks, Rietberg & Kwakkel, 2014; Martínez-Velilla, Cadore, Casas-Herrero, Idoate-Saralegui & Izquierdo, 2016; Preto, Gomes, Novo, Mendes & Granero-Molina, 2016; Büyükavcı, Şahin, Sağ, Doğu, & Kuran, 2016; Leite, Borba, Silva, Nascimento, Silva & Conceição, 2009). Todos os artigos referidos anteriormente apresentaram resultados satisfatórios após a implementação dos exercícios, com melhorias significativas no equilíbrio dinâmico e estático. Dois deles fazem referência ao facto da melhoria do equilíbrio se ter repercutido no aumento do grau de independência funcional (Sartori et al., 2009; Veerbeek et al., 2014).

A variável **pôr-se de pé**, ou posição ortostática é reconhecida como o restabelecimento do equilíbrio, ou seja, da dinâmica entre o tónus muscular, a força muscular e o movimento (Bhimani et al., 2012; Stevenson, 2010). É normalmente iniciada em fases mais avançadas de programas de treino para a recuperação da coordenação da atividade psicomotora. Stiller (2000) confere à postura ortostática benefícios como: restauração da distribuição de fluidos corporais, redução de efeitos da imobilidade e da permanência no leito, posição de melhoria de trocas gasosas e do estado de alerta. A influência sobre o sistema cardiovascular, a oxigenação, ventilação, estimulação vestibular, resposta antigravitacional, prevenção de contraturas e úlceras por pressão, são também fatores que tem encorajado esta prática em contexto crítico (Sibinelli, Maioral, Falcão, Kosour, Dragosavac & Lima, 2012). Sartori et al., (2009) observaram melhorias significativas após um plano de intervenção de reabilitação relativamente à estabilidade ortostática, revelando ser um fator importante para o aumento do grau de independência funcional. Assim o ganho de independência para as AVD's é influenciada pelo desempenho satisfatório de tarefas como: pôr-se de pé, transferências e marcha (Antunes, Justo, Justo, Ras & Prudente, 2016).

Por fim, a variável que permite a deslocação da pessoa de uma superfície para outra, o **transferir-se**. Tão importante quanto as outras, pois a independência desta permitirá um padrão de independência no autocuidado, traduzindo-se em ganhos importantes para a pessoa e em

qualidade de vida. Neil (2000), refere que a dificuldade nas transferências, sair de uma cama ou cadeira, são problemas comuns em indivíduos hospitalizados. De forma a combater esta problemática, o enfermeiro de reabilitação deverá adicionar ao plano de reabilitação o treino de transferências, pois é uma variável fundamental para o treino de AVD's. Como refere Menoita (2012) é fundamental a promoção do autocuidado, de forma a pessoa se torne o mais independente possível. E sendo autónomo no autocuidado transferir-se é um ponto de partida e uma mais-valia para o treino de AVD's.

Assim e em forma de conclusão, durante um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação, o enfermeiro especialista irá posicionar-se entre o executar, assistir e incentivar o utente, consoante o seu nível de capacitação (OE, 2009).

5.3. Análise de Resultados

Os resultados obtidos foram sujeitos a procedimentos de análise de natureza descritiva com uma análise correlacional do grupo que integrou o plano. E por análise correlacional, entenda-se a determinação de relações entre as variáveis em estudo, através de medidas estáticas (Vilelas, 2009).

A apresentação dos resultados inicia-se pela caracterização da amostra ao nível sociodemográfico, seguindo-se a caracterização ao nível da consciência e MIF. Posteriormente foi desenvolvida uma análise individual de cada variável. A análise de dados obteve-se através da estatística descritiva do Excel 2016.

5.3.1. Resultados da Implementação do Plano de Intervenção

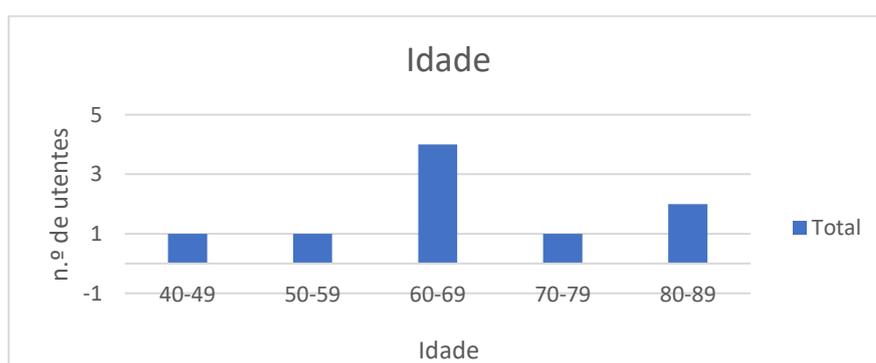
Procurou-se descrever a **caracterização sociodemográfica** segundo variáveis que nos pareceram mais pertinentes (Tabela nº 1). A amostra do plano de intervenção foi constituída por nove participantes com idades compreendidas entre os 43 e os 86 anos de idade,

destacando-se o grupo etário compreendido ente 60-69 anos, com 4 utentes (Gráfico nº 1). Maioritariamente a amostra foi do sexo masculino (n=6), com 67%, a maioria vivia com o cônjuge (56%). Nenhum dos participantes apresentava cuidador informal no momento da avaliação inicial (n=9). O diagnóstico médico que mais se observou foi o AVC (n=7) com 78%.

Tabela nº 1, Caracterização Sociodemográfica

		Amostra (n=9)
Idade, média (D.P)		65,33 (13,25)
	Mínimo	43
	Máximo	86
Género sexual, n (%)		
	Feminino	3 (33,33%)
	Masculino	6 (66,67%)
Agregado Familiar, n (%)		
	Cônjuge	5 (56%)
	Cônjuge/ outro	2 (22%)
	Sem	2 (22%)
Cuidador Informal, n (%)		
	Sem	9 (100%)
	Com	0 (0%)
Diagnóstico Médico		
	AVC	7 (78%)
	Outro	2 (22%)

Gráfico nº 1, Distribuição da idade da amostra



No que concerne à Escala de Coma de Glasgow, constata-se que o score médio nos utentes da UAVC foi de 15, enquanto que os utentes da UCIP o valor apresentado foi inferior, com score igual a 11. Também o score da MIF foi consideravelmente diferente entre os utentes dos dois

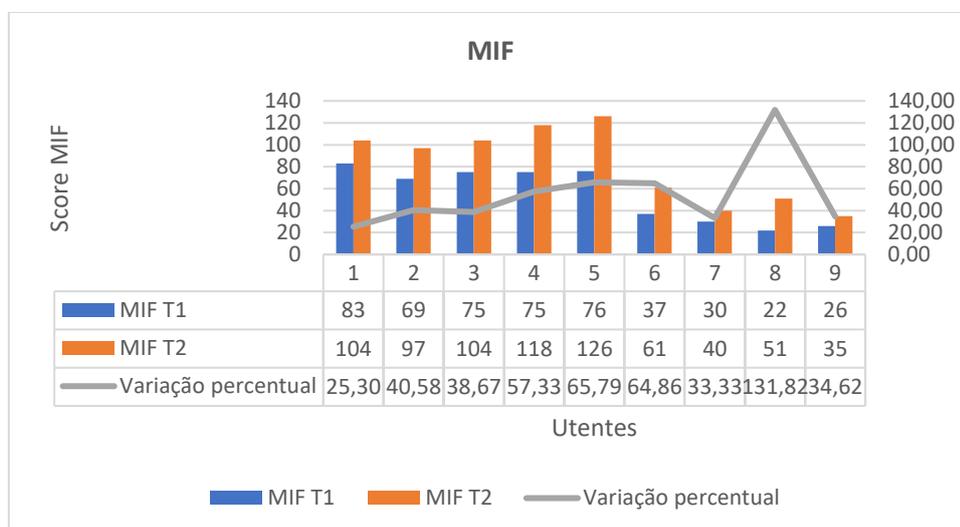
serviços, os utentes da UAVC mantiveram um score médio mais alto (média= 69), contrapondo o score médio de 26 nos utentes da UCIP (Tabela nº 2).

Tabela nº 2, Escala de Coma Glasgow e MIF (T₁)

	UAVC	UCIP
GCS (média)	15	11
MIF T ₁ (média)	69	26

No gráfico nº 2, apresentam-se os resultados da Medida de Independência Funcional nos diferentes períodos de avaliação, avaliação inicial (T₁) e avaliação final (T₂). Constata-se perante o gráfico que houve melhorias significativas do score de MIF no período T₂, em todos os doentes submetidos ao plano de intervenção. Melhorias acima de 25%, conforme revela a variação percentual entre a avaliação de T₁ e T₂, chegando mesmo a atingir valores na ordem dos 131%, no caso específico do doente n.º 8.

Gráfico nº 2, Comparação MIF T₁ e T₂



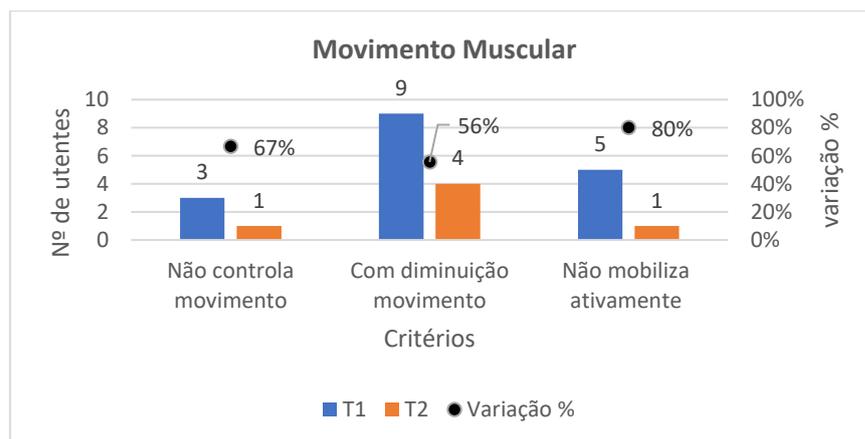
Relativamente à variável **Tónus muscular**, é possível observar na tabela nº 3, que apenas um utente se apresentou sensível aos critérios de diagnóstico para o Tónus muscular alterado. Utente que integrava o grupo da UAVC. Após a implementação do programa de intervenção o mesmo manteve os critérios, pelo que manteve o levantamento do diagnóstico.

Tabela nº 3, Número de doentes com Tónus Muscular Alterado

Critérios de Avaliação	T ₁	T ₂
Contraturas	0	0
Aumento do Tónus	1	1
Rigidez articular	1	1
Escala Modificada de Ashworth	1	1

Pela avaliação do gráfico nº 3, alusivo ao **Movimento Muscular**, verifica-se que três utentes apresentaram alteração do 1º critério em T₁, número que vem a diminuir em T₂ (n=1), observa-se melhoria do critério em 67%. Também o segundo e o terceiro critério apresentaram em T₂ um decréscimo em relação ao número de utentes com alterações, de 9 para 4 e de 5 para 1, respetivamente. Alcançando uma redução dos critérios de diagnóstico de 56% e 80%. Diminuiu-se assim em T₂ o diagnóstico final de movimento muscular comprometido.

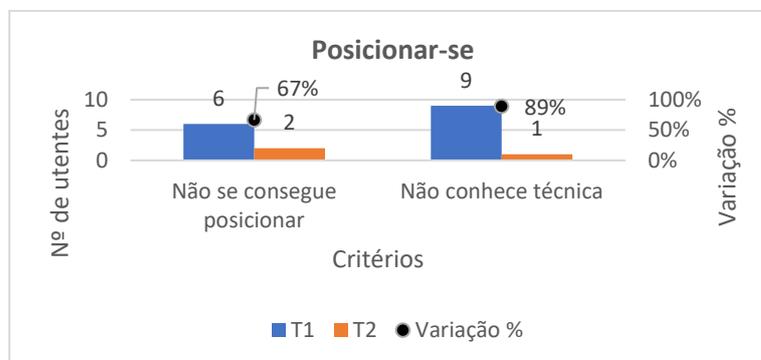
Gráfico nº 3, Movimento Muscular



A terceira variável do foco mobilidade no leito, **posicionar-se** é analisada pelo gráfico nº 4. É possível observar em ambos os critérios de diagnóstico que o nº de utentes com alteração em T₁ (6 e 9) foi superior ao período de T₂ (2 e 1), ou seja após as intervenções do enfermeiro

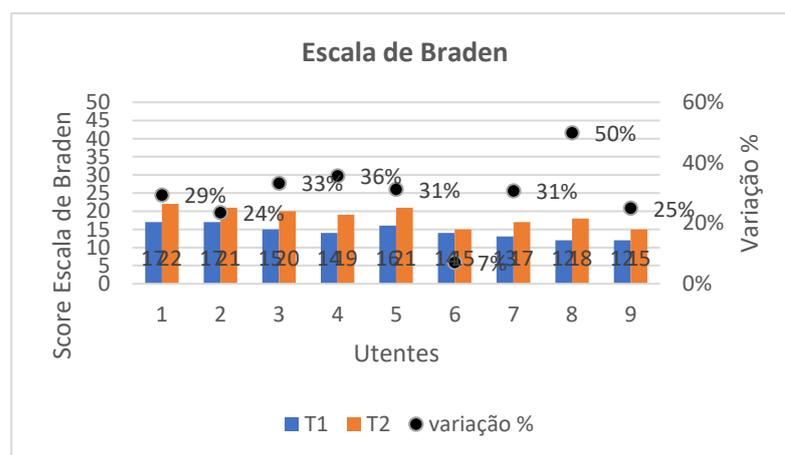
especialista o nº de utentes com alteração desta variável diminuiu, havendo uma variação percentual positiva acima de 65%.

Gráfico nº 4, Posicionar-se



Destacamos os resultados obtido no gráfico nº 5, relacionados com a escala de Braden. Verifica-se que dos 9 participantes, 7 apresentavam em T₁ scores ≤ a 16 na escala de Braden, o que significa que apresentavam alto risco de desenvolver úlceras por pressão (UPP). Após a aplicação do plano de intervenção (T₂), dos 7 utentes que apresentavam alto risco, apenas 2 mantiveram um score ≤ a 16. Os restantes utentes não só apresentaram baixo risco de desenvolver UPP, como também aumentaram o score na escala, com variação % positiva, que se estabeleceram maioritariamente entre os valores de 31-40%, com 4 utentes (utentes nº 3, 4,5 e 7).

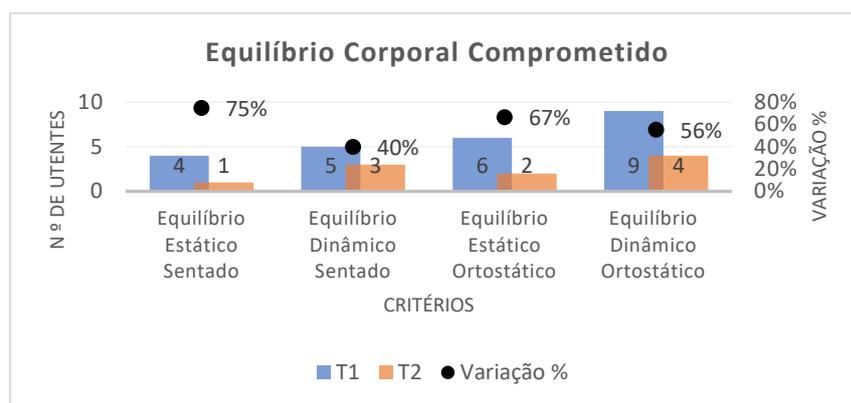
Gráfico nº 5, Escala de Braden



Relativamente ao foco transferências, inicia-se a apresentação de dados para a variável **equilíbrio corporal**. Assim, no gráfico nº 6 observa-se uma alteração marcada desta variável principalmente para o equilíbrio em ortostatismo. O Equilíbrio Estático Sentado é o que

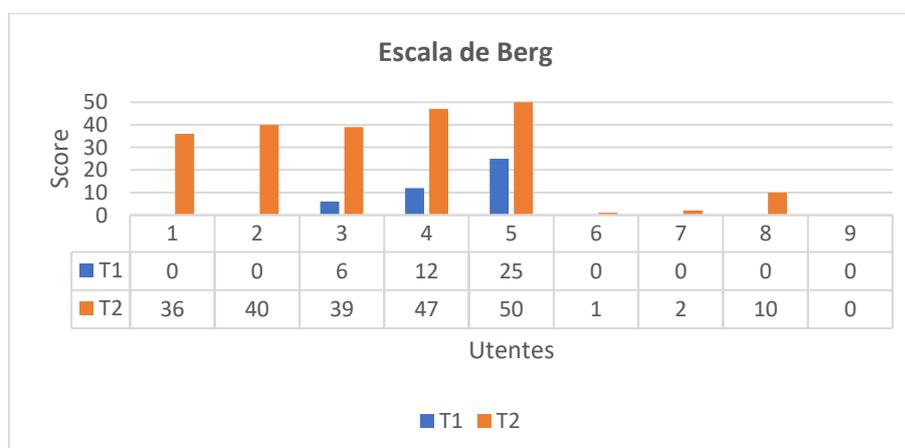
apresenta a menor alteração, com transtorno em T₁ de 4 utentes, evoluindo favoravelmente em T₂ (n=1). O Equilíbrio Dinâmico Sentado dos utentes também evoluiu favoravelmente de T₁ para T₂ (de 5 para 3 utentes). O comprometimento do equilíbrio em ortostatismo como já se tinha referido foi o que mostrou alteração do maior número de utentes. A posição estática dos utentes mostra alteração em 6 utentes (T₁). A posição em ortostatismo dinâmico indica alterações para a totalidade da amostra (T₁). Em ambos os casos, após a intervenção do EEER existe melhoria perceptual, na posição ortostática dos utentes, rondando os 55%.

Gráfico nº 6, Equilíbrio Corporal Comprometido



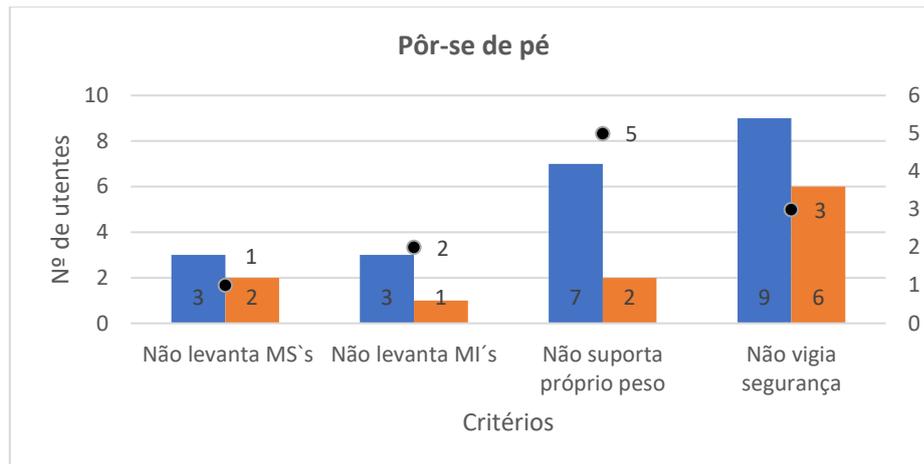
O gráfico nº 7 compara o score da escala de Berg dos utentes em T₁ e T₂. Da análise deste gráfico pode-se aferir que em T₁, 6 dos 9 utentes apresentaram score=0, ou seja, não foi possível a sua realização. Observa-se que em T₂ apesar da apresentação de scores baixos, maioritariamente nos utentes que se encontravam em contexto de UCI (utentes nº 7, 8 e 9), foi possível avaliar alguns pontos na escala de Berg.

Gráfico nº 7, Escala de Berg



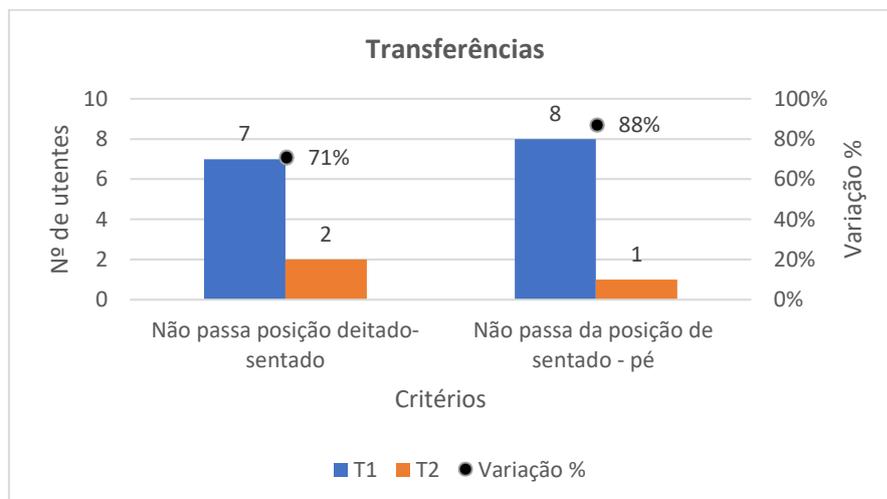
Os resultados que se apresentam no gráfico nº 8 revelam a melhoria em número de utentes relativamente à variável **pôr-se de pé**. Assim em T₁, para o critério consegue levantar os membros superiores (MS's), observa-se alteração de critérios em 3 utentes, com melhoria do critério num utente em T₂. O critério que mais se destacou foi o suporte do próprio peso, ganho em 5 dos utentes no período de T₁ para T₂.

Gráfico nº 8, Pôr-se de pé



No que concerne às **transferências**, foi das variáveis que mais ganhos se observou nos utentes, como se verifica no gráfico nº 9. Ganhos na ordem dos 79% (média) em T₂.

Gráfico nº 9, Transferências



Apresenta-se no quadro nº 3 a distribuição dos diagnósticos de Enfermagem em T₁ pelos 9 utentes, onde a cor vermelha representa presença de diagnóstico e verde, ausência. Observa-se que apenas um dos diagnósticos, presença de hipertonia, está presente num único utente, ao contrário os restantes diagnósticos surgem em todos os utentes sem exceção.

Quadro nº 3, Diagnósticos de Enfermagem em T₁

T ₁	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Presença de Hipertonia	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Movimento Muscular Diminuído	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Equilíbrio corporal comprometido	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Pôr-se de pé comprometido	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Técnica de adaptação para transferir-se comprometida	●	●	●	●	●	●	●	●	●

O quadro seguinte (quadro nº 4) mostra os resultados obtido em T₂ para os diagnósticos de Enfermagem, seguindo a mesma legenda, vermelho presença de diagnóstico e verde ausência.

Quadro nº 4, Diagnósticos de Enfermagem em T₂

T ₂	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Presença de Hipertonia						●			
Movimento Muscular Diminuído	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Equilíbrio corporal comprometido	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Pôr-se de pé comprometido	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Técnica de adaptação para transferir-se comprometida	●	●	●	●	●	●	●	●	●

De forma a melhorar a compressão dos diagnósticos de Enfermagem, a tabela nº 4 elucidamos sobre o número de diagnósticos avaliados em T₁ em cada unidade e posteriormente a

avaliação em T₂ sobre o número de diagnósticos resolvidos. Assim em ambas as unidades a percentagem de diagnósticos resolvidos foi positiva, com 71% de resolução na UAVC e 47% na UCIP.

Tabela nº 4, Diagnósticos de Enfermagem

	UAVC	UCIP
Diagnósticos de Enfermagem (Total, T ₁)	31	15
Diagnósticos de Enfermagem Resolvidos (T ₂)	22	7
% Diagnósticos de Enfermagem Resolvidos	71%	47%

5.3.2. Dos Ganhos às Evidências: Discussão dos Resultados do Plano de Intervenção Profissional

Considerando os resultados apresentados, ir-se-á de seguida interpretá-los e discuti-los à luz das evidências encontradas. Realizar-se-á uma apreciação crítica, para permitir uma melhor compreensão. A discussão dos resultados terá em consideração os objetivos inicialmente traçados.

Relativamente à caracterização da amostra a **nível sociodemográfico**, verificámos que a idade média era de 65 anos de idade e com predomínio do sexo masculino com 67%. Dados que vão ao encontro aos valores recolhidos pela Rede Médico-Sentinela relativos a 2015 (Rodrigues, Batista, Sousa-Uva & Pereira, 2016). A taxa de incidência de AVC mais elevada foi observada no sexo masculino, no grupo etário com 75 ou mais anos de idade. A idade da nossa amostra situa-se num patamar mais baixo, indo ao encontro do segundo grupo etário onde se verificaram mais

AVC's (grupo etário dos 65-74 anos). A totalidade da amostra não apresentava cuidador informal na avaliação inicial, querendo com isso expor que todos os elementos eram previamente independentes na AVD's antes do acontecimento de doença. Em apenas dois dos utentes o agregado familiar era composto por uma pessoa (22%). Num estudo que pretendeu analisar a situação de vida de doentes com AVC (com idade ≥ 65 anos) e os seus cuidadores informais no pós-AVC, mostrou que na pré- admissão o cuidador informal já prestava cuidados que rondavam as cinco horas semanais e que após a alta passou para onze horas semanais (Olai, Borgquist & Svärdsudd, 2015). Com isto pretendemos associar que a amostra possivelmente necessitará do apoio do agregado familiar no pós-alta.

Com o intuito de dar resposta a um dos **objetivos, avaliar a funcionalidade da pessoa com défice de mobilidade**, verificámos que a nossa amostra apresentou uma média relativamente baixa no score da MIF, com 54,78, o que significa que os utentes apresentavam uma dependência modificada (assistência de até 50% das tarefas) na realização das AVD's. Verificou-se que o score da MIF entre os doentes dos dois serviços foi significativamente diferente, na UAVC a média do score foi de 69 enquanto que na UCIP foi de 29. Informação que indica que os utentes que integraram a amostra da UCIP apresentaram uma dependência modificada, com necessidade de uma assistência mais elevada em 25% das tarefas em relação aos doentes da UAVC. De uma forma global, a totalidade da amostra mostrou resultados positivos no score da MIF desde a avaliação inicial até à avaliação final. Dos seis doentes da UAVC, cinco conseguiram diminuir o nível de dependência. NA UCIP apesar de não se observar alteração do nível de dependência, houve modificação no score. Podemos concluir que perante os resultados obtidos, após um plano de intervenção, os doentes melhoram o score da medida de independência funcional e apresentaram grande probabilidade de diminuir o seu nível de dependência. Estes resultados mostram-se congruentes com o estudo desenvolvido por Kinoshita et al., (2017) onde avaliaram o score da MIF a doentes com AVC agudo antes e depois de um programa de reabilitação. Os resultados demonstraram que o score da MIF melhorou significativamente nos três grupos em estudo e os ganhos na MIF foram mais expressivos no grupo que iniciou o programa nas primeiras 24horas. Os autores concluíram que um plano de reabilitação é benéfico e ajuda os doentes com AVC agudo a melhorar a capacidade para realização das AVD's. Também a conclusão do estudo de Lall, Irfan, Jayavelu & Saxena (2017) se mostra em harmonia com os nossos resultados. Com o intuito de compreender a recuperação funcional de doentes com AVC, os autores avaliaram o ganho funcional através da MIF em dois momentos distintos, na admissão e na alta. Todos os participantes foram submetidos a um plano de reabilitação. A conclusão deste estudo aponta para uma melhoria substancial dos scores médios da MIF após

o plano de reabilitação. Ainda relativamente à MIF, mas em contexto de UCI, surge um estudo de coorte realizado por Herridge et al., (2016) que pretendeu estratificar os doentes para incapacidade pós-UCI e recuperação após 1 ano de doença crítica. Foi avaliada a MIF após 7 dias em internamento em UCI e 3, 6 e 12 meses após alta da UCI. A MIF foi a avaliação que determinou a trajetória de recuperação após a alta. Fazendo a ponte com o plano que se implementou e este estudo, observou-se que os doentes do estudo que integravam o grupo etário do nosso plano, ou seja, doentes com idade superior a 42 anos e com VM inferior a 1 semana apresentaram uma mediana de 68,5 do score da MIF ao 7º dia de internamento. A mediana do score da MIF para os utentes que integraram o plano na UCI foi de 40. Acreditamos que a diferença significativa de mediana, esteja relacionada com a duração da implementação do plano de reabilitação. O nosso apenas se desenvolveu durante três dias, enquanto o do estudo decorreu durante sete dias. Todos os dados apontaram para um crescimento do score na MIF durante estes três dias.

Relativamente ao **nível da consciência**, recordamos que a média atingida nos doentes da UAVC foi um score de 15 na GCS, enquanto que nos da UCIP os utentes apresentaram um score médio de 11. Diferença que se justifica na pontuação dada à resposta verbal na avaliação da Escala de Coma de Glasgow (GCS). Um dos critérios que integrava o plano de intervenção era a colaboração dos utentes e não a capacidade de comunicar verbalmente. Não podemos esquecer que em contexto de UCI os doentes podem estar conscientes e colaborantes, mas o facto de permanecerem com tubo oro traqueal impede-os de comunicar verbalmente.

Para dar resposta a um outro **objetivo** delineado, **diagnosticar os défices e dependências para a mobilidade no leito e transferências**, avaliaram-se as respetivas variáveis e obtiveram-se os seguintes resultados:

Para o **tónus muscular**, apenas um doente apresentou critérios para diagnóstico de tónus muscular alterado e após o plano de intervenção manteve os critérios para levantamento de diagnóstico. Resultado que não vai ao encontro do que Krishnamoorthy, Varadharajulu & Kanase (2017) relatam no seu estudo. Pretendeu-se investigar o efeito combinado de exercícios convencionais com exercícios cinemáticos sobre a espasticidade. O plano de exercícios foi realizado durante 6 semanas, 5 dias por semana. Os resultados mostram uma redução significativa na espasticidade após a aplicação do plano de exercícios. Acreditamos que no nosso caso, não se chegou a um resultado positivo pela curta duração do plano, que apenas foi de três

dias e se considerou insuficientemente para esta variável. Apesar disso, não houve agravamento do grau de hipertonia do utente.

Relativamente ao **movimento muscular**, observámos que existiu um critério de diagnóstico que foi transversal a toda a amostra, a diminuição de movimento, seguindo-se o não mobilizar ativamente o membro (n=5) e por último o não controlar o movimento (n=3). Todos os critérios apresentaram uma diminuição na prevalência em T2, ou seja, após plano de intervenção os utentes melhoraram o movimento muscular. Resultados que vão ao encontro da revisão sistemática com meta-análise de ensaios clínicos que Tipping et al., (2017) realizaram. Esta análise mostrou que a mobilização ativa e a reabilitação levaram a uma maior força muscular no final do internamento em UCI. Os utentes apresentaram uma maior probabilidade de deambular sem assistência na pós-alta hospitalar. Recentemente Rosa e Olgiati (2017) concluíram na sua revisão sistemática que os benefícios derivados das intervenções de mobilização são múltiplos para a recuperação funcional na fase aguda e para a qualidade de vida do doente após a alta e que a mobilização passiva, ativa ou uma combinação de ambas está associada à diminuição do número de dias de internamento, menor duração do delírio, diminuição de dias de dependência da ventilação mecânica invasiva (VMI), aumento da distância de deambulação e melhor estado funcional no momento da alta. O estudo de Titsworth et al., (2012) corrobora também a validade da mobilidade dos doentes em contexto de UCI. Durante 6 meses, um grupo de doentes internados na unidade de cuidados neuro intensivos foi submetido a um protocolo de mobilidade. A implementação do programa aumentou a mobilidade dos doentes em 300%. A iniciação deste protocolo correlacionou-se com uma redução no período de permanência da unidade, infeções adquiridas e pneumonias associadas ao ventilador. Além disso, o aumento da mobilidade não levou a aumentos nos eventos adversos. Tendo em conta o supracitado, acreditamos que os resultados positivos que obtivemos foram influenciados pelo plano de intervenção a que os utentes foram submetidos, melhorando dessa forma o status funcional.

Seguindo os passos das variáveis anteriores, também na variável **posicionar-se**, os utentes apresentaram uma melhoria considerável no que respeita ao conhecimento da técnica e à capacidade de se posicionar. Leva-nos a pensar que o facto de melhorarmos a mobilidade funcional, acabámos por melhorar indiretamente todas as outras variáveis. Apresentamos o caso específico do score da Escala de Braden, que após o plano de intervenção observámos um aumento do score, o que levou à diminuição do risco de desenvolver UPP. As evidências vêm-nos lembrar os benefícios de um adequado posicionamento e é neste contexto que recordamos a importância do EER de instruir os utentes e ensiná-los a técnica de um correto

posicionamento, mas também a orientar outros cuidadores nessa intervenção. Pickenbrock, Ludwig, Zapf & Dressler (2015) desenvolveram um ensaio clínico para comparar o efeito de um posicionamento convencional com um posicionamento em posição neutra. Nos resultados obtidos, há a referir que o grupo submetido a um posicionamento em posição neutra obteve um movimento passivo significativamente melhor da articulação coxofemoral do que grupo do posicionamento convencional. O mesmo aconteceu com o movimento de flexão do ombro e rotação externa. Relativamente ao nível de conforto, 81% dos utentes do grupo do posicionamento em posição neutra relataram seu nível de conforto como bom, em comparação com apenas 38% do grupo convencional. Deste estudo os autores puderam concluir que o posicionamento de doentes gravemente imobilizados em posição neutra durante duas horas melhorou a mobilidade passiva da articulação coxofemoral e ombro, bem como o conforto do doente em comparação com o posicionamento convencional.

Entrando no foco transferências, a variável avaliada primeiro foi o **equilíbrio corporal**, que se mostrou significativamente alterada, principalmente no equilíbrio em ortostatismo. Corroborado pelos scores obtidos na escala de Berg em T₁, observaram-se scores de 0 em seis doentes, que se explicam pela incapacidade de os doentes realizarem o teste perante a sua situação de mobilidade comprometida. Situação que se vem a alterar após a intervenção de reabilitação e apesar de o diagnóstico não ficar resolvido na íntegra, foi melhorado na globalidade dos utentes em T₂. Neste sentido as evidências vêm suportar o observado, que um plano de intervenção dirigido a este diagnóstico pode melhorar o equilíbrio. Moghe & Kanase (2017) que realizaram um estudo comparativo entre um protocolo convencional para o controlo do tronco e um plano de exercícios estruturados para o controlo do tronco aliando o protocolo convencional. A amostra fez-se de indivíduos com AVC e que apresentassem comprometimento do controle do tronco. Após as quatro semanas de estudo, os autores concluíram que as intervenções iniciais para o controle do tronco foram efetivas para melhorar o equilíbrio em indivíduos com AVC e que juntamente com os exercícios estruturados, mostraram ser de uma recuperação mais rápida quando administrados nos estágios agudos e subagudos do utente com AVC. Também Chitra & Sharan (2015) se propuseram estudar esta variável, o equilíbrio. O objetivo foi avaliar a eficácia de exercícios de estabilidade do tronco e da facilitação neuromuscular propriocetiva pélvica, no equilíbrio e na recuperação da função motora em doentes hemiparéticos. Os grupos foram submetidos a 45 minutos de exercícios, três dias por semana durante 4 semanas. Concluiu-se que o treino do controle de tronco deve ser usado na recuperação de AVC, de forma a melhorar o equilíbrio e a recuperar a função motora. Ambos os exercícios são eficazes para melhorar o equilíbrio. Mas a facilitação neuromuscular propriocetiva

pélvica foi mais eficiente em comparação com o exercício de estabilidade do tronco. Na mesma linha de pensamento, surgiu o estudo de Büyükcavcı et al., (2016) que obteve os mesmos resultados, exercícios convencionais ou exercícios convencionais mais exercícios de equilíbrio do tronco podem proporcionar uma melhoria significativa no equilíbrio, condição funcional e deambulação. No entanto, o nível de melhoria foi melhor para o grupo de utentes em que foram aplicados exercícios de equilíbrio do tronco e exercícios convencionais.

No que diz respeito à avaliação do **pôr-se de pé**, observou-se que o facto de o movimento muscular e o equilíbrio se encontrarem comprometidos, comprometeu a capacidade de o utente adotar a posição de supina. Melhorar estas duas variáveis, treinar e informar o utente sobre o procedimento e dispositivos auxiliares existentes, foram essenciais para os ganhos observados em T₂. De referir a escassez de estudos relativamente a esta variável, apesar disso num estudo de coorte desenvolvido por Thomsen, Snow, Rodriguez & Hopkins (2008), pudemos observar a importância de um plano de reabilitação, para uma mobilidade progressiva até à deambulação. O objetivo do estudo foi aumentar a deambulação de doentes com falência respiratória aguda, transferidos de várias UCI para uma UCI específica, onde a atividade era componente dos cuidados. As mobilizações iniciaram-se nas primeiras 24h até ao momento da alta. Os utentes foram submetidos a um protocolo de atividade precoce, onde intervenções como o levantar precoce e o treino de pôr-se de pé estavam presentes. Nas primeiras 24h os autores observaram um aumento da percentagem de doentes sentados na cama, sentados na cadeira e que iniciaram a deambulação (Thomsen et al., 2008). Morris et al., (2008) desenvolveram um estudo que vem corroborar as nossas conclusões. Numa UCI dividiram dois grupos de utentes, onde um grupo era submetido a um protocolo de mobilidade e outro submetido apenas aos cuidados gerais. Os resultados demonstraram que os doentes sob o protocolo de mobilidade iniciaram levantar mais precocemente que o grupo de utentes submetidos a cuidados gerais, com uma diferença de 5 dias.

Por último e não menos importante, surge a variável, **transferir-se**. No final do plano de intervenção observaram-se ganhos bastante significativos, particularmente na capacidade de o utente conseguir passar da posição de deitado para sentado e da posição de sentado para a posição de supina. Acreditamos que a última fase do plano é preponderante para o atingir de uma maior funcionalidade e autonomia. Obtivemos desta forma ganhos na capacidade de o utente transferir-se, que rodaram os 71% da posição deitado-sentado (n=5) e 88% da posição de sentado para supina (n=7). Tendo em conta a dificuldade de transferências, a capacidade de subir e sair de uma cama e cadeira, Alexander, Grunawalt, Carlos & Augustine (2000)

concentraram-se num aspeto da transferência, passagem da posição de sentada para a posição de supina e planearam um conjunto de tarefas de mobilidade no leito para testar movimentos chave, movimentos de braços, pernas e tronco que provavelmente iram contribuir para o sucesso da transferência. Este estudo sugeriu que para melhorar o desempenho dos adultos mais velhos nas tarefas de mobilidade da cama, o treino deve ir além da melhoria da função do tronco e devem ser adicionados exercícios de mobilização no leito, ensino sobre o posicionamento dos membros superiores, pois são essenciais na elevação do tronco. Os ganhos obtidos com o plano de intervenção, sugerem que o facto de se ter integrado exercícios mencionado no estudo acima foram positivos para o bom desempenho dos utentes.

Para dar resposta ao terceiro **objetivo** traçado, de **estabelecer um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação para a gestão dos défices e dependência relativas à mobilidade no leito e transferência**, foram levantados diagnósticos de enfermagem de reabilitação com posterior aplicação de intervenções específicas. Ficou demonstrado que em T₁ a amostra apresentou uma grande percentagem de diagnósticos de enfermagem. Relembramos que a grande percentagem dos utentes apresentou como diagnóstico, o AVC. Desta forma, Depaul, Moreland & Dehueck (2013) veem fortalecer a ideia que este tipo de população apresenta uma grande necessidade relacionada com a mobilidade. É e neste sentido, que os EEER têm um papel fundamental para a capacitação do individuo para o autocuidado e desempenho das AVD's. Contudo, tendo em conta a duração do plano de intervenção, acreditamos que foi desenvolvido um trabalho que fora benéfico para os utentes, observando-se uma diminuição significativa de diagnósticos de enfermagem de reabilitação na avaliação final, ou seja, em T₂.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS E AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

O presente capítulo surge para permitir realizar uma análise e uma abordagem reflexiva dos objetivos de estágio e das competências adquiridas e desenvolvidas em função das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, das competências de Mestre e dos objetivos de aprendizagem do Mestrado em Associação, salientando a sua importância e adequação.

Desta forma, surge no quadro nº 5, as competências relacionadas com o primeiro objetivo para o estágio final.

Quadro nº 5, Objetivo nº 1

Objetivo	Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinem limitações de AVD's;
Competências	<p>EE: Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p> <p>EEER: Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa;</p> <p>Mestre: Possui conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; permitam e constituam a base de desenvolvimento e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;</p> <p>Objetivos aprendizagem Mestrado: Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;</p>

Enquanto Enfermeiro de cuidados gerais e de acordo com a competência B3 (Regulamento n.º 190/2015) é utilizado um processo de enfermagem para que sejam diagnosticados e priorizados problemas e desta forma estabelecidos objetivos e elaborados planos de cuidados fundamentados. Optou-se por um processo de enfermagem baseado no modelo teórico de Nancy Roper, realizando a avaliação perante as atividades de vida, como é observado na avaliação inicial contida nos planos de cuidados ao longo do estágio final. Essa avaliação

encontra-se patente no Apêndice D. E porque a Enfermagem de Reabilitação destaca a capacidade funcional do indivíduo, utilizou-se também um importante instrumento, a MIF, na avaliação inicial de cada utente. Visámos perceber o grau de capacidade/incapacidade funcional do utente, bem como a necessidade de instituir medidas preventivas e de intervenção terapêutica, de forma a maximizar a funcionalidade da pessoa. Ideia que surge corroborada pela pesquisa efetuada por Tavares & Dias (2012), que pretendeu verificar a associação da qualidade de vida com o número de incapacidade funcionais e a taxa de morbilidade. Os autores concluíram que a incapacidade funcional relacionada ao autocuidado e à mobilidade sugerem que sejam desenvolvidas ações de estímulo à funcionalidade visando contribuir para maior independência do idoso. Essas intervenções podem contribuir para minimizar o impacto das incapacidades e morbidades na qualidade de vida do idoso. Assim perante a avaliação inicial das AVD's e MIF, foram elaborados diagnósticos de enfermagem, com as respetivas intervenções, tendo por base a incapacidade funcional de cada doente para as AVD's. Nasce um amadurecimento profissional no que concerne à avaliação inicial, existindo a partir deste momento uma preocupação com o nível funcional de cada pessoa perante o seu autocuidado.

Relativamente ao objetivo nº 2, surge para dar resposta ao desenvolvimento das áreas de intervenção do estágio final, foro neurológico e respiratório. Apesar de se encontrar mais centrado nas intervenções de enfermagem de reabilitação, não deixa dar resposta ao desenvolvimento de outras competências, que são observadas no quadro nº 6.

Quadro nº 6, Objetivo nº 2

Objetivo	Diagnosticar, planear, executar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com problemas neurológicos e respiratórios;
Competências	<p>EE: Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p> <p>EEER: Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;</p> <p>Mestre: Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; permitam e constituam a base de desenvolvimento e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;</p> <p>Objetivos aprendizagem Mestrado: Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;</p>

Como aconteceu no objetivo anterior, também no objetivo nº 2 foi essencial o uso de uma metodologia fundamentada no método científico e baseada em teorias e modelos de enfermagem, no sentido de uma assistência individualizada, planeada e qualificada. Uma assistência que privilegiou o respeito e uma atuação segundo as normas éticas, estabelecendo uma comunicação efetiva e adequada com a equipa multidisciplinar e utentes. A metodologia científica de trabalho, contemplou uma avaliação inicial, um diagnóstico, um planeamento de intervenção e uma avaliação final. O desenvolvimento deste processo pretendeu aprofundar e melhorar os conhecimentos e as competências na área dos cuidados de enfermagem de reabilitação relativamente à pessoa com alterações da função neurológica e respiratória. Esta concretização é verificada nos estudos de casos elaborados em cada cenário de intervenção e que se encontram presentes no Apêndice D. Realçamos a importância enquanto profissional de saúde, de desenvolvimento desta metodologia enquadrada num instrumento que enaltecesse os cuidados prestados e que integrasse o sistema de informação utilizado na instituição, a CIPE®. Na fundamentação do planeamento das intervenções teve-se em consideração três aspetos que considerámos relevantes, a fundamentação científica das intervenções, presentes em cada plano de cuidados; a individualidade do plano de cada doente; e o desenvolvimento das competências específicas do EER, sendo que na UAVC, o foco foi mais direccionado para os cuidados para as pessoas com AVC e na UCIP dirigido essencialmente para a função respiratória. Enquanto enfermeiro de reabilitação, as intervenções permitiram a manutenção e/ou recuperação da independência nas atividades de vida diária e minimização das incapacidades instaladas.

O quadro nº 7, apresenta de uma forma sucinta as competências que se pretenderam estabelecer com o objetivo nº 3. Encontra-se direccionado para o plano de intervenção, objetivo do estágio final, que se encontra descrito no regulamento do estágio final e relatório do mestrado em Enfermagem.

Quadro nº 7, Objetivo nº 3

Objetivo	Desenvolver e implementar um plano de intervenção dirigido a pessoa com défice de mobilidade que vise a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;
Competências	EE: Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento; EEER: Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercícios da cidadania;

	<p>Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa;</p> <p>Mestre: Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: permitam e constituam a base de desenvolvimento e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;</p> <p>Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contexto alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;</p> <p>Objetivos aprendizagem Mestrado:</p> <p>Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;</p> <p>Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidencia;</p> <p>Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;</p>
--	---

O presente objetivo desenvolveu a competência da elaboração de um plano de intervenção, realizando a apreciação do contexto, a definição de objetivos, conteúdos e estratégias de intervenção profissional e processo de avaliação, contido no capítulo nº 5 deste relatório. O plano de intervenção decorreu em três fases distintas, iniciando-se pela elaboração de um projeto, que se encontra no Apêndice E. Durante esta fase, uma das principais preocupações foi encontrar um conceito que se apresentasse como um problema e uma necessidade real no contexto do estágio final. Pretendeu-se enquadrá-lo na melhoria contínua da qualidade de cuidados, bem como na dignificação da profissão e da instituição. Após parecer positivo da comissão de ética da Universidade de Évora [UE] (Anexo B) e do HESE, EPE (Anexo C), desenvolveu-se a fase de intervenção. Considerada por nós, a fase que colocou no terreno o previsto na fase metodológica, surgindo dessa forma diagnósticos e aplicadas intervenções de enfermagem de reabilitação, com posterior avaliação. Da avaliação surgiram resultados sensíveis da intervenção especializada e obtiveram-se resultados que no geral se consideraram positivos para o autocuidado do doente com alteração da mobilidade, melhorando na sua globalidade a funcionalidade. A terceira e última fase caracterizada pela elaboração do relatório, onde se descreve todo o processo de desenvolvimento do plano de intervenção e onde os resultados são confrontados com as evidências científicas da atualidade. É também o momento de demonstrar que as intervenções realizadas, obtiveram resultados que sugeriram a mudança/melhoria da funcionalidade dos utentes que participaram do plano. Atrevemo-nos a dizer que participámos com um contributo de enfermagem nos ganhos em saúde.

Segue-se o objetivo nº 4 com as respectivas competências (Quadro nº 8). A capacitação da pessoa com limitação da mobilidade para a maximização da funcionalidade, surge como a junção de duas competências pertencentes à especialidade de reabilitação.

Quadro nº 8, Objetivo nº 4

Objetivo	Capacitar a pessoa com limitação da mobilidade para a maximização da funcionalidade;
Competências	<p>EE: Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p> <p>EEER: Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercícios da cidadania;</p> <p>Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa;</p> <p>Mestre: 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 que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;</p> <p>Objetivos aprendizagem Mestrado: Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;</p>

Perante dois contextos de estágio diferentes, partilhou-se aspetos comuns na intervenção de enfermagem de reabilitação. Como profissional de saúde responsável pela seleção dos sistemas de enfermagem na capacitação da pessoa com défice de autocuidado, observou-se que numa primeira fase, os cuidados de enfermagem se situaram no sistema de enfermagem totalmente compensatório. Constatou-se que a transição da fase do sistema totalmente compensatório para o sistema parcialmente compensatório era por vezes esquecida pelos profissionais de saúde. A nossa intervenção privilegiou o incentivo pela utilização deste sistema parcialmente compensatório pelos utentes e pela equipa de enfermagem, dando ênfase ao fazer com e não fazer por, na perspetiva da capacitação para o autocuidado e pela promoção da autonomia. Esta situação foi exemplo que o sucesso do processo de reabilitação não depende de atos únicos, mas sim da cooperação e do trabalho desenvolvido por toda a equipa. Ainda relativamente a esta fase pudemos aplicar intervenções como: facilitação cruzada, em caso de AVC; estimulação proprioceptiva; atividades terapêuticas como o rolar, ponte, rotação controlada da coxofemoral, auto mobilizações, carga no cotovelo; exercícios de equilíbrio, transferência e treino de marcha (Apêndice D). O papel formativo do enfermeiro não fora esquecido, mas sim integrado nos cuidados gerais, pois o sistema de apoio-educação é considerado fundamental uma vez que perspetiva o regresso a casa. Fornecer à pessoa/família um conjunto de

conhecimentos e capacidades é imprescindível à sua capacitação, ao mesmo tempo que desenvolvemos competências na área da educação para a saúde.

Para a concretização do objetivo nº 5 apresentamos as respetivas competências que seguem no quadro nº 9.

Quadro nº 9, Objetivo nº 5

Objetivo	Produzir dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação desenvolvidos;
Competências	<p>EE: Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; Concebe, gere e colabora em programas de melhoria continua da qualidade; Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p> <p>EEER:</p> <p>Mestre: Ser capaz 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; Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo;</p> <p>Objetivos aprendizagem Mestrado: Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;</p>

É incontestável o papel da investigação no desenvolvimento da enfermagem e os contributos que fornece para o desenvolvimento e valorização da profissão. Gomes, Martins e Gonçalves (2014) apontam que devemos seguir uma cultura investigativa que norteie a prática sustentada nas evidências científicas, pois é através delas que consolidamos o contributo da enfermagem nos ganhos em saúde. E por ganhos em saúde compreendemos as evoluções positivas ou modificações que surgiram num diagnóstico de enfermagem após a intervenção.

Neste contexto, a realização do plano de intervenção permitiu contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados nos serviços que suportaram o estágio final. Esta ideia vai ao encontro aos padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação (2015), que referem que a análise dos resultados irá permitir oportunidade de melhoria e influenciar a introdução de mudanças nas estratégias em saúde. A escolha metodológica juntamente com as intervenções com evidência mais recente, permitiram a elaboração de um plano atual e pertinente, com um claro contributo para a prática. Contamos após discussão pública divulgar os resultados obtidos,

primeiramente, aos serviços que nos concederam a sua implementação e posteriormente ao conselho de administração do HESE, EPE. Neste seguimento fizemos questão de integrar o plano de formação da UCIP para o ano de 2018, com os temas: “Apresentação do trabalho desenvolvido na Unidade no âmbito do Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, com o tema: Défice de Mobilidade – Reabilitar, uma oportunidade para a funcionalidade” e o “Impacto da RFR e RFM na função respiratória”. Acreditamos que a divulgação dos resultados obtidos e do plano de intervenção para a problemática estudada, será uma importante forma de contribuição para a prática de enfermagem baseada na evidência e quiçá replicada noutros serviços/unidades. A elaboração de um artigo sobre o plano implementado é outra das vias utilizadas para disseminar o conhecimento e os resultados. Com a elaboração do relatório foi-nos permitido a atualização do conhecimento que vem sendo produzido no campo da reabilitação e constatar a necessidade de mais e melhor pesquisa na área, para que com isso se consigam cuidados de qualidade.

Por último e não menos importante, apresentamos o objetivo nº 6 com as respetivas competências que nos propusemos desenvolver, quadro nº 10.

Quadro nº 10, Objetivo nº 6

Objetivo	Participar de forma proativa em equipas e em projetos, em contexto multidisciplinar;
Competências	EE: Domínio da Melhoria da Qualidade: desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; EEER: Mestre: Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo Objetivos aprendizagem Mestrado: Participa de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;

Acreditamos que nos encontramos numa época em que impera a lógica da interdisciplinaridade, com estratégias de intervenção participativas. O objetivo é melhorar oportunidades, recursos e resultados em saúde. Perante o desenvolvimento das equipas multidisciplinares, o profissional de enfermagem é desafiado a assumir um papel interventivo, para além dos atributos socialmente aceites e esperados (Neves, 2012). Perante esta realidade, foi importante apelar a este papel interventivo que a enfermagem não está particularmente habituada e ultrapassar estes limites. A partilha de experiências com os colegas durante as passagens de turno foi o início de uma consciencialização de que as práticas podem conduzir à mudança e à otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, melhorando a

prática profissional. Durante o estágio na UAVC assistimos e participámos em reuniões semanais multidisciplinares, onde se observou uma diferença significativa na intervenção participativa de enfermagem em comparação com a restante equipa. Parece-nos que existe necessidade de mudança, uma vez que a enfermagem tem um lugar privilegiado com o utente e pode ter um papel fundamental na equipa multidisciplinar, sendo um elo entre o utente e os demais profissionais de saúde. Houve também a oportunidade de colaborar com vários elementos da equipa de enfermagem de reabilitação, na elaboração de um póster sobre as dificuldades do cuidador do doente com AVC, apresentado no IV Encontro de Reabilitação no Doente Pós-AVC, em Arronches (Apêndice F). Caracterizámo-la como um momento de partilha e reflexão das atividades desenvolvidas e de reformulação de estratégias de intervenção, para a otimização da resposta da equipa de enfermagem. Também na UCIP houve lugar para a partilha e discussão de informação, promovendo a mudança no processo de cuidar. A realização do plano de intervenção e as intervenções de ER, a Reeducação Funcional Respiratória (RFR) e Reeducação Funcional Motora (RFM), demonstraram ganhos em saúde relativamente à função respiratória (Apêndice G), razão pela qual a Enfermeira Responsável e a Diretora Clínica se mostraram sensíveis. Neste seguimento surgiu a proposta de elaboração de um projeto de reabilitação para a UCIP num contexto multidisciplinar que conta arrancar ainda durante este ano e que contará certamente com a nossa participação.

Acreditamos que a postura do profissional de enfermagem tem de mudar e deverá haver uma afirmação desta profissão no seio da equipa multidisciplinar. Mas para que isso ocorra e indo ao encontro ao referido pelo filósofo e epistemólogo francês Georges Gusdorf (Japiassu,1976, p.26), ““a exigência interdisciplinar impõe a cada especialista que transcenda sua própria especialidade, tomando consciência dos seus próprios limites para acolher as contribuições das outras disciplinas”.

7. CONCLUSÃO

As sequelas resultantes do internamento em unidades onde existe um período de imobilização, são hoje motivo de preocupação quando se avaliam os ganhos em saúde. A caracterização desta problemática é essencial, pois apresenta um importante impacto nas capacidades funcionais dos utentes. Intervenções que se revelem eficazes na prevenção e diminuição do problema é um desafio que hoje é colocado aos enfermeiros de reabilitação nos diferentes contextos da prática profissional.

Um plano de intervenção adequado a cada utente tem sido sugerido como forma de mitigar os efeitos negativos a nível funcional. A intervenção precoce ao nível da manutenção da mobilidade, ajustada a cada utente, têm apresentado ganhos efetivos no autocuidado, na qualidade de vida e na prevenção de complicações. Neste contexto o enfermeiro de reabilitação procura de uma forma geral, que o indivíduo não perca a sua independência nas AVD's, ajudando-o a caminhar nessa direção e quando se torna inexecutável, ajuda-o a aceitar a sua dependência e a lidar da melhor forma, com a sua nova condição.

A elaboração deste relatório foi um processo complexo, que teve por base o estágio final. Caracterizamo-lo como um processo dinâmico, com necessidade de adaptações ao longo do seu desenvolvimento. Contudo, permitiu-nos a realização de uma experiência reflexiva sobre as práticas, conhecimentos e competências adquiridas e desenvolvidas, cimentando as competências do EE e EER no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Sublinhamos que a nossa intervenção enquanto enfermeiros de reabilitação foi uma mais-valia na qualidade de vida dos utentes com quem interagimos. A eficiência da nossa intervenção foi constatada a partir da resolução e diminuição de diagnósticos de enfermagem de reabilitação presentes nos estudos de casos e evidenciada na intervenção planeada e dirigida a determinada população. Os dados sugeriram que a elaboração e implementação do plano de intervenção, dirigido a pessoas com défice de mobilidade, melhorou o score da MIF e apresentou grande probabilidade de diminuir o nível de dependência. Apreendemos que melhorar a mobilidade funcional, melhora indiretamente outras variáveis, nomeadamente o score da escala de Braden, o equilíbrio corporal, as transferências, entre outras. Pretendemos clarificar que, melhorar o

movimento muscular, o equilíbrio, treinar e informar o doente de procedimentos e dispositivos auxiliares foram preponderantes para o mesmo adotar a posição de supina e com isto ser eficiente nas transferências, melhorando a sua independência. Tendo em conta os resultados obtidos, não podemos subestimar que pequenas evoluções poderão ser responsáveis por grandes ganhos a longo prazo, pois não basta evidenciar os ganhos parciais, mas sim os ganhos que podem contribuir para a capacitação em prol do autocuidado, no sentido da reaquisição da máxima independência possível.

É importante salientar a falta de estudos desenvolvidos por enfermeiros nesta área e a importância de reconhecer o impacto nos resultados a longo prazo. Acreditamos que seja necessária uma mudança de cultura por parte das equipas de saúde, para que a mobilidade precoce seja realizada em contexto agudo, para que de uma forma progressiva seja mantida a independência e a capacitação do utente. Também a limitação do tempo para a implementação do plano de intervenção, foi uma condicionante para o número da amostra, bem como o tempo de intervenção a cada utente, poderá ter sido um fator que influenciou os resultados obtidos.

Consideramos, que investigações futuras devem ser realizadas em unidade de cuidados agudos e subagudos e acompanhadas até a alta para o domicílio, para que se possa analisar a eficácia de programas de reabilitação nestes utentes, com o intuito de disseminar a importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação junto de todos os organismos responsáveis pela saúde. E com isto visar a incorporação de enfermeiros de reabilitação nestas unidades para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, na procura de melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa a curto e a longo prazo.

O percurso aqui esboçado não se fez apenas de momentos positivos, obviamente surgiram constrangimentos, momentos de cansaço e tensão que exigiram uma gestão rigorosa do tempo e das emoções. Mas a par das competências e dos conhecimentos adquiridos ao longo do desenvolvimento do mesmo, surgiu um papel de responsabilidade que emana disponibilidade, proatividade, iniciativa e vontade de um acompanhamento das necessidades no contexto da saúde, para que a área de especialização que consideramos emblemática, se mantenha das mais autónomas da Enfermagem e para que com isso consigamos contribuir para os ganhos em saúde.

Terminamos com um pensamento do Padre António Vieira que refere, *“Nós somos o que fazemos. O que não se faz, não existe...”*. Por esta mesma razão é fundamental mostrar os

resultados obtidos das intervenções, das investigações que realizamos, pois é através delas que consolidamos o contributo da enfermagem nos ganhos em saúde e evoluímos para uma efetiva construção da disciplina. Nesta perspetiva consolidamos competências inerentes ao grau de mestre, objetivo inicial deste relatório.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander, N. B., Grunawalt, J. C., Carlos, S., & Augustine, J. (2000). Bed mobility task performance in older adults. *Journal Of Rehabilitation Research And Development*, 37(5), 633-638.
- Antunes, J., Justo, F., Justo, A., Ras, G., & Prudente, C. (2016). Influência do controle postural e equilíbrio na marcha de pacientes com sequela de acidente vascular cerebral. *Rev Fisioter S Fun. Fortaleza*. 5(1), 30-41
- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (2011). Living older in the family context: dependency in self-care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4), 869-875. doi:10.1590/S0080-62342011000400011
- Azevedo, P., & Gomes, B. (2015). Efeitos da mobilização precoce na reabilitação funcional em doentes críticos: uma revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência, serIV*(5), 129-138. doi:10.12707/RIV14035
- Banerjee, A., Girard, T. D., & Pandharipande, P. (2011). The complex interplay between delirium, sedation, and early mobility during critical illness: applications in the trauma unit. *Current Opinion In Anaesthesiology*, 24(2), 195-201. doi:10.1097/ACO.0b013e3283445382
- Bhimani, R. H., McAlpine, C. P., & Henly, S. J. (2012). Understanding spasticity from patients' perspectives over time. *Journal of Advanced Nursing*, 68(11), 2504-2514. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05949.x
- Bilodeau, C., Gallagher, F., & Tanguay, A. (2017). Perceived Factors Influencing Early Mobilization of Mechanically Ventilated Patients Among Critical Care Nurses. *Canadian Journal Of Critical Care Nursing*, 28(2), 52-53.
- Boltz, M., Capezuti, E., & Shabbat, N. (2011). Nursing staff perceptions of physical function in hospitalized older adults. *Applied Nursing Research: ANR*, 24(4), 215-222. doi: 10.1016/j.apnr.2010.01.001
- Booth, K., Rivet, J., Flici, R., Harvey, E., Hamill, M., Hundley, D., & ... Collier, B. (2016). Progressive Mobility Protocol Reduces Venous Thromboembolism Rate in Trauma Intensive Care Patients: A Quality Improvement Project. *Journal Of Trauma Nursing: The Official Journal Of The Society Of Trauma Nurses*, 23(5), 284-289. doi:10.1097/JTN.0000000000000234

- Burtin, C., Clerckx, B., Robbeets, C., Ferdinande, P., Langer, D., Troosters, T., & ... Gosselink, R. (2009). Early exercise in critically ill patients enhances short-term functional recovery. *Critical Care Medicine*, 37(9), 2499-2505. doi:10.1097/CCM.0b013e3181a38937
- Büyükcavcı, R., Şahin, F., Sağ, S., Doğu, B., & Kuran, B. (2016). The impact of additional trunk balance exercises on balance, functional condition and ambulation in early stroke patients: Randomized controlled trial. *Turkish Journal Of Physical Medicine & Rehabilitation / Türkiye Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Dergisi*, 62(3), 248-256. doi:10.5606/tftrd.2016.84770
- Carvalho e Silva, J., Ribeiro de Moraes, E., Figueiredo, M. & Tyrrell, M. (2011). Pesquisa-ação: concepções e aplicabilidade nos estudos em Enfermagem. *Rev Bras Enferm*, 64(3), 592-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a26.pdf>
- Chiang, L., Wang, L., Wu, C., Wu, H., & Wu, Y. (2006). Effects of physical training on functional status in patients with prolonged mechanical ventilation. *Physical Therapy*, 86(9), 1271-1281.
- Chitra, J. & Sharan, R. (2015). A Comparative study on the effectiveness of core stability exercise and pelvic proprioceptive neuromuscular facilitation on balance, motor recovery and function in hemiparetic patients: A Randomized clinical trial. *Romanian Journal Of Physical Therapy / Revista Romana De Kinetoterapie*, 21(36), 12-18.
- Coelho, E., Marques, M. & Marranita, S. (2014). *Projeto de Enfermagem de Reabilitação*. Serviço de Especialidade Médicas, Hospital do Espírito Santo, E.P.E. Évora.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016) – Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP): versão 2015. Ed. Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros
- Costa-Dias, M., Ferreira, P. & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referencia*. IV (2),7-17. doi: 10.12707/RIII1382
- Cubas, M., Honorato da Silva, S., Rosso, M. (2010). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. *Rev. Eletr. Enf.*12(1), 186-94. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a23.htm>.
- Dammeyer, J., Dickinson, S., Packard, D., & Ricklemann, C. (2013). Building a protocol to guide mobility in the ICU. *Critical Care Nursing Quarterly*, 36(1), 37-49. doi: 10.1097/CNQ.0b013e3182750acd
- Decreto-Lei n.º 63/2016. (2016). Graus académicos e Diplomas do Ensino Superior. Diário da República, 1.ª série, n.º 176, de 13 de setembro de 2016, 3174-3177.
- Depaul, V. G., Moreland, J. D. & Dehueck, A. L. (2013). Physiotherapy needs assessment of people with stroke following discharge from hospital, stratified by acute functional independence measure score. *Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada*, 65(3), 204-214. doi:10.3138/ptc.2012-14

- Dias, A. (2017). *Dados Estatísticos de 2016*. Serviço: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Hospital do Espírito Santo, E.P.E. Évora.
- Diogo, M.J.D. (2000). O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. *Rev.latino-am.enfermagem*, 8 (1), 75-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n1/12437>
- Direção Geral de Saúde. (2011). Orientação da Direção-Geral da Saúde, Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Orientação nº 17/2011 de 19/05/2011.
- Ecklund, M. M., & Bloss, J. W. (2015). Progressive mobility as a team effort in transitional care. *Critical Care Nurse*, 35(3), 62-68. doi:10.4037/ccn2015622
- Escarcel, B, Muller, M. & Rabuske, M (2010). Análise do controlo postural de pacientes com AVC Isquémico próximo a alta hospitalar. *Rev Neurocienc*. 18(4), 498-504.
- Fan, E., Zanni, J. M., Dennison, C. R., Lepre, S. J. & Needham, D. M. (2009). Critical illness neuromyopathy and muscle weakness in patients in the intensive care unit. *AACN Advanced Critical Care*, 20(3), 243-253. doi:10.1097/NCI.0b013e3181ac2551
- Ferreira, P. (2008). A utilização da metodologia de investigação- acção na intervenção social: uma reflexão teórica. *Revista Intervenção Social*, 32/34, 215-236. Disponível em: <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/is/issue/view/94>
- Fiatarone, M. A., Marks, E. C., Ryan, N. D., Meredith, C. N., Lipsitz, L. A. & Evans, W. J. (1990). High-intensity strength training in nonagenarians. Effects on skeletal muscle. *Jama*, 263(22), 3029-3034.
- Folden, S. & Tappen, R. (2007). Factors influencing function and recovery following hip repair surgery. *Orthopedic Nursing*, 26(4), 234-241.
- Fortin, Marie-Fabienne. (1999). *O Processo de Investigação: a conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, Marie-Fabienne. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freixo, M.J.V. (2009) – *Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Garcia, T., Bartz, C. & Coenen, A. (2017). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®*, versão 2017. Artmed Editora, setembro.
- George, J.B. (2000). *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4.ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Gomes, J., Martins, M. & Gonçalves, M. (2014). Qualidade e a enfermagem de reabilitação em unidades de internamento IN Gomes, B., Rocha, M., Martins, M. & Gonçalves, M. *Investigação em Enfermagem de Reabilitação: um novo conhecimento para guiar a prática*

- de cuidados*. edição Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto ISBN 978-989-98443-1-5.
- Grap, M. J. & McFetridge, B. (2012). Critical care rehabilitation and early mobilisation: an emerging standard of care. *Intensive & Critical Care Nursing*, 28(2), 55-57. doi: 10.1016/j.iccn.2012.02.004
- Hernández, B. J., Benjumea, P. & Tuso, L. (2013). Indicadores del desempeño clínico fisioterapéutico en el manejo hospitalario temprano del accidente cerebrovascular (ACV). *Revista Ciencias De La Salud*, 11(1), 7-34.
- Herridge, M. S., Chu, L. M., Matte, A., Tomlinson, G., Chan, L., Thomas, C., & ... Cameron, J. I. (2016). The RECOVER Program: Disability Risk Groups and 1-Year Outcome after 7 or More Days of Mechanical Ventilation. *American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine*, 194(7), 831-844.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. 1ª.ed. Loures: Lusociência.
- Hese, EPE. (2018). Serviço Nacional de Saúde, Hospital do Espírito Santo, E.P.E. Disponível em: <http://www.hevora.min-saude.pt/o-hospital/missao-e-valores/>
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação, Prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4ª Edição. Lusodidacta. ISBN: 9789898075314.
- Hopkins, R. O., Mitchell, L., Thomsen, G. E., Schafer, M., Link, M. & Brown, S. M. (2016). Implementing a Mobility Program to Minimize Post-Intensive Care Syndrome. *AACN Advanced Critical Care*, 27(2), 187-203. doi:10.4037/aacnacc2016244
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). Censos 2011 Resultados Definitivos – Região Alentejo. ©INE, I.P., Lisboa – Portugal. Disponível em: http://censos.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=156656957&att_display=n&att_download=y
- International Council of Nurses. (1999). *Nursing Matters; Nursing Research: A Tool for Action*.
- Japiassu, H. (1976). *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago.
- Johson, M., Moorhead, S., Bulechek, G., Butcher, H., Mass, M. & Swanson, E. (2013). *Ligações Nanda Noc- Nic, Condições clínicas suporte ao raciocínio e assistência de qualidade*. 3.ª edição. Mosby, Elsevier.
- Kinoshita, T., Nishimura, Y., Nakamura, T., Hashizaki, T., Kojima, D., Kawanishi, M. & ... Tajima, F. (2017). Effects of physiatrist and registered therapist operating acute rehabilitation (PRO) in patients with stroke. *Plos One*, 12(10), e0187099. doi: 10.1371/journal.pone.0187099
- Kisner, C. & Colby, L. (2007). *Therapeutic Exercise. Foundations and Techniques*. Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.

- Kitsos, G., Harris, D., Pollack, M. & Hubbard, I. J. (2011). Assessments in Australian stroke rehabilitation units: a systematic review of the post-stroke validity of the most frequently used. *Disability And Rehabilitation*, 33(25-26), 2620-2632. doi:10.3109/09638288.2011.575526
- Kneafsey, R. (2007). A systematic review of nursing contributions to mobility rehabilitation: examining the quality and content of the evidence. *Journal clinical Nursing*. 16: 325-340. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02000.x
- Koerich, M., Backes, D., Sousa, F., Erdmann, A. & Albuquerque, G. (2009). Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(3): 717-723.
- Koster, Alley DE., Mackey D., Cawthon P., Ferrucci L. & Simonsick E.M. (2010). Hospitalization and change in body composition and strength in a population based cohort of older persons. *J Am Geriatr Soc*: 58, 2085–91.
- Kress, J. P. & Hall, J. B. (2014). ICU-acquired weakness and recovery from critical illness. *The New England Journal Of Medicine*, 371(3), 287-288. doi:10.1056/NEJMc1406274
- Krishnamoorthy, K., Varadharajulu, G. & Kanase, S. B. (2017). Effect of Close Kinematic Chain Exercises on Upper Limb Spasticity in Hemiparetic Adult. *Indian Journal Of Physiotherapy & Occupational Therapy*, 11(2), 146-152. doi:10.5958/0973-5674.2017.00052.1
- Kutlubayev, M. A. & Akhmadeeva, L. R. (2015). The early post-stroke mobilization. *Voprosy Kurortologii, Fizioterapii, I Lechebnoi Fizicheskoi Kultury*, 92(1), 46-50. doi:10.17116/kurort2015146-5
- Lall, R. K., Irfan, S. M., Jayavelu, J. & Saxena, S. (2017). Functional Gain in Stroke Patients based on Functional Independence Measure. *Indian Journal Of Physiotherapy & Occupational Therapy*, 11(3), 192-194. doi:10.5958/0973-5674.2017.00102.2
- Laranjeira, H. (2010). O Enfermeiro de Reabilitação na Unidade de Cuidados Intensivos. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. 21: 49-54.
- Larson, J., Johnson, J. & Angst, D. (2000). Função Respiratória e reabilitação Pulmonar. In Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. Loures: Lusociência. 393-433.
- Leal, F. (2001). *Intervenções de enfermagem no acidente vascular cerebral*. Coimbra: Editora Formasau.
- Lee, I. & Park, S. (2013). Balance improvement by strength training for the elderly. *Journal Of Physical Therapy Science*, 25(12), 1591-1593. doi:10.1589/jpts.25.1591
- Leite, N., Borba, A., Silva, MJ., Nascimento, N., Silva, N. & Conceição, E. (2009). Uso da bola terapêutica no equilíbrio estático e dinâmico de pacientes com hemiparesia. *Fisioter. Mov.* 22(1), 121-131.

- Marin, M., Rodrigues, L., Druzian, S. & Cecílio, L. (2010). Nursing diagnoses of elderly patients using multiple drugs. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 44(1), 47-52.
- Martin, U. J., Hincapie, L., Nimchuk, M., Gaughan, J. & Criner, G. J. (2005). Impact of whole-body rehabilitation in patients receiving chronic mechanical ventilation. *Critical Care Medicine*, 33(10), 2259-2265.
- Martínez-Velilla, N., Cadore, E., Casas-Herrero, Á., Idoate-Saralegui, F. & Izquierdo, M. (2016). Physical activity and early rehabilitation in hospitalized elderly medical patients: Systematic review of randomized clinical trials. *Journal Of Nutrition, Health & Aging*, 20(7), 738-751. doi:10.1007/s12603-016-0683-4
- Martins, T. (2006). *Acidente vascular cerebral, qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau e Saúde.
- Mendes, R. & Chaves, C. (2012). Alterações da mobilidade após internamento prolongado em cuidados intensivos: A situação no Hospital Amato Lusitano. *Revista de Saude Amato Lusitano*: 31, 6-12. Disponível em: <http://www.ulscb.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/9/2017/02/Revista-31-2.trimestre-2012.pdf>
- Meneses, S., Burke, T. & Marques, A. (2012). Equilíbrio, controle postural e força muscular em idosas osteoporóticas com e sem quedas. *Fisioter Pesq.* 19(1),26-31.
- Menoita E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Miller, E. L., Murray, L., Richards, L., Zorowitz, R. D., Bakas, T., Clark, P. & Billinger, S. A. (2010). Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*, 41(10), 2402-2448. doi:10.1161/STR.0b013e3181e7512b
- Moghe, D. M. & Kanase, S. (2017). Effect of Early Intervention for Trunk Control in Stroke Patients. *Indian Journal Of Physiotherapy & Occupational Therapy*, 11(3), 177-182. doi:10.5958/0973-5674.2017.00099.5
- Moreira, R., Araujo, T. & Pagliuca, L. M. (2013). Physical mobility of stroke patients in the home: A proposed concept. *Revista Da Rede De Enfermagem Do Nordeste*, 14(5), 920-928.
- Morris, P. E., Griffin, L., Berry, M., Thompson, C., Hite, R. D., Winkelman, C. & ... Haponik, E. (2011). Receiving early mobility during an intensive care unit admission is a predictor of improved outcomes in acute respiratory failure. *The American Journal Of The Medical Sciences*, 341(5), 373-377. doi:10.1097/MAJ.0b013e31820ab4f6
- Morris, P., Goad, A., Thompson, C., Taylor, K., Harry, B., Passmore, L., & ... Haponik, E. (2008). Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. *Critical Care Medicine*, 36(8), 1-8.

- Mudge, A. M., Giebel, A. J. & Cutler, A. J. (2008). Exercising body and mind: an integrated approach to functional independence in hospitalized older people. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 56(4), 630-635. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01607.x
- Neil, A., Grunawalt, J., Scott, C. & Joshua, A. (2000). Bed mobility task performance in older adults. *Journal of Rehabilitation Research and Development*. 37 (5): 633-8.
- Neves, M. M.A. M.C. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários: Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, serIII* (8), 125-134. doi: 10.12707/RIII11124
- Norman, L. (2014). Stroke rehabilitation: promoting physical recovery. *Nursing & Residential Care*. 16(12), 699:702. doi:10.12968/nrec.2014.16.12.699
- Nydahl, P., Sricharoenchai, T., Chandra, S., Kundt, F. S., Huang, M., Fischill, M. & Needham, D. M. (2017). Safety of Patient Mobilization and Rehabilitation in the Intensive Care Unit. Systematic Review with Meta-Analysis. *Annals Of The American Thoracic Society*, 14(5), 766-777. doi:10.1513/AnnalsATS.201611-843SR
- O' Sullivan, SB. & Schmitz, TJ. (2010). *Fisioterapia: avaliação e tratamento*. 5. ed. São Paulo: Manole.
- Olai, L., Borgquist, L. & Svärdsudd, K. (2015). Life situations and the care burden for stroke patients and their informal caregivers in a prospective cohort study. *Upsala Journal Of Medical Sciences*, 120(4), 290-298. doi:10.3109/03009734.2015.1049388
- Oliveira, A., Araujo, T., Costa, A., Morais, H., Silva, V. & Lopes, M. (2013). Evaluation of patients with stroke monitored by home care programs. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(5), 1143-1149. doi:10.1590/S0080-623420130000500019
- Oliveira, L. & Golin, M. (2017). Técnica para redução do tônus e alongamento muscular passivo: efeitos na amplitude de movimento de crianças com paralisia cerebral espástica. *ABCS Health Sciences*. 42(1):27-33. doi: 10.7322/abcshs.v42i1.946
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Linhas de orientação para catálogos CIPE®. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros – junho de 2009. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Combater a desigualdade: da evidência à ação. Edição Portuguesa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade – Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação*. Guia orientador de boa prática. Edição: Ordem dos Enfermeiros. 1 (7).
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Core de Indicadores por categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (PQCER). Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto. 1-22. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto. 1-60. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Enfermagem de Reabilitação, Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Organização Mundial da Saúde. (2006). Manual STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais. Genebra, Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>

País Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. 2ª ed. Porto: Legis Editora.

Parry, S. M., & Puthuchery, Z. A. (2015). The impact of extended bed rest on the musculoskeletal system in the critical care environment. *Extreme Physiology & Medicine*, 4(16), 416. doi:10.1186/s13728-015-0036-7

Pickenbrock, H., Ludwig, V. U., Zapf, A. & Dressler, D. (2015). Conventional versus neutral positioning in central neurological disease: a multicenter randomized controlled trial. *Deutsches Arzteblatt International*, 112(3), 35-42. doi:10.3238/arztebl.2015.0035

Preto, L., Gomes, J., Novo, A., Pinto, M. & Granero-Molina, J. (2016). Efeitos de um Programa de Enfermagem de Reabilitação na Aptidão Funcional de Idosos Institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, serIV(8), 55-63. doi:10.12707/RIV15019

Püllen, R. (2016). Mobility in hospital. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, 49(7), 664-665.

- Queirós, P. J. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 5-7.
- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência: IV*, 3:157-164. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>
- Regulamento n.º 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011: 8648- 8653.
- Regulamento n.º 124/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011: 8656- 8657.
- Regulamento n.º 125/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011: 8658- 8659.
- Regulamento n.º 190/2015. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Diário da República, 2.ª série — N.º 79 — 23 de abril de 2015:10087 -10090.
- Regulamento n.º 350/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2.ª série — N.º 119 — 22 de junho de 2015 :16655- 16660.
- Ribeiro, O., Pinto, C. & Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, serIV*(1), 25-36. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.12707/RIII12162>
- Rodrigues, AP., Batista, I., Sousa-Uva, M. & Pereira, S. (2016). Médicos-sentinelas: o que se fez em 2015. Instituto Nacional de saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.
- Roper, N., Logan, W., Tierney, A. (1995). *Modelo de Enfermagem*. 3ª Edição. Alfragide: McGraw Hill.
- Rosa, D. & Olgiati, T. (2017). Revisione narrativa della letteratura sulla mobilizzazione precoce in corso di ventilazione meccanica...A narrative review of early mobilization during mechanical ventilation. *SCENARIO: Official Italian Journal Of ANIARTI*, 34(3), 32-38.
- Said, C. M., Morris, M. E., Woodward, M., Churilov, L. & Bernhardt, J. (2012). Enhancing physical activity in older adults receiving hospital based rehabilitation: a phase II feasibility study. *BMC Geriatrics*, 12, 26. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/1471-2318-12-26>
- Sartori, J., Neuwald, M. F., Bastos, V. H., Silva, G. Mello, M. P., Freitas, & . . . Orsini, M. (2009). Reabilitação física na lesão traumática da medula espinhal: relato de caso. *Revista de Neurociências*. 17 (4). pp 364-370.

- Schmidt, U., Knecht, I. & MacIntyre, M. (2016). Should early mobilization be routine in mechanically ventilated patients? *Respiratory Care*, 61(6), 867-875. doi: 10.4187/respcare.04566
- Schweickert, W. D., Pohlman, M. C., Pholman, A. S., Nigos, C., Pawlik, A. J., Esbrook, C. L., & ...Kress, J. P. (2009). Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet*, 373(9678), 1874-1882.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.
- Sibinelli, M., Maioral, D., Falcão, A., Kosour, C., Dragosavac, D. & Lima, N. (2012). Efeito imediato do ortostatismo em pacientes internados na unidade de terapia intensiva de adultos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 24(1), 64-70. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2012000100010>
- Silva, A & Camillo, S. (2007). A educação em enfermagem à luz do paradigma da complexidade. *Rev Esc Enfermagem*. 41(3):403-10.
- Silva, V., Pinto, J., Martinez, B. & Camelier, F. (2014). Mobilization in the Intensive Care Unit: systematic review. *Fisioterapia e Pesquisa*, 21(4), 398-404. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.590/1809-2950/11511921042014>
- Soares, T., Avena, K., Olivieri, F., Feijó, L., Mendes, K., Souza Filho, S. & Gomes, A. (2010). Withdrawal of bed following mechanic ventilation discontinuation: are there reflexes on mortality and intensive care unit length of stay?. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 22(1), 27-32. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2010000100006>
- Stevenson, V.L. (2010). Spasticity management. *Clinical Rehabilitation*. 24(4):293-304. doi: 10.1177/0269215509353254.
- Stiller, K. (2000). Physiotherapy in intensive care: Towards an evidence-based practice. *Chest*, 118(6), 1801-1813.
- Svendsen, M. L., Ehlers, L. H., Hundborg, H. H., Ingeman, A. & Johnsen, S. P. (2014). Processes of early stroke care and hospital costs. *International Journal Of Stroke: Official Journal Of The International Stroke Society*, 9(6), 777-782.
- Tavares, D. & Dias, F. (2012). Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(1), 112-120. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100013>
- Teasdale, G. (2014). Recording the Glasgow Coma Scale. Disponível em: <http://www.glasgowcomascale.org/recording-gcs/>

- Thomsen, G., Snow, G., Rodriguez, L. & Hopkins, R. (2008). Patients with respiratory failure increase ambulation after transfer to an intensive care unit where early activity is a priority. *Critical Care Medicine*, 36(4), 1119-1124.
- Tipping, C., Harrold, M., Holland, A., Romero, L., Nisbet, T., Hodgson, C. & ... Hodgson, C. L. (2017). The effects of active mobilisation and rehabilitation in ICU on mortality and function: a systematic review. *Intensive Care Medicine*, 43(2), 171-183. doi:10.1007/s00134-016-4612-0
- Titsworth, W. L., Hester, J., Correia, T., Reed, R., Guin, P., Archibald, L., & ... Mocco, J. (2012). The effect of increased mobility on morbidity in the neurointensive care unit. *Journal Of Neurosurgery*, 116(6), 1379-1388. doi:10.3171/2012.2.JNS111881
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. 5.ª ed. Loures: Lusociência.
- Vall, J., Lemos, K., & Janebro, A. (2005). O processo de reabilitação de pessoas portadoras de lesão medular baseado nas teorias de enfermagem de wanda Horta, Dorothea Orem e Callista Roy: um estudo teórico. *Cogitare Enfermagem*. 10 (3): 63-70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v10i3.5395>
- Veerbeek, JM., Wegen, E., Peppen, R., Van der Wees, PJ., Hendriks, E., Rietberg, M., & Kwakkel, G. (2014) What Is the Evidence for Physical Therapy Poststroke? A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 9(2): e87987. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087987>
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Wang, H., Long, H., Yuan, H., Duan, Q., Hui, N., Wang, H., & ... Mou, X. (2017). Effect of low-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation combining task-oriented training on upper limb motor function recovery after stroke. *Chinese Journal Of Contemporary Neurology & Neurosurgery*, 17(4), 254-260. doi: 10.3969/j.issn.1672-6731.2017.04.004
- World Federation of Neurology. (2017). 22 julho: Dia Mundial do Cérebro 2017 dedicado ao AVC. Disponível em: <https://www.wfneurology.org/2017-07-17-wfn-spn-wbd>

APÊNDICES

APÊNDICE A. Consentimento Informado, livre e esclarecido

Consentimento Informado, livre e esclarecido

Título do Estudo: Défice de mobilidade - Reabilitar, uma oportunidade para a funcionalidade.

Enquadramento: Mestrado em Enfermagem, em Associação, Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora.

Explicação do estudo: Tem como objetivo a elaboração e aplicação de um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação dirigido a pessoas com défice de mobilidade, mais especificamente dirigido à mobilidade no leito e às transferências. Contempla intervenções de enfermagem desde o período da admissão até à alta. Pretende-se avaliar os ganhos funcionais após a aplicação do mesmo.

Confidencialidade e Anonimato: Os dados obtidos serão estritamente confidenciais e usados unicamente para este fim, todos os dados serão codificados não havendo identificação de nenhum participante. O participante pode abandonar o estudo, caso seja a sua vontade não sofrendo qualquer consequência.

Declaro que fui devidamente informado sobre o presente estudo e aceito participar. Foi garantido que a minha participação tem um carácter voluntário, podendo desistir a qualquer momento.

Permito deste modo a utilização dos dados obtidos, confiando que as informações obtidas são estritamente confidenciais e todos os dados serão codificados e apenas utilizados para este fim.

Assinatura _____

Se não for o próprio a assinar (por incapacidade)

Grau de relação com o participante: _____

Assinatura _____

Évora, ___ de _____ de 2017

Agradeço a sua colaboração.

Investigador: Patrícia Páscoa Pereira

Contactos: 967192813/ patricia.ppereira@hotmail.com

APÊNDICE B. Instrumentos de Recolha de dados

Utente n.º	Serviço:
Idade: Sexo:	Diagnostico médico:
Cuidador Informal: Grau de relação:	Agregado familiar:

Data	1ª Avaliação		2ª Avaliação	
	___/___/___		___/___/___	
MIF				
Escala de coma de Glasgow				
MOBILIDADE NO LEITO				
Tónus muscular				
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Apresenta contraturas				
Apresenta aumento do tónus				
Apresenta rigidez articular				
Presença de espasticidade				
Presença de Hipotonia				
Escala modificada de Ashworth				
Movimento muscular				
Tem controlo de movimento				
Tem diminuição de movimento				
Mobiliza ativamente				
Posicionar-se				
Consegue posicionar-se				
Conhece técnica de adaptação para posicionar-se				
Escala de Braden				
TRANSFERÊNCIAS				
Equilíbrio corporal				
Tem equilíbrio estático sentado				
Tem equilíbrio dinâmico sentado				
Tem equilíbrio estático ortostático				
Tem equilíbrio dinâmico ortostático				
Tem posições viciosas				
Suporta o próprio peso em diferentes posições				
Escala de Berg				
Transferir-se				
Passa da posição de deitado- sentado				
Passa da posição de sentado- pé				
Necessita de dispositivo auxiliar para transferir-se				
Conhece a técnica de adaptação para transferir-se				
Pôr-se de pé				
Consegue levantar os MS's				
Consegue levantar os MI's				
Suporta o próprio peso na posição de pé				
Vigia as condições de segurança quando se levanta				
Necessita de dispositivo auxiliar para pôr-se de pé				

APÊNDICE C. Grelha de Avaliação de Diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação

Foco	Variável	Critérios de Diagnóstico
<i>Mobilidade no Leito</i>	Tónus Muscular	Apresenta contraturas Apresenta aumento do tónus Apresenta rigidez articular Presença de espasticidade Presença de Hipotonia Escala modificada de Ashworth
	Movimento Muscular	Tem controlo de movimento Tem diminuição de movimento Mobiliza ativamente
	Posicionar-se	Consegue posicionar-se Conhece técnica de adaptação para posicionar-se Escala de Braden
	Equilíbrio Corporal	Tem equilíbrio estático sentado Tem equilíbrio dinâmico sentado Tem equilíbrio estático ortostático Tem equilíbrio dinâmico ortostático Tem posições viciosas Suporta o próprio peso em diferentes posições
<i>Transferências</i>	Transferir-se	Passa da posição de deitado- sentado Passa da posição de sentado- pé Necessita de dispositivo auxiliar para transferir-se Conhece a técnica de adaptação para transferir-se
	Pôr-se de pé	Consegue levantar os MS's Consegue levantar os MI's Suporta o próprio peso na posição de pé Vigia as condições de segurança quando se levanta Necessita de dispositivo auxiliar para pôr-se de pé

APÊNDICE D. Planos de Cuidados UAVC e UCIP

Plano de Cuidados I _Estágio, UAVC, HESE, EPE, Évora

Apresentação	
Nome: V.M	Idade: 70 Anos
Antecedentes Pessoais: Internamento na UAVC em setembro de 2017 por AVC isquémico da ACM E de possível etiologia cardioembólica; anemia microcítica; cardiopatia hipertensiva, FA crónica; Dislipidemia.	
Estado civil: casada	
Agregado Familiar: reside com o esposo	
Habituação: moradia de R/c e 1.º andar, com quartos apenas no piso superior	
AVD's: Independente	
Diagnóstico Atual: AVC isquémico relacionado com doença de grande vaso	
Data: 20/09/2017	

De acordo com a estimativa realizada pela OMS, a doença cerebrovascular deve permanecer entre as quatro principais causas de morte até 2030. Em Portugal, o AVC continua como primeira causa de mortalidade e incapacidade, provocando sequelas permanentes aos indivíduos.

Entre os vários tipos de AVC, o isquémico é o mais frequente, podendo deixar grandes déficits no funcionamento físico, sensorial e cognitivo. Alterações que causam impacto no cotidiano e no desempenho do indivíduo frente às AVD's (Teixeira et al., 2000).

Assim, para quem sofre um Acidente Vascular Cerebral, a **reabilitação é fundamental** e deve ser iniciada o mais precocemente possível, para que o indivíduo recupere a independência funcional e a participação social na vida diária. Esta ideia vai corroborar estudos que admitem que o momento ideal para se iniciar a reabilitação deve estar compreendido entre as 24h a 72h pós AVC, atendendo obviamente a aspetos como a estabilidade clínica do doente (O'Sullivan e Schmitz, 2010).

Alguns dos sintomas presentes em doentes vítimas de AVC, passam por: fraqueza muscular, baixa resistência à atividade física, diminuição da sensibilidade, alterações da mobilidade, entre outros. Sequelas como as anteriormente referidas, sensíveis à reabilitação, podem ser desenvolvidas técnicas ao nível do posicionamento, equilíbrio, indução de restrições, estimulação sensorial e atividades terapêuticas como rolar no leito, fazer a ponte, mobilizações, transferência, treino de marcha, exercícios com bola suíça e programas para o domicílio. De acordo com vários estudos, a mobilização precoce na reabilitação do indivíduo com AVC, assegura a segurança, a viabilidade e a promoção da recuperação funcional, pelo que tem vindo a ganhar adeptos (Silva, Nascimento e Brito, 2013). Por outro lado, a marcha, bem como o subir e descer escadas é uma meta importante para o doente que sofreu um AVC. Pois a marcha é um meio para a independência funcional nas AVD, contribuindo para melhorar a qualidade de vida. Desse modo, o investimento no seu treino é fundamental (Menoita, 2014).

De uma forma geral, a implementação de um plano de reabilitação precoce no doente pós-AVC pelo EER, além de reduzir a instalação de complicações secundárias, favorece a capacidade funcional e autonomia do indivíduo.

História de doença Atual

Doente que recorre ao S.U por episódio de desvio da comissura labial e diminuição da força muscular à direita. Segundo familiares, existe referência a vários episódios semelhantes durante a última semana. Verifica-se disartria, diminuição da força muscular do hemicorpo direito, sem perda de consciência. Decide-se **internamento na UAVC** e pedem-se exames.

Ao 6.º dia de internamento, melhora do quadro, déficit motor e sensitivo do membro superior e inferior direito transitórios, sem novas queixas associadas. Apresenta perfil hipotensivo, assintomático e com tolerância ao levantar e marcha. A **RM- CE**, sugere “...pequenos focos de restrição ..., traduzem **lesões vasculares isquémicas recentes em território fronteira (ACA/ACM E)** ... Redução focal do calibre do segmento M1 esquerda (estenose)...”. Faz **Angio- TC** que confirma **estenose focal no segmento M1 da ACM E**. Admite-se o **diagnóstico de AVC isquémico relacionado com doença de grande vaso**.

Ao 8.º dia de internamento decide-se a alta com início de **anti agregação** e orientação para a consulta de doença venosa crónica. Aquando da alta, a doente apresenta **novo episódio de paresia facial central direita, com déficit da força muscular no MSD e MID**. Episódio é associado a um pico hipertensivo, que reverte posteriormente. Adiada alta e realiza nova **RM-CE**, “... mantém **área com restrição de difusão** no centro semi-oval esquerdo, com configuração linear, correspondendo ao **território de fronteira entre ACA e ACM**. Não se observaram novas lesões isquémicas recentes”.

Plano: manter vigilância durante 48H.

Ao 12.º dia de internamento, sem novas intercorrências e com melhoria do quadro. Opta-se por reunião multidisciplinar, para discussão da melhor terapêutica a adotar.

D 1 internamento Exame Neurológico	D 9 internamento Exame Neurológico	D 12 internamento Exame Neurológico
<ul style="list-style-type: none"> - Vígil, orientada e colaborante - Discurso fluente e coerente. Sem afasia e/ou disartria - Pupilas isocóricas/Iso reativas, reflexo foto motor direto e consensual mantido. Movimentos oculares mantidos. Nistagmo horizontal ligeiro no extremo do olhar para a esquerda. Sem alteração dos campos visuais. - Assimetria facial em repouso, com ligeiro apagamento do sulco nasogeniano D; à mobilização ativa da face, se não se observa assimetria - Diminuição da FM no MID (4/5), Mingazzini positivo; MS's FM (5/5) - Sem dismetria dos 4 membros 	<ul style="list-style-type: none"> - Vígil, orientada e colaborante - Discurso fluente e coerente. Sem afasia e/ou disartria - Pupilas isocóricas/isso reativas. Movimentos oculares mantidos. Sem desvio conjugado do olhar. Sem alteração dos campos visuais. - Assimetria facial em repouso, com ligeiro apagamento do sulco nasogeniano D; À mobilização ativa da face, se não se observa assimetria - Diminuição da FM no MID (4/5), Mingazzini positivo; MS's FM (5/5) - Sem dismetria dos 4 membros <p>NIHSS: 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vígil, orientada e colaborante - Discurso fluente e coerente. Sem afasia e/ou disartria - Pupilas isocóricas/isso reativas, reflexo foto motor direto e consensual mantido. Movimentos oculares mantidos. Sem Nistagmo. Sem alteração dos campos visuais. - Sem paresia facial central - Diminuição da FM no MID (4/5), sem condicionar a marcha; MS's FM (5/5) - Sem dismetria dos 4 membros <p>NIHSS: 1</p>

Avaliação Inicial

A colheita e análise de dados constitui o alicerce da identificação de necessidades, respostas e problemas individuais. Integra a fase de avaliação do processo de cuidados e para Soares, Pinelli e Abrão (2005) é essencial para investigar o potencial da pessoa e só deste modo a intervenção do EEER poderá ter sucesso.

Assim, recorreu-se à avaliação de instrumentos para uma avaliação inicial do doente e do seu potencial de recuperação. São incluídos para esta avaliação:

MIF

A Medida de Independência Funcional (MIF) é um dos instrumentos de avaliação das AVD mais utilizados em contexto de AVC's. É uma escala que utiliza uma pontuação de 1 a 7 pontos para avaliar 18 itens, agrupados em 6 dimensões: autocuidado, locomoção, transferência, comunicação, controle dos esfíncteres e cognição social. É uma escala com o objetivo de **mensurar o nível de dependência do indivíduo nas AVD's**.

A MIF apresenta boa confiabilidade e de fácil e rápida aplicação. Tem sido efetiva para estabelecer objetivos de intervenção. O score total da MIF é dado pela soma dos scores de cada dimensão e pode variar de 18 a 126 pontos. Os níveis de dependência são classificados de acordo com a pontuação total.

- 18 - dependência completa;
- 19 a 60 - dependência modificada (assistência de até 50% das tarefas);
- 61 a 103 - dependência modificada (assistência de até 25% das tarefas);
- 104 a 126 - independência completa/modificada

(OE, 2016)

Escala de Berg

É um instrumento de **avaliação funcional do equilíbrio estático e dinâmico**. Compreende uma escala de 14 tarefas, com cinco itens de avaliação (de 0-4 para cada tarefa: sendo 0 - é incapaz de realizar a tarefa e 4 - realiza a tarefa independente).

O score total varia de 0- 56 pontos e é baseado na habilidade para executar as tarefas em tempo e de forma independente. Engloba três dimensões: manutenção da posição, ajuste postural e movimentos voluntários (Santos, 2007).

A análise de pontuação obtida pode ser interpretada do seguinte modo:

- 0 a 20 representam a diminuição do equilíbrio;
- 21 a 40 representam equilíbrio aceitável;
- 41 a 56 representam um bom equilíbrio;

(Blum&Komer - Bitensky, 2008)

Escala de Lower

A Escala de Lower possibilita a **avaliação da força muscular**, usualmente solicitando a contração isotónica do indivíduo. Apresenta seis graus, de 0 a 5.

- 0 - Ausência de movimento e contração muscular
- 1 - Existência de contração muscular, mas sem movimento
- 2 - Existência de movimento ativo, anulando-se a gravidade
- 3 - Existência de movimento ativo contra a gravidade
- 4 - Existência de movimento ativo contra a gravidade com alguma resistência
- 5 - Força normal

Morais & Conceição (2009)

Escala de Borg modificada

É importante a implementação de uma escala onde se **avaliar a sensação de esforço**, para que se consiga determinar limites seguros para o treino/atividades.

A escala de Borg Modificada, inclui 10 pontos onde a intensidade da sensação de esforço é graduada por números aos quais é associada uma descrição sobre a intensidade do mesmo (figura 1).

É pedido ao utente durante determinado momento que indique o número e descrição que corresponde à sensação de esforço percebido.

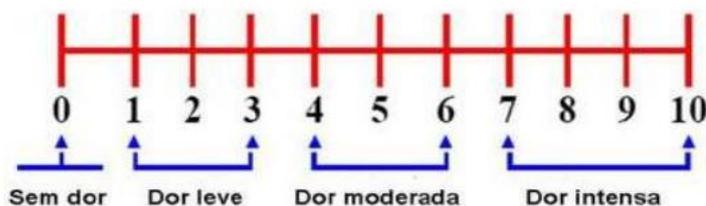
(OE, 2016)

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

Figura 1 - Escala Modificada de Borg

Escala numérica da dor

Como 5.º sinal vital, é fundamental a sua avaliação para que haja um controlo sobre a mesma. Foi o instrumento eleito, pelo facto de ser uma ferramenta de fácil aplicabilidade e perceção. Apresenta 10 níveis, onde é graduada por números a intensidade de dor, onde 0 é a ausência de dor e 10 a dor mais intensa.



Após a recolha de informação, há que fazer a identificação de diagnósticos de enfermagem e a definição de intervenções de enfermagem.

Avaliação Inicial de acordo com as AVD's

25/09/2017

AVD	Apreciação	Grau de dependência	Diagnóstico de Enfermagem
Higiene Pessoal e Vestuário	Doente necessita de ajuda parcial na higiene, uso do chuveiro, bem como no vestir/despir, devido à diminuição da força muscular do MSD e sensibilidade da mão direita, que dificulta a realização de movimentos de coordenação motora fina, que esta AVD necessita. Higiene pessoal e oral cuidada. Pele e mucosas coradas e hidratadas.	Com ajuda	<ul style="list-style-type: none"> AVD Higiene e vestuário dependente em grau moderado
Alimentação	Cumpre 3 refeições principais. Hidratada, ingere +/-1 L de H2O / dia. Deglutição mantida. Apesar da diminuição da sensibilidade da mão direita, consegue alimentar-se sozinha.	Independente	
Mobilidade (locomoção e transferência)	Por diminuição da FM do MID, apresenta alteração da postura corporal, afetando o equilíbrio dinâmico. A locomoção é realizada através da marcha, necessitando de ajuda. Apresenta equilíbrio estático mantido, mas o equilíbrio dinâmico encontra-se comprometido. Na Escala de Berg, apresenta equilíbrio aceitável e moderado risco de queda. Nas transferências da cama-cadeira-sanitário, necessita de ajuda total por equilíbrio dinâmico ortostático comprometido, apesar de não se refletir no score obtido na escala de Berg.	Com alterações	<ul style="list-style-type: none"> Movimento muscular diminuído Equilíbrio corporal comprometido
Eliminação	Intestinal: sem alterações, hábito intestinal mantido. 1 x dia. Vesical: controlo vesical mantido. Várias micções ao dia. Urina clara. Necessita de ajuda total para se deslocar ao wc.	Independente Independente Com ajuda	<ul style="list-style-type: none"> Autocuidado ir ao sanitário dependente em grau moderado
Respiração Circulação	Apresenta uma respiração torácico-abdominal, regular e de média amplitude. Com simetria torácica. Eupneica em repouso, com FR= 19 c/m. Sem acessos de tosse. Sem hábitos tabágicos. Com traçado cardíaco de base sinusal, normotensa, T. A=137/69mmHg. Pulso cheio e rítmico, Fc= 65p/m. Apresenta cansaço a médios esforços. Após atividade aumenta T.A e apresenta taquipneia com FR≥ 25 ciclos por minuto.	Respiração sem alterações Sem alteração no sistema circulatório	<ul style="list-style-type: none"> Intolerância à atividade (médios esforços)
Comunicação	Doente em score 15 na escala de coma de Glasgow. Consciente e orientada no tempo espaço e pessoa. Nega queixas algícas. Com alteração sensorial da mão direita, destreza de movimentos finos comprometida. Ansiosa com o internamento e a sua situação clínica.	Com alteração	<ul style="list-style-type: none"> Ansiedade Défice Sensorial da mão Direita
Aprendizagem	Doente apresenta vontade de aprender. Mostra conhecimentos insuficientes sobre exercícios/atividades e exercícios terapêuticos a realizar, bem como exercícios para melhor a FM do MID/ treino sensório-proprioceptivo. Com potencial para aprendizagem presente.	Com alteração	<ul style="list-style-type: none"> Défice de conhecimento, relacionado com exercícios a realizar e atividades terapêuticas
Ambiente Seguro	Alteração na mobilidade e transferências. Score= 27 na Escala de Berg, pelo que apresenta equilíbrio aceitável, traduzindo-se num moderado risco de queda.	Com alteração	<ul style="list-style-type: none"> Risco de Queda
Sono	Sono mantido. Facilidade em adormecer. Nega toma de medicação para o efeito.	Sem alteração	
Trabalho e Lazer	Reformada. Paragem das atividades de lazer devido a internamento.	Independente	

Planeamento dos Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados
AVD Higiene e vestuário dependente em grau moderado (25/09/2017)	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o autocuidado higiene e aprendizagem de capacidades para o autocuidado; - Supervisionar o doente e providenciar material para banho; - Assistir o doente no autocuidado higiene no chuveiro; - Monitorizar a tolerância do doente durante a ação; - Prevenir acidentes; - Assistir e vigiar o autocuidado vestir-se; - Posicionar e assistir o doente no vestir-se; - Identificar diversas condutas para realizar o autocuidado; - Mostrar material adaptativo para a realização do autocuidado; 	<p>Promover a independência do doente na AVD;</p> <p>Melhorar a conservação de energia;</p>
Movimento muscular diminuído (25/09/2017)	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar FM através da escala de Lower; - Incentivar a pessoa a executar exercícios musculares e articulares ativos (Auto mobilizações); - Ensinar técnica de exercícios muscular (demonstrar); - Treinar técnica de exercício muscular e articular: exercício isotónico (mobilizações ativas, mobilizações ativas resistidas com haltere e caneleiras), exercícios de agachamento, exercícios isométricos; 	<p>Prevenir perda de mobilidade e tónus muscular;</p> <p>Manter fortalecimento muscular do MSD e MID;</p>
Equilíbrio corporal comprometido (25/09/2017)	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar equilíbrio corporal através da Escala de Berg e força muscular através da escala de Lower; - Estimular a manter equilíbrio corporal; - Executar e instruir técnica de treino de equilíbrio (equilíbrio estático sentado e ortostático/ dinâmico sentado e ortostático): sentado, com o pé no chão e olhar dirigido para frente, provocar pequenos desequilíbrios de modo a perceber a resposta (se o doente tolerar poderá ser feito com os olhos fechados), treino de posição ortostática, alternância de carga nos MI's, apoio unipodal, controlo de obstáculos, exercícios de coordenação de movimento, facilitação cruzada; - Orientar na técnica de treino de equilíbrio; - Correção postural: correção em frente a espelho durante o treino de equilíbrio; 	<p>Melhorar equilíbrio estático e dinâmico;</p> <p>Prevenir e corrigir defeitos posturais;</p> <p>Manter alinhamento tronco e membros;</p> <p>Promover segurança para a marcha;</p>
Autocuidado ir ao sanitário dependente em grau moderado (25/09/2017)	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar o autocuidado ir ao sanitário; - Posicionar o doente e assistir a ida ao sanitário; - Incentivar o uso de estratégias adaptativas; 	<p>Promover a independência do doente na AVD;</p> <p>Melhorar a conservação de energia;</p>
Intolerância à atividade (médios esforços) (25/09/2017)	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar intolerância à atividade através da escala de Borg modificada; - Gerir atividade física; - Negociar atividade física; - Planear atividade física; - Ensinar e Treinar técnica de conservação de energia; 	<p>Aumentar tolerância à atividade física;</p> <p>Melhorar a conservação de energia;</p>

<p>Ansiedade presente (25/09/2017)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manter uma atitude calma e decidida, mantendo o contacto olhos nos olhos com o doente; - Facilitar a expressão dos seus medos, reduzindo ou eliminando estímulos potenciadores de ansiedade; - Esclarecer dúvidas do paciente em relação ao tratamento; - Estabelecer relação de confiança com o paciente; - Monitorizar o estado emocional do indivíduo; - Oferecer um ambiente calmo e agradável; - Oferecer apoio emocional; - Proporcionar bem-estar 	<p>Reduzir ansiedade;</p>
<p>Défice Sensorial da mão Direita (25/09/2017)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar sensibilidade (sensibilidade tátil fina e térmica); - Executar estimulação sensitiva; - Estimular percepção sensorial; - Fortalecer os músculos motores finos, exercícios com mola; - Treinar a coordenação de movimentos dos olhos e mãos; - Incorporar a percepção tátil para reforçar a praxia fina; - Executar técnica de massagem; 	<p>Aumentar destreza da mão direita;</p> <p>Ganho de funcionalidade da mão direita;</p>
<p>Défice de conhecimento, relacionado com exercícios a realizar e atividades terapêuticas (25/09/2017)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensino de atividades terapêuticas (rolar, ponte, carga no cotovelo, facilitação cruzada); - Ensinar sobre técnica respiratória (controlo e dissociação dos tempos respiratórios) - Importância do programa de reabilitação; - Ensino posicionamentos e transferências cama/cadeira/sanitário; - Ensino da técnica de levante e treino de equilíbrio; - Ensino de exercícios isotónicos e isométricos - Ensino de marcha controlada e da correta postura corporal; - Ensino dos exercícios a manter no domicílio (Continuação de reabilitação no domicílio); 	<p>Prevenir complicações;</p> <p>Integração/envolvimento do doente na sua própria reabilitação;</p> <p>Sucesso da recuperação funcional;</p>
<p>Risco de Queda (25/09/2017)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar para calçado adequado e ambiente seguro; - Auxiliar na deambulação; - Retirar do ambiente objetos que possam oferecer risco para o doente; - Orientar o doente quanto aos riscos e prevenção de quedas; 	<p>Prevenir possíveis quedas;</p>

Intervenções de Enfermagem	25/09/2017	28/09/2017	29/09/2017	30/09/2017	1/10/2017	2/10/2017
Treino (Exercícios/ atividades Terapêuticas/ treino proprioceptivo)	X	X	X	X	X	X
Equilíbrio sentada (estático/dinâmico)	X/ X	X / X	X / X	X / X	X / X	X / X
Equilíbrio ortostático (estático/dinâmico)	X/ ----	X/ ----	X/ ----	X/ X	X/ X	X/ X
Treino de Equilíbrio	X	X	X	X	X	X
Escala de Berg	Score= 27	_____	46	_____	_____	49
Escala de Lower MSD/MID	MSD- 4 MID- 4	MSD- 4 MID- 4	MSD- 4 MID- 4	MSD- 4 MID- 4	MSD- 5 MID-4	MSD- 5 MID-4
Exercícios musculares e Articulares	X Mobilizações ativas, exercício isométrico	X Mobilizações ativas, exercício isométrico	X Mobilizações ativas, exercício isométrico	X Mobilizações ativas resistidas, exercício isométrico, agachamentos	X Mobilizações ativas resistidas, exercício isométrico, agachamentos	X Mobilizações ativas resistidas, exercício isométrico, agachamentos
Treino de AVD's	Higiene/ vestir / wc/ transferências	Higiene/ vestir / wc/ transferências	Higiene/ vestir	Higiene/ vestir/ wc/ transferências	Higiene/ vestir / wc	Higiene/ vestir / wc
Escala de Borg modificada	5	4	5	3	3	2
Ensinos	Atividades terapêuticas	Atividades terapêuticas	Atividades terapêuticas	Atividades terapêuticas Exercícios de fortalecimento	Exercícios de fortalecimento	Exercícios de fortalecimento e a fazer em casa
Dor	1	1	2	1	1	1
MIF	71	_____	_____	_____	_____	105

AVALIAÇÃO DOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMAGEM

2/10/2017

<p>AVD Higiene e vestuário dependente em grau moderado</p>	<p>Durante o período inicial a doente necessitava de ajuda parcial para esta AVD, situação que se veio a alterar. À medida que alguns diagnósticos iam sendo resolvidos, também esta Avd vinha a sofrer alterações. Com a melhoria da motricidade fina da mão afetada, a doente veio a necessitar cada vez menos de ajuda para a sua higiene e para o autocuidado vestir, apenas necessitando de uma supervisão. Um dos aspetos a referir foi a efetividade de abotoar os botões da camisa, algo que sentia necessidade desde o início do internamento. Esta evolução é observável na avaliação da MIF na dimensão do autocuidado, onde na maioria dos itens passa de uma avaliação de 3, onde necessita de uma ajuda parcial para um nível 6, que corresponde a ausência de assistência. Torna assim válidas as intervenções planeadas para esta AVD.</p>
<p>Movimento muscular diminuído</p>	<p>Doente com ligeira diminuição da força muscular do hemicorpo direito. Apresenta em ambos os segmentos força grau 4. Aplicadas as intervenções planeadas e com a colaboração da doente, houve a manutenção do grau 4 no MID e aumento do grau para 5 no MSD. De acordo com a tolerância da doente, o numero de series de cada exercício veio a altera-se para um nível superior, chegando mesmo no último dia de intervenções a realizar 2 sessões de cada exercício com 10 repetições. Obtém-se no final do acompanhamento um resultado positivo.</p>
<p>Equilíbrio corporal comprometido</p>	<p>Inicialmente com equilíbrio ortostático comprometido, pelo que compromete indiretamente outras AVD's como a higiene, o ir ao sanitário e a mobilidade. Foi um diagnóstico que se tornou prioritário trabalhar, para que ganhasse independência. Ao longo dos dias foi possível observar a sua evolução, tanto nos treinos de equilíbrio, como na marcha, observou-se uma melhoria da postura corporal e ao mesmo tempo a melhoria do equilíbrio ortostático dinâmico. A ligeira assimetria observada na posição ortostática foi corrigida. A avaliação do equilíbrio foi realizada através da escala de Berg, que veio a aumentar o seu score ao longo das sessões realizadas. No último dia a doente apresenta score 49, o que determina um bom equilíbrio. Existe então alteração do mesmo de aceitável para bom, cumprido o objetivo inicial.</p>
<p>Autocuidado ir ao sanitário dependente em grau moderado</p>	<p>A alteração deste autocuidado encontrava-se relacionado com o Equilíbrio corporal comprometido. Uma vez resolvido o compromisso do equilíbrio, a doente desloca-se ao wc de uma forma autónoma, necessitando apenas de supervisão para promover segurança e prevenir acidentes. Necessidade de ensinso cerca do espaço físico, de modo a proceder à atividade em segurança. Apreensão com relativa facilidade. Não se verificaram incidentes, doente autónoma nesta AVD.</p>
<p>Intolerância à atividade (médios esforços)</p>	<p>No início do plano de intervenção a doente apresentava um grau de sensação de esforço 5 a esforços moderados, após aplicação das intervenções vem-se a verificar uma diminuição para grau 2. Durante este percurso confirma-se um período de regressão, que se justifica com novo episódio de sintomas, que vem a reverter de uma forma rápida e progressiva. No último dia de intervenção, consegue caminhar +- 200m, subir e descer 3 lances de escadas e apenas referir um esforço leve na escala de Borg modificada. Após regressar à unidade são avaliados parâmetros vitais, que se encontram dentro dos parâmetros desejáveis. É observada uma melhor tolerância ao esforço, cumprido o objetivo do plano.</p>
<p>Ansiedade presente</p>	<p>O próprio internamento induz a um nível de ansiedade, pois causa alterações na vida da utente. Aliado o episódio de regressão e o nível de sequelas que a própria doença repercute, foi importante trabalhar esta dimensão. Todos os momentos de treino, ensino, foram momentos de expressão de sentimentos por parte da doente. Foi um espaço dedicado à própria pessoa. A doente percebeu essa atitude e reagiu de uma forma esperada, mostrando as suas tristezas e medos. O seu comportamento veio a ficar mais tranquilo e manteve-se colaborante durante as intervenções. Acredita-se que esteja no caminho de adaptação à nova condição.</p>
<p>Défice Sensorial da mão direita</p>	<p>Apesar de todo o treino propriocetivo realizado e estimulação realizada, a sensibilidade manteve-se idêntica ao primeiro dia. De referir que com o treino realizado, houve ganhos em alguns movimentos finos, como o abotoar botões. Consegue-se de alguma forma uma maior funcionalidade da mão.</p>
<p>Défice de conhecimento, relacionado com exercícios a realizar e atividades terapêuticas</p>	<p>O facto de o anterior AVC não ter deixado sequelas visíveis, torna esta condição numa novidade. Pelo que foram pertinentes os ensinso e os treinos ajustado à pessoa e à nova condição. Fatores como: a idade, a motivação e vontade independência foram uma mais valia para o sucesso deste diagnostico. Foram essenciais o treino e a repetição, mas no final a utente consegue enumerar de uma forma exata um ou dois exercícios que pode realizar para cada situação. Desta forma, consegue-se integrar a doente no próprio processo de reabilitação, ao mesmo tempo que se previne complicações.</p>
<p>Risco de Queda</p>	<p>Não se observou quedas durante o internamento, verificando-se uma efetividade das intervenções.</p>

CONCLUSÃO

Da bibliografia consultada e dos estudos revistos, conclui-se que o processo de reabilitação é sem dúvida fundamental, pois permite ao doente acometido pelo AVC maior qualidade de vida. Esta ideia está patente num estudo realizado por Ferreira (2014), que mostra que a intervenção do enfermeiro de reabilitação contribui para uma melhoria da qualidade de vida nos doentes com AVC.

Apesar de ser conhecido que o grau de recuperação depende obviamente da extensão e da localização do AVC, este é fortemente influenciado pela qualidade das intervenções realizado em meio hospitalar. Barbosa (2012), acredita que a mobilização e a reabilitação precoce e intensiva adaptada à resistência física do doente e organizada de acordo com os seus défices, demonstram ganhos efetivos ao nível da qualidade de vida, da diminuição dos défices, do tempo de internamento e da institucionalização, prevenindo ao mesmo tempo complicações. De salientar também, que para o processo de reabilitação seja bem-sucedido, é essencial o esforço e empenho do profissional de saúde assim como da doente vítima de AVC (Ricardo, 2012).

Tendo presente esta experiencia, consolida-se a importância do EER na reabilitação do doente pós-AVC. Iniciado um programa completo e dirigido, verifica-se resultados efetivos no período imediato à lesão. Foi visível o aumento da capacidade funcional para as AVD'S, apesar de ainda necessitar de supervisão em muitas delas. Mas esta avaliação é apenas o início do seu processo de reabilitação.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Barbosa, M. (2012). Custos e efectividade da reabilitação após acidente vascular cerebral – uma revisão sistemática. Coimbra. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2012. Dissertação para obtenção do grau de Mestre;
- Blum L, Korner-Bitensky N. (2008), Usefulness of the Berg Balance Scale in stroke rehabilitation: a systematic review. *Phys Ther.* 88(5):559-66. Disponível em: <http://ptjournal.apta.org/content/88/5/559.long>
- Disponível em: www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a07v18n2.pdf
- Ferreira, M. (2014). DOENTE COM AVC: GANHOS NA QUALIDADE DE VIDA APÓS INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Politécnico de Viana do Castelo Escola Superior de Saúde para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação;
- Menoita, E. (2014). Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente. Lisboa: Lusociência;
- Morais, F., & Conceição, V. (2009). Avaliação da Pessoa com Alterações MúsculoEsqueléticas. Enfermagem em Ortopneumatologia. Coimbra: Formasau;
- O’Sullivan, S. Acidente Vascular Encefálico: O’Sullivan SB, Schmitz TJ. (2010). Fisioterapia – Avaliação e Tratamento. 5ª edição. São Paulo: Manole, p.519-45
- OE. (2016). Enfermagem de Reabilitação: Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ricardo, R. (2012). Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o Índice de Barthel nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta, com intervenção de Enfermagem de Reabilitação. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança – Escola superior de Saúde. Dissertação para obtenção do grau de Mestre;
- Silva, D., Nascimento, C., Brito, E. (2013). Effects of Early Mobilization In Clinical Complications After Stroke: Literature Review, *Rev Neurocienc;* 21(4):620-627 Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Eliana_Brito/publication/273753824_Efeitos_da_Mobilizacao_Prececo_nas_Complicacoes_Clinicas_Pos-AVC_Revisao_da_Literatura/links/56ec5a5a08aed17d09f6440b.pdf
- Soares, L. H., Pinelli, G., Abrão, C. (2005). *Construção de um instrumento de coleta de dados de enfermagem em ginecologia. Acta Paul Enferm.* 18(2): 156-164.
- Teixeira, S., Oliveira, E., Santana, E., Resende, G. (2000). Fortalecimento muscular e condicionamento físico em hemiplégicos. *Acta. Fisiátrica;* 7: 108-18. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/viewFile/102266/100646>

Escala de Equilíbrio de Berg

DESCRIÇÃO DOS ITENS	Pontuação (0-4)	25/09	29/09	2/10
1. Sentado para em pé	_____	4	4	4
2. Em pé sem apoio	_____	4	4	4
3. Sentado sem apoio	_____	4	4	4
4. Em pé para sentado	_____	3	4	4
5. Transferências	_____	3	3	4
6. Em pé com os olhos fechados	_____	2	4	4
7. Em pé com os pés juntos	_____	2	3	3
8. Reclinar à frente com os braços estendidos	_____	1	2	2
9. Apanhar objeto do chão	_____	1	4	4
10. Virando-se para olhar para trás	_____	2	3	3
11. Girando 360 graus	_____	0	3	4
12. Colocar os pés alternadamente sobre um banco	_____	0	2	3
13. Em pé com um pé em frente ao outro	_____	2	3	4
14. Em pé apoiado em um dos pés	_____	1	2	2
TOTAL	_____	27	45	49

MIF											
N Í V E I S	Independente 7 – Independência completa (Com segurança e tempo normal) 6 – Independência modificada (Ajuda técnica)				SEM ASSISTÊNCIA						
	Dependência Modificada 5 – Supervisão 4 – Assistência Mínima (Sujeito ≥ 75%) 3 – Assistência Moderada (Sujeito ≥ 50%) Dependência Completa 2 – Assistência Máxima (Sujeito ≥ 25%) 1 – Assistência Total (Sujeito ≥ 10%)				COM ASSISTÊNCIA						
Avaliação	Atividades			1° Av.				° Av.			
	Autocuidado	Data	25 / 09 / 17				02/10 / 17				
A.	Alimentação			5				5			
B.	Higiene pessoal: apresentação e aparência.			3				6			
C.	Banho: lavar o corpo			3				6			
D.	Vestir: metade superior do corpo			3				5			
E.	Vestir: metade inferior do corpo			3				6			
F.	Utilização do vaso sanitário			1				5			
Controle dos esfíncteres											
G.	Controle da urina: frequência de incontinência			7				7			
H.	Controle das fezes			7				7			
Mobilidade											
I.	Transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas			1				5			
J.	Transferências: vaso sanitário			1				5			
K.	Transferências: banheira ou chuveiro			1				5			
Locomoção											
L.	Marcha/Cadeira de rodas			M		2			M		5
				CR			CR				
5M.	Escadas			1				4			
Comunicação											
N.	Compreensão			A	X	7			A		7
				VI	X		VI				
O.	Expressão			V	X	7			V		7
				NV	X		NV				
Conhecimento Social											
P.	Interação Social			7				7			
Q.	Resolução de Problemas			5				6			
R.	Memória			7				7			
Total				71				105			
OBS: Não deixe nenhum item em branco, se não for possível testar marque 1.											
Medida de Independência Funcional (MIF). (copyright 1987, Fundação Nacional de Pesquisa – Universidade Estadual de New York). Abreviações: M=marcha, CR= cadeira de rodas, A= Auditiva, VI= Visual, V= Verbal e NV= Não Verbal.											

Plano de Cuidados II _Estágio, UAVC, HESE, EPE, Évora

Apresentação

Nome: A.P

Idade: 68 Anos

Antecedentes Pessoais: Artrite Reumatoide, FA

Estado civil: casada

Agregado Familiar: reside com o esposo

AVD's: Independente

Diagnóstico Atual: AVC isquémico do hemisfério direito, de etiologia a esclarecer

Data: 13/10/2017

O acidente vascular cerebral (AVC) continua a ser uma das principais causas de lesões permanentes em adultos, provocando sequelas incapacitantes. Para O'Sullivan e Schmitz (2010), o AVC isquémico, resulta da insuficiência sanguínea cerebral devido a tromboembolismo ou a uma condição que produza baixa pressão de perfusão sistêmica.

Indo de encontro ao caso clínico, doente com AVC isquémico do hemisfério direito, convém relembrar que o hemisfério direito (HD) é o dominante para a orientação espacial e que o impacto funcional de lesões deste hemisfério, podem provocar comprometimento do alinhamento postural (Laufer, Sivan e Schwarman, 2003). Estudos clínicos e instrumentais sobre performances posturais têm mostrado que doentes com lesão de HD têm menor equilíbrio postural sentado e em ortostatismo em comparação a doentes com lesão de Hemisfério Esquerdo (Gomes, Nardoni e Lopes, 2006).

Apesar disso, cada doente e cada lesão são únicos, afetando o doente de uma forma singular, com alterações próprias e incapacitantes. Torna-se fundamental o estabelecimento cuidadoso de um plano de reabilitação, de acordo com uma avaliação atenta e ponderada das suas incapacidades.

História de doença Atual

Doente previamente independente da realização das AVD's. Terá iniciado quadro de afasia e diminuição global da força, acompanhada de sudorese e HTA. Há entrada no SU sonolenta, mas consciente, pupilas isocóricas/isoreativas, sem aparente alteração dos campos visuais, nistagmo rotatório, com afasia de expressão, apagamento do sulco nasogenial à esquerda, desvio da língua à direita, diminuição da força muscular em ambos MS's e MI's contra gravidade e sensibilidade. Fica em Sala de Observação e pedidos exames. Horas mais tarde vem a verificar-se franca melhoria dos défices anteriormente referidos, com boa mobilização dos membros e recuperação da articulação da fala.

Transferida para a UAVC por provável convulsão/ AIT/AVC. Segundo ECD: TAC CE: Sinais ligeiros de leucoencefalopatia isquémica; Angio TAC: Sem alterações, TSC e TST, sem alterações; Ecocardiograma revela insuficiência mitral ligeira.

Admite-se AVC isquémico do hemisfério direito, de etiologia a esclarecer. Pede-se RM e EEG. RM: **sugestivo de leucoencefalopatia** e EEG, sem atividade patológica.

Doente que revela componente de ansiedade ao longo do internamento. Situação familiar complexa. Doente cuidadora do marido por AVC há 10 anos e com lenta recuperação de défices. Avaliada por Neuropsiquiatria e por Psiquiatria, que sugerem medicação por sintomatologia ansiosa. Ao longo do internamento com remissão gradual dos défices, com gradual recuperação da autonomia nas AVD's, mas a carecer de reabilitação e apoio social após a alta.

D 1 internamento Exame Neurológico	D 4 internamento Exame Neurológico	D 8 internamento Exame Neurológico
<ul style="list-style-type: none"> - Vígil, orientada e colaborante - Discurso mantido, discreta disartria - Pupilas isocóricas/Iso reativas - Paresia facial central esquerda - Apagamento do sulco nasogeneano esquerdo - FM MS grau 4 / 5. MI, grau 3/ 5 - Hemihipoestesia do hemicorpo esquerdo com face. <p>NIHH: 8</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vígil, orientada e colaborante - Disartria ligeira - Pupilas isocóricas/Iso reativas - Paresia facial central esquerda - Ligeiro apagamento do sulco nasogeneano à esquerda - FM MS grau 4 / 5. MI, grau 3/ 5 - Hemihipoestesia Esquerda 	<ul style="list-style-type: none"> - Vígil, orientada e colaborante - Sem Disartria - Pupilas isocóricas/Iso reativas - Sem paresia facial central - Discreto apagamento sulco nasogeniano esquerdo - FM MS grau 4 / 5. MI, grau 4/ 5 - Hemihipoestesia Esquerda. <p>sem dismetria</p> <p>NIHSS: 3</p>

Avaliação Inicial

Optou-se por realizar o mesmo tipo de abordagem que no caso clínico anterior, avaliando o grau de dependência da doente na realização das AVD's, através da MIF. A avaliação da força muscular através da escala de Lower e a avaliação da Escala de Berg, para a classificação do equilíbrio estático e dinâmico da pessoa, detetando alterações do equilíbrio/marcha e predizer o risco de quedas. Para o controlo da dor, manteve-se a avaliação da mesma, escala numérica da dor, uma vez que é um instrumento de fácil aplicabilidade e perceção.

Para a elaboração do plano de cuidados, teve-se em conta a individualidade da pessoa, ajudando-a a promover a sua qualidade de vida, na melhoria ou na manutenção das capacidades remanescentes, tornando a experiência de doença tão segura e confortável quanto possível.

AVD	Apreciação	Grau de dependência	Diagnóstico de Enfermagem
Higiene Pessoal e Vestuário	Higiene pessoal cuidada. Pele e mucosas coradas e hidratadas. Vestuário de acordo com a temperatura exterior. Após a situação atual, necessita de ajuda parcial para a higiene, mais especificamente no 1/3 inferior do corpo e parte posterior do tronco. Com dificuldade para vestir peças para os MI's. Alteração da motricidade fina, devido a hipoestesia, pelo que apresenta dificuldade no abotoar de botões e atacoar os sapatos.	Com ajuda	<ul style="list-style-type: none"> AVD Higiene e vestuário dependente em grau moderado
Alimentação	Cumprir 3 refeições principais. Hidratada, ingere +/-1 L de H2O / dia. Deglutição mantida.	Independente	
Mobilidade (locomoção e transferência)	Devido à diminuição da FM, Hipoestesia do hemicorpo esquerdo, alteração do equilíbrio corporal, necessita de ajuda para a marcha e transferências. Apresenta na escala de Berg, score 16, pelo que se admite, diminuição do equilíbrio. Aliando o score 55 na escala de Morse, o que corresponde um alto risco de queda. Equilíbrio sentado estático mantido, restantes alterados.	Com alterações	<ul style="list-style-type: none"> Hemiparésia do Hemicorpo Esquerdo Equilíbrio corporal comprometido Transferir-se comprometido
Eliminação	Intestinal: sem alterações, hábito intestinal mantido. 1 x dia. Vesical: controlo vesical mantido. Várias micções ao dia. Urina clara. Necessita de ajuda total para se deslocar ao wc.	Independente Independente Com ajuda	<ul style="list-style-type: none"> Autocuidado ir ao sanitário dependente em grau moderado
Respiração	Doente sem hábitos tabágicos associados. Apresenta uma respiração mista, regular e de média amplitude. Eupneica em repouso. Em esforço com taquipneia controlada. Bem saturada em ar ambiente.	Respiração sem alterações	
Circulação	Doente com traçado cardíaco em fibrilhação auricular, com resposta ventricular controlada nos 90-95 bpm. Com pulso cheio e rítmico. Normotensa, TA: 145/81mmHg.	Sem alteração no sistema circulatório	
Comunicação	Doente em score 15 na SCG. Calma, consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa. Sem queixas algicas associadas. Com alteração da sensibilidade do hemicorpo esquerdo. Com componente ansiosa, derivado a situação atual e familiar.	Com alteração	<ul style="list-style-type: none"> Défice Sensorial Hemicorpo Esquerdo (Hipoestesia) Ansiedade presente
Aprendizagem	Doente apresenta vontade de aprender. Mostra conhecimentos insuficientes sobre exercícios/atividades e exercícios terapêuticos a realizar, bem como exercícios para melhorar a FM do MIE/ treino sensorio-proprioceptivo. Com potencial para aprendizagem presente.	Com alteração	<ul style="list-style-type: none"> Défice de conhecimento, relacionado com exercícios a realizar e atividades terapêuticas
Ambiente Seguro	Alteração na mobilidade e transferências. Score= 16 na Escala de Berg, pelo que apresenta diminuição do equilíbrio, traduzindo-se num alto risco de queda, na escala de Morse.	Com alteração	<ul style="list-style-type: none"> Risco de Queda
Sono	Descreve insónia. Acorda cansada.	Com alteração	<ul style="list-style-type: none"> Insónia presente
Trabalho e Lazer	Doméstica ainda em atividade e cuidadora principal do marido	Independente	

Planeamento dos Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados
<p>AVD Higiene e vestuário dependente em grau moderado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o autocuidado higiene e aprendizagem de capacidades para o autocuidado; - Supervisionar o doente e providenciar material para banho; - Assistir o doente no autocuidado higiene no chuveiro; - Monitorizar a tolerância do doente durante a ação; - Prevenir acidentes; - Assistir e vigiar o autocuidado vestir-se; - Posicionar e assistir o doente no vestir-se; - Identificar diversas condutas para realizar o autocuidado; - Mostrar material adaptativo para a realização do autocuidado; 	<p>Promover a independência do doente na AVD;</p> <p>Melhorar a conservação de energia;</p>
<p>Hemiparésia do Hemicorpo Esquerdo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar FM através da escala de Lower; - Incentivar a pessoa a executar exercícios musculares e articulares ativos (Auto mobilizações); - Ensinar técnica de exercícios muscular (demonstrar); - Treinar técnica de exercício muscular e articular: exercício isotónico (mobilizações ativas, mobilizações ativas resistidas com haltere e caneleiras), exercícios de agachamento, exercícios isométricos; 	<p>Prevenir perda de mobilidade e tónus muscular;</p> <p>Manter fortalecimento muscular do MSD e MID;</p>
<p>Equilíbrio corporal comprometido</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar equilíbrio corporal através da Escala de Berg e força muscular através da escala de Lower; - Estimular a manter equilíbrio corporal; - Executar e instruir técnica de treino de equilíbrio (equilíbrio estático sentado e ortostático/ dinâmico sentado e ortostático): sentado, com o pé no chão e olhar dirigido para frente, provocar pequenos desequilíbrios de modo a perceber a resposta (se o doente tolerar poderá ser feito com os olhos fechados), treino de posição ortostática, alternância de carga nos MI's, apoio unipodal, controlo de obstáculos, exercícios de coordenação de movimento, facilitação cruzada; - Orientar na técnica de treino de equilíbrio; - Correção postural: correção em frente a espelho durante o treino de equilíbrio; 	<p>Melhorar equilíbrio estático e dinâmico;</p> <p>Prevenir e corrigir defeitos posturais;</p> <p>Manter alinhamento tronco e membros;</p> <p>Promover segurança para a marcha;</p>
<p>Transferir-se comprometido</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar o doente quanto aos riscos e prevenção de quedas; - Orientar para a distribuição adequada do mobiliário; - Executar e instruir técnica de transferência cama – cadeirão e cadeirão -cama; - Treinar técnica de transferência; - Orientar na técnica de transferência; 	<p>Melhorar técnica de transferência</p>
<p>Autocuidado ir ao sanitário dependente em grau moderado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar o autocuidado ir ao sanitário; - Posicionar o doente e assistir a ida ao sanitário; - Incentivar o uso de estratégias adaptativas; 	<p>Promover a independência do doente na AVD;</p> <p>Melhorar a conservação de energia;</p>

<p>Ansiedade presente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manter uma atitude calma e decidida, mantendo o contacto olhos nos olhos com o doente; - Facilitar a expressão dos seus medos, reduzindo ou eliminando estímulos potenciadores de ansiedade; - Esclarecer dúvidas do paciente em relação ao tratamento; - Estabelecer relação de confiança com o paciente; - Monitorizar o estado emocional do indivíduo; - Oferecer um ambiente calmo e agradável; - Oferecer apoio emocional; - Proporcionar bem-estar 	<p>Reduzir ansiedade;</p>
<p>Déficé Sensorial do Hemicorpo Esquerdo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar sensibilidade (sensibilidade táctil fina e térmica); - Executar estimulação sensitiva; - Estimular percepção sensorial; - Treinar a coordenação de movimentos; - Incorporar a percepção táctica para reforçar a praxia fina; - Executar técnica de massagem; 	<p>Melhorar Déficé sensorial</p>
<p>Déficé de conhecimento, relacionado com exercícios a realizar e atividades terapêuticas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensino de atividades terapêuticas (rolar, ponte, carga no cotovelo, facilitação cruzada); - Ensinar sobre técnica respiratória (controlo e dissociação dos tempos respiratórios) - Importância do programa de reabilitação; - Ensino posicionamentos e transferências cama/cadeira/sanitário; - Ensino da técnica de levantar e treino de equilíbrio; - Ensino de exercícios isotónicos e isométricos - Ensino de marcha controlada e da correta postura corporal; - Ensino dos exercícios a manter no domicílio (Continuação de reabilitação no domicílio); 	<p>Prevenir complicações;</p> <p>Integração/envolvimento do doente na sua própria reabilitação;</p> <p>Sucesso da recuperação funcional;</p>
<p>Risco de Queda</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar para calçado adequado e ambiente seguro; - Auxiliar na deambulação; - Retirar do ambiente objetos que possam oferecer risco para o doente; - Orientar o doente quanto aos riscos e prevenção de quedas; 	<p>Prevenir possíveis quedas;</p>
<p>Sono alterado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar o estado emocional do indivíduo; - Oferecer um ambiente calmo e agradável; - Proporcionar bem-estar - Incentivar ao levantar durante o período diurno; 	<p>Melhorar qualidade do sono</p>

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM					
	14/10/2017	15/10/2017	16/10/2017	17/10/2017	18/10/2017
Treino AVD's	X Higiene/ vestuário	X Ir ao wc/ sanitário/ higiene/ vestuário			
Equilíbrio sentada (estático/dinâmico)	_____	X	X	_____	_____
Equilíbrio ortostático (estático/dinâmico)	_____	X	X	X	X
Treino de Equilíbrio	_____	X	X	X	X
Escala de Berg	16 Diminuição do Equilíbrio	_____	_____	_____	50 Bom Equilíbrio
Escala de Lower MSE/MIE	MSE 4/5 MIE 3/5	MSE 4/5 MIE 3/5	MSE 4/5 MIE 3/5	MSE 4/5 MIE 4/5	MSE 4/5 MIE 4/5
Treino de marcha	_____	X	X	X Treino de subir e descer escadas	X Treino de subir e descer escadas
Exercício muscular e articular	X	X	X	X	X
Estimulação sensorial	X	X	X	X	X
Ensinos	X	X	X	X	X
MIF	71 Dependência com assistência até 25% de tarefa	_____	_____	_____	105 Independência completa

AVALIAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM -18/10/2017

Autocuidado: Higiene e vestuário comprometido	Durante o período inicial a doente necessitava de ajuda parcial para esta AVD, situação que se vem a alterar. À medida que alguns diagnósticos vão sendo resolvidos, também esta Avd vem a sofrer alterações. Inicialmente a maior dificuldade durante a higiene e o vestir, surge na parte inferior do corpo. Após ensino de técnicas adaptativas, a doente vem a recuperar a sua autonomia gradualmente e após treino. Situações em que necessitava da motricidade fina, como o pentear, o lavar os dentes e o abotoar botões, foram numa fase inicial perturbadoras para a doente. Mas que após algum treino, vão vindo a ser resolvidas. Esta evolução é observável na avaliação da MIF na dimensão do autocuidado , onde na maioria dos itens passa de uma avaliação de 3, onde necessita de uma ajuda parcial para um nível 5/6, que corresponde a ausência de assistência . Torna assim válidas as intervenções planeadas para esta AVD.
Hemiparesia do Hemicorpo Esquerdo	Doente com ligeira diminuição da força muscular do hemicorpo esquerdo. Apresenta no MSE força de grau 4, que mantém durante o internamento. O MIE apresentava inicialmente apresenta grau 3 e evolui para grau 4. Implementadas as intervenções planeadas e com a colaboração da doente, há manutenção do grau 4 no MSE e aumento do grau para 4 no MIE . De acordo com a tolerância da doente, o número de series de cada exercício vem a altera-se para um nível superior e quando possível a integração de novos exercícios. Obtém-se no final do acompanhamento um resultado positivo.
Equilíbrio corporal comprometido	Inicialmente com equilíbrio dinâmico sentado comprometido, foi um problema que se definiu como prioridade, uma vez que sem este problema resolvido, não conseguiríamos atingir os restantes. Assim, durante o período de repouso, insistiu-se no treino de equilíbrio e em exercícios que fossem essências para o core. Tendo o equilíbrio dinâmico sentado resolvido, passou-se para o equilíbrio em ortostatismo. Também este, importante uma vez que compromete indiretamente outras AVD's o ir ao sanitário e a mobilidade. Ao longo dos dias foi possível observar a evolução, tanto nos treinos de equilíbrio, como na marcha, observou-se uma melhoria da postura corporal e ao mesmo tempo a melhoria do equilíbrio ortostático dinâmico. Apesar da franca evolução, foi uma doente que necessitou durante a maior parte do internamento de ajuda de mão para a marcha. A avaliação do equilíbrio foi realizada através da escala de Berg, que veio a aumentar o seu score ao longo das sessões realizadas. No último dia a doente apresenta score 50, o que determinou um bom equilíbrio e cumprido o objetivo inicial.
Transferir-se comprometido	Diagnóstico que surge após o 1.º levante da utente, atendendo ao equilíbrio corporal comprometido, surgem dificuldade nas transferências, quer da cama-cadeirão, cadeirão – cama. Problema revertido após treino constante e explicação de medidas de segurança para o procedimento. Doente atenta e muito colaborante na atividade. No segundo dia de treinos, conseguiu de uma forma autónoma a realização de transferências, necessitado apenas de supervisão .
Autocuidado ir ao sanitário dependente em grau moderado	A alteração deste autocuidado encontrava-se relacionado com o Equilíbrio corporal comprometido. Uma vez resolvido o compromisso do equilíbrio, a doente desloca-se ao wc de uma forma autónoma, necessitando apenas de supervisão para promover segurança e prevenir acidentes. Necessidade de ensinamentos cerca do espaço físico, de modo a proceder à atividade em segurança. Apreensão com relativa facilidade. Não se verificaram incidentes, doente autónoma nesta AVD .
Ansiedade presente	Houve manutenção deste problema, apesar de atenuar aquando das atividades desenvolvidas com a doente. Com a aproximação da alta, houve naturalmente um agravamento, que foi superado com a articulação com a assistência social. A doente fica com encaminhamento de ajuda domiciliaria, bem como a continuação de fisioterapia em contexto de ambulatório. É, contudo, uma utente que beneficiava de apoio psicológico na minha ótica, como enfermeira de reabilitação. No contexto diário, ganhou confiança e eficácia de uma forma gradual, na resolução de problemas .
Défice Sensorial do Hemicorpo Esquerdo	Manteve a hipoestesia do hemicorpo, apesar de menos acentuada . Vem a regredir muito lentamente a sensibilidade. Opta-se pelo treino proprioceptivo e estimulação sensorial. Especial importância a ensinamentos relacionado com esta problemática (cuidados a ter, perigos), pois a sensibilidade tátil e térmica, encontravam-se também alteradas. De referir que com o treino realizado, houve ganhos em alguns movimentos finos e com ensinamentos tentou-se prevenir complicações, que aparentemente a doente apreendeu.
Défice de conhecimento, relacionado com exercícios a realizar e atividades terapêuticas	É compreensível a ausência de conhecimentos que a utente demonstra relativamente a esta temática, pois os défices que apresenta surgiram de uma forma súbita e não houve tempo de preparação para tal. Demonstrou desde o início vontade e capacidade para apreender. Deste modo, tornaram-se pertinentes os ensinamentos e os treinos ajustados aos défices apresentados. Foi essencial o treino e a repetição, no final do período de intervenção a utente consegue enumerar de uma forma exata um ou dois exercícios que pode realizar para cada situação . De uma forma geral, conseguiu-se integrar a doente no próprio processo de reabilitação.
Risco de Queda	Não se observou quedas durante o internamento, verificando-se uma efetividade das intervenções.
Insónia Presente	Tendo em conta todo o contexto situacional, houve melhoras significativas desta atividade , apesar de não ter ficado na sua totalidade resolvida. Acreditasse que toda a atividade desenvolvida durante o período diurno, seja um fator preponderante, para a melhoria da qualidade do sono. O Incentivo de regresso ao leito no final da noite, foi também um fator importante.

CONCLUSÃO

Termino enfatizando o papel essencial do EEER na “gestão” da Pessoa no processo de reabilitação, e neste caso específico no doente com AVC, pois esta patologia gera uma ampla variedade de déficits neurológicos, situação que os torna dependentes de intervenções de enfermagem.

Frente à literatura atual, quanto maior o número de necessidades afetadas do utente, maior será a urgência do planeamento de intervenções, pois a sistematização das intervenções visa à organização, à eficiência e à validade da assistência prestada. É neste sentido, que priorizamos a importância da colheita de dados e da avaliação do doente, para dar início ao planeamento das intervenções. É na minha ótica importante a discussão com o próprio utente, a clarificação de objetivos reais faz com que o utente não criei expectativas erradas e ajuda na integração do seu próprio processo de reabilitação.

Estudos apontam, que a reabilitação funcional ajuda os utentes a integrar as AVD's e as habilidades técnicas para as executar, auxiliando-os a encontrar novas formas de realizá-las e se integrarem na sociedade, contribuindo para um regresso a casa o mais normal possível (Cavalcante et al., 2011). Foi efetivamente esta a linha orientadora usada para o planeamento das intervenções desta utente. Tentar num curto espaço de tempo, o internamento da UAVC, que a utente conseguisse ganhar competências e funcionalidade para o regresso a casa, deixando-a mais autónoma quanto possível. Penso que as intervenções aplicadas e a relação de dinâmica entre doente – Enfermeira de Reabilitação funcionou de uma forma eficaz, conseguindo-se que a doente superasse a dependência de assistência até 25% para uma independência completa, de acordo com a MIF.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Cavalcante, Tahissa Frota, Moreira, Rafaella Pessoa, Guedes, Nirla Gomes, Araujo, Thelma Leite de, Lopes, Marcos Venícios de Oliveira, Damasceno, Marta Maria Coelho, & Lima, Francisca Elisângela Teixeira. (2011). Intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa de literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1495-1500. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600031>
- Gomes BM, Nardoni GCG, Lopes PG, Godoy E. Efeito da técnica de reeducação postural global em um paciente com hemiparesia após acidente vascular encefálico. *Acta Fisiatr* 2006;13:103-8
- Laufer Y, Sivan D, Schwarzmann R, Sprecher E. Standing balance and functional recovery of patients with right and left hemiparesis in the early stages of rehabilitation. *Neurorehabil Neural Repair*. 2003;17(4):207-13.
- O'Sullivan SB, Schmitz TJ. *Fisioterapia: avaliação e tratamento*. 5a ed. Rio de Janeiro: Manole; 2010.

MIF														
N Í V E I S	Independente 7 – Independência completa (Com segurança e tempo normal) 6 – Independência modificada (Ajuda técnica)					SEM ASSISTÊNCIA								
	Dependência Modificada 5 – Supervisão 4 – Assistência Mínima (Sujeito ≥ 75%) 3 – Assistência Moderada (Sujeito ≥ 50%) Dependência Completa 2 – Assistência Máxima (Sujeito ≥ 25%) 1 – Assistência Total (Sujeito ≥ 10%)					COM ASSISTÊNCIA								
Avaliação	Atividades				1° Av.				2° Av.					
	Autocuidado	Data	14 / 09 / 17					18 / 10 / 17						
A.	Alimentação				5				5					
B.	Higiene pessoal: apresentação e aparência.				3				6					
C.	Banho: lavar o corpo				3				6					
D.	Vestir: metade superior do corpo				3				5					
E.	Vestir: metade inferior do corpo				3				6					
F.	Utilização do vaso sanitário				1				5					
Controle dos esfíncteres														
G.	Controle da urina: frequência de incontinência				7				7					
H.	Controle das fezes				7				7					
Mobilidade														
I.	Transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas				1				5					
J.	Transferências: vaso sanitário				1				5					
K.	Transferências: banheira ou chuveiro				1				5					
Locomoção														
L.	Marcha/Cadeira de rodas				M			2			M			5
					CR					CR				
5M.	Escadas				1				4					
Comunicação														
N.	Compreensão				A	X	7				A			7
					VI	X				VI				
O.	Expressão				V	X	7				V			7
					NV	X				NV				
Conhecimento Social														
P.	Interação Social				7				7					
Q.	Resolução de Problemas				5				6					
R.	Memória				7				7					
Total					71				105					
OBS: Não deixe nenhum item em branco, se não for possível testar marque 1.														
Medida de Independência Funcional (MIF). (copyright 1987, Fundação Nacional de Pesquisa – Universidade Estadual de New York). Abreviações: M=marcha, CR= cadeira de rodas, A= Auditiva, VI= Visual, V= Verbal e NV= Não Verbal.														
18 pontos					Dependência completa									
19 -60 pontos					Dependência com assistência até 50% da tarefa									
61-103 pontos					Dependência com assistência até 25% da tarefa									
104-126 pontos					Independência completa									

Escala de Berg

Descrição dos itens	1.ª avaliação		2.ª avaliação
1. Sentado para em pé	0		4
2. Em pé sem apoio	3		4
3. Sentado sem apoio	4		4
4. Em pé para sentado	2		4
5. Transferências	1		4
6. Em pé com os olhos fechados	1		4
7. Em pé com os pés juntos	2		3
8. Reclinar à frente com os braços estendidos	0		3
9. Apanhar objeto do chão	0		3
10. Virando-se para olhar para trás	1		3
11. Girando 360 graus	0		3
12. Colocar os pés alternadamente sobre um banco	0		3
13. Em pé com um pé em frente ao outro	2		4
14. Em pé apoiado em um dos pés	0		4
Score	16		50
0-20	Diminuição do equilíbrio		
21-40	Equilíbrio aceitável		
41-56	Bom equilíbrio		

Escala de Quedas de Morse

Item	Pontuação	1.ª avaliação		2.ª avaliação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses				
Não	0	0		0
Sim	25			
2. Diagnóstico (s) secundário(s)				
Não	0			
Sim	15	15		15
3. Ajuda para caminhar				
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0	0		
Muletas/canadianas/bengala/andarrilho	15			
Apoia-se no mobiliário para andar	30			30
4. Terapia intravenosa				
Não	0			0
Sim	20	20		
5. Postura no andar e na transferência				
Normal /acamado/imóvel	0			0
Debitado	10			
Dependente de ajuda	20	20		
6. Estado mental				
Consciente das suas capacidades	0	0		0
Esquece-se das suas limitações	15			
Score	125	55		45
0-24	Sem risco de queda			
25- 50	Baixo risco de queda			
≥ 51	Alto risco de queda			

Plano de Cuidados III _Estágio, UAVC, HESE, EPE, Évora

Apresentação	
Nome: C. R	Idade: 60 Anos
Antecedentes Pessoais: Etilismo crónico, tabagismo.	
Estado civil: Casado	
AVD's: Independente	
Diagnóstico Atual: AVC da ACM direita de etiologia indeterminada	
Data: 06/11/2017	

História de doença Atual

Doente que dá entrada no SU por quadro de disartria, diminuição da força muscular à esquerda e desvio da comissura labial desde que se levanta. Sem precisão da hora e início dos sintomas. Há entrada com Glasgow de 15 na GCS, com paresia facial central à esquerda, força muscular de grau 2 no MSE e MIE e hemodinamicamente estável. Fica **internado na UAVC**, com possível **diagnóstico de AVC da ACM direita**.

1.º dia de internamento: Glasgow 15, sem indicação para levante até conclusões de ECD. Totalmente depende nas AVD's. Tendencialmente hipertenso. Sintomatologia: Hemiparesia à esquerda, disfagia para volumes altos > 20cc, paresia facial central à esquerda, com disartria acentuada, mas discurso perceptível.

2.º dia de internamento: Doente com agitação psicomotora, com pedido de alta precoce, mas orientado no tempo, espaço e pessoa. Inquietude constante. Doente colaborante em atividades no leito. Sintomatologia mantida, excepto FM, onde apresenta grau 5 no MSE e MIE. Faz 1.º levante para cadeirão. Com equilíbrio estático mantido, mas equilíbrio em posição de supina comprometido, com disfuncionalidade para a marcha, alteração da coordenação motora mais evidente nos MI's.

4.º dia de internamento: Doente mais calmo, mais colaborante nas atividades. Discurso mais perceptível. Com melhoria do quadro de défices, apesar de o equilíbrio em ortostatismo ainda se encontrar comprometido, com desequilíbrio para a esquerda durante a marcha e dificuldade dos movimentos do hemicorpo esquerdo durante a mesma. Por se encontrar estável e por necessidade de vaga para utente em fase aguda de pós- avc é **transferido para a enfermaria**.

D 1 internamento na UAVC Exame Neurológico	D 2 internamento na UAVC Exame Neurológico	D 4 internamento na UAVC Exame Neurológico
<ul style="list-style-type: none"> - Orientado no espaço, tempo - Pupilas isso/isso - Movimentos oculares mantidos - Discurso disártrico, perceptível - Paresia facial central esquerda - Hemiparesia esquerda - Hemihiposestesia táctil - Diminuição da FM do hemicorpo esquerdo - Dismetria do MIE 	<ul style="list-style-type: none"> - Agitação noturna, orientado espaço e tempo - Discurso disártrico, perceptível - Paresia facial central - Hemiparesia esquerda - Hemihiposestesia táctil - FM grau 5 MSE e MIE - Dismetria do MIE 	<ul style="list-style-type: none"> - Agitação noturna, orientado espaço e tempo - Discurso disártrico, perceptível - Paresia facial central - Hemiparesia esquerda - Hemihiposestesia táctil - FM mantida - Dismetria do MIE

Sabe-se que o AVC representa umas das principais causas de morbidade a nível mundial, o que implica alterações no quotidiano dos doentes e afeta dessa forma a sua qualidade de vida. Grande parte dos AVC's traduzem alterações motoras e sensoriais, repercutindo-se em plegias ou paresias, alterações da perceção do esquema corporal, orientação espacial, alteração do tónus, hipoestesia, bem como alterações da compreensão e expressão.

Indo de encontro às alterações do utente em estudo, focarei de uma forma breve as alterações relacionadas com o distúrbio da fala, da deglutição e da descoordenação motora.

Ainda que a **disartria** se assemelhe a um problema de linguagem, esta trata-se de uma alteração motora dos órgãos da fonação, que resulta da diminuição ou ausência de força, alteração do tónus ou da coordenação dos músculos do aparelho fonador (Menoita, 2014), responsável pela produção de uma fala inteligível. A dificuldade de comunicação patete nestes utentes é um fator de influencia negativa para a sua qualidade de vida, sendo essencial a utilização de técnicas que facilitem a capacidade de expressão e comunicação, de forma a reduzir sentimentos de frustração muitas vezes presentes (Menoita, 2014).

A **disfagia** é outra das consequências possíveis de um AVC. Assim a disfagia de causa neurológica pode resultar numa disfunção na preparação oral, na transferência oral e na motilidade faríngea (Cardoso et al., 2011), comprometendo a capacidade de mover o bolo alimentar com segurança, da cavidade oral até ao estômago. O Utente com disfagia apresenta um elevado risco de aspiração, de desidratação, de desnutrição e de asfixia, pelo que a abordagem da disfagia assume uma posição de destaque (Gonçalves et al., 2015).

Entre as lesões neurológicas, o AVC pode afetar a coordenação motora, designada pela regulação da postura e do movimento. A alteração da mesma leva a uma marcha disfuncional, interferindo na realização das AVD's e AIVD's.

As limitações acima descritas afetam não só a pessoa que sofre o AVC, mas também todas as pessoas que a rodeiam. É importante que através do processo de reabilitação, o doente possa readquirir capacidades e aprender novas formas de realizar determinadas tarefas, para que consiga compensar as novas disfunções.

Avaliação Inicial

Para a elaboração do plano de cuidados, teve-se em conta a individualidade da pessoa, ajudando-a a promover a sua qualidade de vida, na melhoria ou na manutenção das capacidades remanescentes, tornando a experiência de doença tão segura e confortável quanto possível.

AVD	Apreciação	Grau de dependência	Diagnóstico de Enfermagem
Higiene Pessoal e Vestuário	Higiene pessoal pouco cuidada. Pele e mucosas coradas e secas. Vestuário de acordo com a temperatura exterior. Após a situação atual, necessita de ajuda total para a higiene. hemiparesia e hemihipostesia à esquerda. Necessita de incentivo para iniciar movimentos do hemicorpo esquerdo.	Com ajuda	<ul style="list-style-type: none"> AVD Higiene e vestuário dependente em grau total
Alimentação	Cumprir 2 refeições principais. Refere pouca ingestão de água. Deglutição comprometida para volumes acima de 20cc. Score na escala de Guss = 13/20, o que representa uma disfagia moderada, com risco de aspiração.	Independente	<ul style="list-style-type: none"> Disfagia presente
Mobilidade	Devido à hemiparesia esquerda e alteração do equilíbrio corporal, necessita de ajuda para a marcha e transferências. Apresenta na escala de Berg, score 3 , pelo que se admite, diminuição do equilíbrio. Equilíbrio sentado estático mantido, restantes alterados.	Com alterações	<ul style="list-style-type: none"> Hemiparésia Esquerda Equilíbrio corporal comprometido Transferir-se comprometido
Eliminação	Intestinal: sem alterações, hábito intestinal mantido. 1 x dia. Vesical: controlo vesical mantido. Várias micções ao dia. Urina concentrada e com cheiro fétido. Necessita de ajuda total para se deslocar ao wc.	Independente Independente Com ajuda	<ul style="list-style-type: none"> Autocuidado ir ao sanitário dependente em grau total
Respiração Circulação	Doente com hábitos tabágicos associados. Apresenta uma respiração mista, irregular e superficial. Eupneico em repouso. Em esforço com taquipneia descontrolada. Bem saturado em ar ambiente. Score=12 na escala de Borg, justificando esforço um pouco forte em atividades no leito. Doente com traçado cardíaco de base sinusal. Normotenso, TA: 137/74 mmHg e normocárdico, FC: 70- 90 bpm. Com pulso cheio e rítmico.	Respiração com alterações Sem alteração no sistema circulatório	<ul style="list-style-type: none"> Cansaço fácil a pequenos esforços
Comunicação	Doente em score 15 na SCG. Alterna período em que se encontra calmo, com períodos de agitação. Consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa. Alteração da linguagem, disartria, com discurso perceptível. Sem queixas algicas associadas. Alteração da sensibilidade tátil do hemicorpo esquerdo.	Com alteração	<ul style="list-style-type: none"> Disartria Hemihipoestesia tátil esquerda Agitação presente
Aprendizagem	Doente hesitante na aprendizagem, não reconhece os deficits que apresenta. Mostra conhecimentos insuficientes sobre exercícios/atividades e exercícios terapêuticos a realizar/ transferências, bem como exercícios para treino sensorio-proprioceptivo. Com potencial para aprendizagem.	Com alteração	<ul style="list-style-type: none"> Défice de conhecimento, relacionado com exercícios a realizar/ atividades terapêuticas/ transferências
Ambiente Seguro	Alteração na mobilidade e transferências. Score= 3 na Escala de Berg, apresenta diminuição do equilíbrio.	Com alteração	<ul style="list-style-type: none"> Risco de Queda
Sono	Agitação noturna.	Com alteração	<ul style="list-style-type: none"> Agitação presente
Trabalho e Lazer	Desempregado	Independente	

Planeamento dos Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados
AVD Higiene e vestuário dependente em grau total	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o autocuidado higiene e aprendizagem de capacidades para o autocuidado; - Supervisionar o doente e providenciar material para banho; - Assistir o doente no autocuidado higiene no leito/ chuveiro; - Monitorizar a tolerância do doente durante a ação; - Prevenir acidentes; - Assistir e vigiar o autocuidado vestir-se; - Posicionar e assistir o doente no vestir-se; - Identificar diversas condutas para realizar o autocuidado; - Mostrar material adaptativo para a realização do autocuidado; 	<p>Promover a independência do doente na AVD;</p> <p>Melhorar a conservação de energia;</p>
Disfagia Presente	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a deglutição com o teste da deglutição (teste de GUSS, Gugging swallowing screen); - Promover um adequado posicionamento para ao período de alimentação, semi-fowler ou sentado; - Administrar pequenas quantidades de alimentos; - Utilização de espessante, se disfagia a líquidos; - Estimular o utente a alimentar-se sozinho; - Evitar distrações; - Ensinar e treinar exercícios para a resistência muscular, controlo do bolo alimentar e mobilidade laringea; 	<p>Melhorar a dinâmica da deglutição;</p>
Hemiparésia à Esquerda	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar FM através da escala de Lower; - Incentivar a pessoa a executar exercícios musculares e articulares ativos (Auto mobilizações); - Ensinar técnica de exercícios muscular (demonstrar); - Treinar técnica de exercício muscular e articular: exercício isotónico (mobilizações ativas, mobilizações ativas resistidas com haltere e caneleiras), exercícios de agachamento, exercícios isométricos; 	<p>Prevenir perda de mobilidade e tónus muscular;</p>
Equilíbrio corporal comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar equilíbrio corporal através da Escala de Berg e força muscular através da escala de Lower; - Estimular a manter equilíbrio corporal; - Executar e instruir técnica de treino de equilíbrio (equilíbrio estático sentado e ortostático/ dinâmico sentado e ortostático): sentado, com o pé no chão e olhar dirigido para frente, provocar pequenos desequilíbrios de modo a perceber a resposta (se o doente tolerar poderá ser feito com os olhos fechados), treino de posição ortostática, alternância de carga nos MI's, apoio unipodal, controlo de obstáculos, exercícios de coordenação de movimento, facilitação cruzada; - Orientar na técnica de treino de equilíbrio; - Correção postural 	<p>Melhorar equilíbrio estático e dinâmico;</p> <p>Prevenir e corrigir defeitos posturais;</p> <p>Manter alinhamento tronco e membros;</p> <p>Promover segurança para a marcha;</p>
Transferir-se comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar o doente quanto aos riscos e prevenção de quedas; - Orientar para a distribuição adequada do mobiliário; 	<p>Melhorar técnica de transferência</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Executar e instruir técnica de transferência cama – cadeirão e cadeirão -cama; - Treinar técnica de transferência; - Orientar na técnica de transferência; 	
Autocuidado ir ao sanitário dependente em grau total	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar o autocuidado ir ao sanitário; - Posicionar o doente e assistir a ida ao sanitário; - Incentivar o uso de estratégias adaptativas; 	<p>Promover a independência do doente na AVD;</p> <p>Melhorar a conservação de energia;</p>
Cansaço fácil a pequenos esforços	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da frequência respiratória e saturação periférica de O2 durante as atividades no leito; - Avaliação subjetiva do esforço, através da escala de Borg; - Ensino E treino da consciencialização e controlo da respiração; - Ensino E treino de posições de descanso relaxamento; - Gestão do esforço; 	<p>Reeducar no esforço;</p>
Disartria	<ul style="list-style-type: none"> - Ensino E treino do controlo respiratório; - Treino de tosse e riso (fonação reflexo); - Ensinar técnica e treino de exercícios de reeducação da musculatura facial; - Encorajar a pessoa a falar; - Dar tempo à pessoa para se expressar; - Não valorizar a pronuncia imperfeita; - Encorajar frases curtas; - Sugerir que fale com calma e pausadamente; 	<p>Aumentar a força da musculatura oral,</p> <p>Melhorar a qualidade da voz e da articulação das palavras;</p>
Agitação presente	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar o estado emocional do indivíduo; - Oferecer um ambiente calmo e agradável; - Manter uma atitude calma e decidida, mantendo o contacto olhos nos olhos com o doente; - Proporcionar bem-estar - Facilitar a expressão dos seus medos, reduzindo ou eliminando estímulos potenciadores de agitação; - Esclarecer dúvidas do paciente em relação ao tratamento; - Estabelecer relação de confiança com o paciente; - Oferecer apoio emocional; - Realização de terapia de orientação para a realidade; - Incentivar ao levante durante o período diurno; 	<p>Reduzir agitação;</p> <p>Melhorar qualidade do sono</p>
Hemihipostesia esquerda	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar sensibilidade (sensibilidade táctil fina e térmica); - Executar estimulação sensitiva; - Estimular percepção sensorial; - Treinar a coordenação de movimentos; - Incorporar a percepção táctica para reforçar a praxia fina; - Executar técnica de massagem; 	<p>Melhorar Défice sensorial;</p> <p>Estimular a sensibilidade;</p>

<p>Déficit de conhecimento, relacionado com exercícios/ atividades terapêuticas/ transferências</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensino de atividades terapêuticas (rolar, ponte, carga no cotovelo, facilitação cruzada); - Ensinar sobre técnica respiratória (controlo e dissociação dos tempos respiratórios) - Importância do programa de reabilitação; - Ensino posicionamentos e transferências cama/cadeira/sanitário; - Ensino da técnica de levantar e treino de equilíbrio; - Ensino de exercícios isotônicos e isométricos - Ensino de marcha controlada e da correta postura corporal; - Ensino dos exercícios a manter no domicílio (Continuação de reabilitação no domicílio); 	<p>Prevenir complicações;</p> <p>Integração/envolvimento do doente na sua própria reabilitação;</p> <p>Sucesso da recuperação funcional;</p>
<p>Risco de Queda</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar para calçado adequado e ambiente seguro; - Auxiliar na deambulação; - Retirar do ambiente objetos que possam oferecer risco para o doente; - Orientar o doente quanto aos riscos e prevenção de quedas; 	<p>Prevenir possíveis quedas;</p>

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM				
	06/10/2017	07/10/2017	08/11/2017	09/11/2017
Treino AVD's	Higiene/ vestir e despir	Higiene/ vestir e despir / ir ao sanitário/ transferências	Higiene/ vestir e despir / transferências/ ir ao sanitário/ duche	Higiene/ vestir e despir / transferências/ ir ao sanitário/ duche
Atividades terapêuticas	X	X	X	X
Escala de GUSS	13/20	_____	20/20	20/20
Escala de Lower MSE/MIE	MSE 2/5 MIE 3/5	MSE 5/5 MIE 5/5	MSE 5/5 MIE 5/5	MSE 5/5 MIE 5/5
Exercício muscular e articular	Mobilizações passivas MSE e MIE	Mobilizações passivas MSE e MIE	Mobilizações passivas MSE e MIE	Mobilizações passivas MSE e MIE
Escala de Berg	3 Diminuição do equilíbrio	_____	_____	5 Diminuição do equilíbrio
Equilíbrio sentada (estático/dinâmico)	✓	✓	✓	✓
Equilíbrio ortostático (estático/dinâmico)	_____	X	X	X
Treino de Equilíbrio	_____	X	X	X
Escala de Borg	Em atividades no leito score 12 (um pouco forte)			Em atividades no leito score 8 (muito leve) Transferências score 17 (muito forte)
MIF	60 Dependência com assistência até 50% da tarefa	_____	_____	89 Dependência com assistência até 25% da tarefa

AVALIAÇÃO DOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMAGEM - 09/11/2017

Autocuidado: Higiene e vestuário comprometido	Inicialmente o doente não apresentava iniciativa para a realização dos cuidados de higiene e vestuário, necessitando de uma ajuda total. Ao longo dos dias em que houve intervenção, este veio a umentar a sua independência , aliado ao facto de alguma da sintomatologia vir a reverter o que causou no doente um fator de motivação. Na MIF houve alteração de um estado de dependência total, para uma dependência modificada , realizando mais de 75% da tarefa. Não houve necessidade de material adaptativo.
Dísfagia presente	Após avaliação da escala de Guss, constatasse presença de disfagia a líquidos , pelo que são iniciadas as intervenções para este diagnóstico. O cuidado com o posicionamento do doente durante a alimentação, a espessura dos alimentos e o tempo dado ao doente, foram fatores preponderante para a não ocorrência de complicações. O treino de exercícios para o fortalecimento laríngeo e a colaboração da terapia ocupacional foram importantes para a eficácia da dinâmica da deglutição. Ao longo do internamento este diagnóstico acaba por ser resolvido e o doente apresenta um score de 20/20 na escala de Guss, ou seja, sem disfagia e risco mínimo de aspiração .
Hemiparesia à Esquerdo	Apresenta no período inicial uma hemiparesia à esquerda, com grau 2 no MSE e grau 3 no MIE. É a sintomatologia que mais se observou melhoria , em 24h volta para um grau 5 no MSE e MIE. Manteve o plano inicialmente pré-definido de forma a fortalecer a parte muscular tão importante nas transferências e marcha. Doente no final sem deficits a este nível .
Equilíbrio corporal comprometido	Com equilíbrio estático e dinâmico sentado mantido durante o período de intervenção. O Equilíbrio em ortostatismo apresentou graves problemas, o doente não se conseguia manter em posição de supina, o hemicorpo esquerdo apesar de manter FM, não apresentava funcionalidade. Com dificuldade na extensão do joelho esquerdo. Com score 3 na escala de Berg e que apenas aumentou para 5 durante o internamento na UAVC, apesar de todo o treino realizado. Este foco apesar de melhorado, não foi suficiente para uma eficaz funcionalidade .
Transferência comprometida	Comprometido pelo foco anterior, também as transferências se encontravam com problemas, necessitando de ajuda total, com necessidade de ajuda de 2 enfermeiros . Após ensino e várias sessões de treino, o doente vem a adquirir maior funcionalidade , conseguindo formas de adaptação para passar da cama para o cadeirão e vice-versa com ajuda de apenas um enfermeiro . Dessa forma, houve um ganho funcional , acreditasse com maior tempo de treino, o doente tem capacidades para melhorar.
Autocuidado ir ao sanitário dependente em grau total	Todos os diagnósticos se encontram relacionados, assim numa fase inicial devido o equilíbrio e às transferências comprometidas, a ajuda que necessitava era total. Vindo a transferência a ser melhorada, também este autocuidado veio a ganhar com isso. Apesar de necessitar de se deslocar em cadeira, pois a marcha era obviamente ineficaz, o doente apenas necessitava de ajuda parcial para a transferência para a sanita e cadeira de banho .
Cansaço fácil a pequenos esforços	Qualquer exercício que necessitasse de mais esforço, o doente aumentava frequência respiratória e referia cansaço imediato. Adotou-se medidas como, gestão do esforço, posições de descanso entre exercícios e treino da respiração. No final, o doente mais tolerante às atividades e o score na escala de Borg vem a diminuir de 12 para 8 nas atividades no leito , apesar de esforços mais complexos ainda apresentar esforço máximo (marcha). Será um diagnóstico para manter e trabalhar.
Disartria	O treino e os cuidados a ter com este diagnóstico, fizeram com que a disartria acentuada que o utente apresentava, diminuísse e fosse bem mais perceptível .
Agitação presente	Esta agitação relacionava com a vontade do doente em ir para casa. Assim que percebeu que o local ideal para a sua recuperação não seria em casa, ficou mais tranquilo e mais colaborante nos cuidados .
Défice Sensorial do Hemicorpo Esquerdo	Manteve a hipoestesia do hemicorpo, apesar de menos acentuada . Vem a regredir muito lentamente a sensibilidade. Opta-se pelo treino proprioceptivo e estimulação sensorial. Especial importância a ensinamentos relacionado com esta problemática (cuidados a ter, perigos), pois a sensibilidade tátil e térmica, encontravam-se também alteradas. De referir que com o treino realizado, houve ganhos em alguns movimentos finos e com ensinamentos tentou-se prevenir complicações, que aparentemente o doente apreendeu.
Défice de conhecimento, relacionado com exercícios e atividades terapêuticas	O primeiro dia de contato foi bastante complicado, pois a revolta com a doença e com deficits com que se deparou foi desgastante para o doente. Após apoio emocional, técnica de orientação para a realidade, o doente veio a perceber que se ajustasse aos deficits e se trabalhasse para os ultrapassar seria mais lucrativo e mais funcional para ele. Apesar de apresentar períodos de descontentamento e revolta, em que não se conseguia trabalhar com ele (contextualizados e adequados à sua situação clínica), de uma forma geral nos períodos de maior consciência o doente demonstrou capacidade para aprender e para treinar . É um diagnóstico que não se trabalha em apenas 3 dias, sinto que apesar do curto espaço de tempo que permaneceu na UAVC, houve uma alteração de mentalidade que poderá se proliferar para o desenvolvimento da sua reabilitação .
Risco de Queda	Não se observou quedas durante o internamento, verificando-se uma efetividade das intervenções.

CONCLUSÃO

De uma forma sucinta, durante este ensino clínico consegui perceber que todo o processo de reabilitação envolve não só a prevenção, mas o reconhecimento e a gestão das complicações e comorbilidades. E é de destaque a competência do EER para a aplicação de técnicas que maximizem a independência e que facilitem ao máximo a capacidade do indivíduo e da família de lidar com a situação e de se adaptarem. É importante o reforço para a qualidade de vida tendo em conta o défice residual.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Cardoso, Anabela Tavares, Raínho, José Miguel Capela, Quitério, Patrícia Cristina Mouro, Cruz, Vítor, Magano, Aldiro Manuel Oliveira, & Castro, Manuela. (2011). Avaliação clínica não-invasiva de disfagia no AVC: Revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência, serIII*(5), 135-143. <https://dx.doi.org/10.12707/RIII1106>
- Cordeiro, M. e Menoita, E. (2012). Manual de boas práticas na reabilitação respiratória. Conceito, Princípios e Técnicas. Loures: Lusociência;
- Gonçalves, D., Vieira, I., Vitorino, M. Félix, P. e Pinto, T. (2015). AVALIAÇÃO DA DISFAGIA NUMA UNIDADE DE AVC. Nursing Edição portuguesa. Disponível em: <http://www.nursing.pt/avaliacao-da-disfagia-numa-unidade-de-avc/>
- Menoita, E. (2014). Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente. Lisboa: Lusociência;

MIF											
N Í V E I S	Independente 7 – Independência completa (Com segurança e tempo normal) 6 – Independência modificada (Ajuda técnica)					SEM ASSISTÊNCIA					
	Dependência Modificada 5 – Supervisão 4 – Assistência Mínima (Sujeito ≥ 75%) 3 – Assistência Moderada (Sujeito ≥ 50%) Dependência Completa 2 – Assistência Máxima (Sujeito ≥ 25%) 1 – Assistência Total (Sujeito ≥ 10%)					COM ASSISTÊNCIA					
Avaliação	Atividades				1° Av.			2° Av.			
	Autocuidado	Data	06 / 10 /17					09/10 /17			
A.	Alimentação				3				5		
B.	Higiene pessoal: apresentação e aparência.				2				4		
C.	Banho: lavar o corpo				2				4		
D.	Vestir: metade superior do corpo				2				4		
E.	Vestir: metade inferior do corpo				2				4		
F.	Utilização do vaso sanitário				1				3		
Controle dos esfíncteres											
G.	Controle da urina: frequência de incontinência				7				7		
H.	Controle das fezes				7				7		
Mobilidade											
I.	Transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas				2				5		
J.	Transferências: vaso sanitário				1				5		
K.	Transferências: banheira ou chuveiro				1				5		
Locomoção											
L.	Marcha/Cadeira de rodas				M		2		M	x	3
					CR	x			CR		
5M.	Escadas				1				1		
Comunicação											
N.	Compreensão				A	x	7		A	x	7
					VI				VI		
O.	Expressão				V	x	5		V	x	7
					NV				NV		
Conhecimento Social											
P.	Interação Social				7				7		
Q.	Resolução de Problemas				4				4		
R.	Memória				4				7		
Total					60				89		
OBS: Não deixe nenhum item em branco, se não for possível testar marque 1.											
Medida de Independência Funcional (MIF). (copyright 1987, Fundação Nacional de Pesquisa – Universidade Estadual de New York). Abreviações: M=marcha, CR= cadeira de rodas, A= Auditiva, VI= Visual, V= Verbal e NV= Não Verbal.											
18 pontos					Dependência completa						
19 -60 pontos					Dependência com assistência até 50% da tarefa						
61-103 pontos					Dependência com assistência até 25% da tarefa						
104-126 pontos					Independência completa						

Escala de Berg

Descrição dos itens	06/11		09/11
1. Sentado para em pé	0		0
2. Em pé sem apoio	0		0
3. Sentado sem apoio	3		4
4. Em pé para sentado	0		0
5. Transferências	0		1
6. Em pé com os olhos fechados	0		0
7. Em pé com os pés juntos	0		0
8. Reclinar à frente com os braços estendidos	0		0
9. Apanhar objeto do chão	0		0
10. Virando-se para olhar para trás	0		0
11. Girando 360 graus	0		0
12. Colocar os pés alternadamente sobre um banco	0		0
13. Em pé com um pé em frente ao outro	0		0
14. Em pé apoiado em um dos pés	0		0
Score	3		5
0-20	Diminuição do equilíbrio		
21-40	Equilíbrio aceitável		
41-56	Bom equilíbrio		

Escala de Quedas de Morse

Item	Pontuação	06/11		09/11
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses				
Não	0	0		0
Sim	25			
2. Diagnostico (s) secundário(s)				
Não	0			
Sim	15	15		15
3. Ajuda para caminhar				
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0	0		
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15			
Apoia-se no mobiliário para andar	30			30
4. Terapia intravenosa				
Não	0			
Sim	20	20		20
5. Postura no andar e na transferência				
Normal /acamado/imóvel	0	0		
Debilidade	10			
Dependente de ajuda	20			20
6. Estado mental				
Consciente das suas capacidades	0			
Esquece-se das suas limitações	15	15		15
Score	125	50		100
0-24	Sem risco de queda			
25- 50	Baixo risco de queda			
≥ 51	Alto risco de queda			

Escala de Borg

	06/11	09/11	
	Mobilização no leito	Mobilização no leito Transferência	Marcha
6- Sem esforço			
7- Extremamente leve			
8- Muito leve		X	
9			
10			
11- Leve			
12- Um Pouco forte	X		
13			
14			
15- Forte			
16			
17- Muito Forte			X
18			
19- Extremamente forte			
20- Esforço máximo			

Escala de GUSS

Investigação Preliminar:

	6/11		09/11	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Vigília	1		1	
Tosse	1		1	
Deglutição da saliva:				
Deglutição eficaz	1		1	
Baba controlada	1		1	
Alteração da qualidade vocal		1		1
Total:	5		5	

1-4 realizar Investigação Instrumental 5 – Continuar avaliação parte 2

Teste de Deglutição:

Avaliar na seguinte ordem:	1	2	3	1	2	3
	Semisólido	Líquido	Sólido	Semisólido	Líquido	Sólido
Deglutição Deglutição impossível 0 Deglutição atrasada 1 Deglutição eficaz 2	2	1		2	2	2
Tosse involuntária Sim 0 Não 1	1	0		1	1	1
Baba Sim 0 Não 1	1	1		1	1	1
Alteração da qualidade da voz Sim 0 Não 1	1	1		1	1	1
Total	5	3		5	5	5
Investigação Preliminar e Teste de deglutição:	13/ 20 Disfagia moderada, com risco de aspiração			20/ 20 Sem disfagia ou ligeira disfagia com risco mínimo de aspiração		

1-4 realizar Investigação Instrumental 5 – Continuar para fase seguinte

Situation: Doente do sexo masculino, com 77 anos de idade, viúvo, a residir sozinho e anteriormente a este episódio, autónomo das AVD's. Familiar mais próximo, sobrinha.

Doente que inicia episódio com sensação de mal-estar, desconforto abdominal e lombalgia. Vai para o SU do HESE, na sala de triagem faz PCR presenciada, inicia manobras de SAV, com ritmo inicial compatível com AEsP e posteriormente ritmo de FV, onde é submetido a choques. Recupera pulso após 25 minutos de SAV. É pedida colaboração da UCI e Cardiologia.

ECG: má função sistólica do VE e VD; alterações compatíveis com EAM inferior

Hemodinâmica: realiza coronariografia, efetuada revascularização com angioplastia por balão;

Após Angioplastia segue para a UCI (**21/11/2017**), com diagnóstico de status pós- PCR. Doente com abertura espontânea dos olhos, anisocoria com OE>OD, com movimentos tónico-clónicos, pelo que inicia perfusão de propofol e levetiracetam. Por hipotensão, com amina em curso. Ventilado em modalidade controlada e bem adaptado.

TAC CE: Sinais de leucoencefalopatia isquémica;

EEG: Electrogénese de base difusamente aplanada e não reativa, indicando hipofunção cortical marcada e difusa;

Background: HTA, Diabetes Mellitus tipo II, Dislipidémia, Esplenectomia, Cirurgia Prostática.

Assessment: (**28.11.2017**)

Airway: Via aérea protegida com TOT, desde dia 21/11;

Breathing: Adaptado a VMI. Tentativa de desmame da prótese ventilatória, sem sucesso. Em modalidade assistida. Desadapta do ventilador por FR ↑, volumes minutos ↑ e volumes correntes ↓ ;

Circulation: tendencialmente hipertenso, com TAM> 90mmHg, Fc controladas nos 80-85bpm; com necessidade de antihipertensores, com efeito;

Disability: oscila entre score 5 na GCS (O-1, V-1, M-3) e score 3 (O-1, V-1, M.1). reflexo pupilar ausente, reflexo corneano ausente. Pupilas T2, isocóricas e pouco reativas. Não reativo a estímulos verbais, a reagir a manobras com contração facial, aumento de T.A e flexão do joelho direito. Sem sedação.

Exposition: Pele quente, seca e íntegra. Com ligeira hipertonia nos MI's;

Recomendation: com possível realização de traqueostomia; necessidade frequente de aspiração de STB;

Avaliação Inicial de acordo com as AVD's

AVD	Apreciação	Grau de dependência	Diagnóstico de Enfermagem
Higiene Pessoal e Vestuário	Em score 3/5, na GCS, pelo que necessita de ajuda total;	Com ajuda	AVD Higiene e vestuário dependente em grau total
Alimentação	Com alimentação entérica em curso por SNG. A tolerar A.E com resíduos gástricos nulos;	Com ajuda	AVD Alimentação em grau total
Mobilidade (locomoção e transferência)	Doente restrito ao leito, mantendo-se a alternância de decúbitos. Apresenta hipotonia do MSD e presença de hipertonia na articulação coxofemoral dta, grau 3 na escala modificada de Ashworth. Sem UP e com score 10 na escala de Braden;	Com alterações	Mobilidade comprometida
Eliminação	Algaliado com folley n.16, sonda funcionante de urina amarelada. DU razoáveis, +- 100cc/h Com necessidade de laxantes e periodicamente pesquisa de fecalomas;	Com ajuda Com ajuda	AVD eliminação em grau total
Respiração	Doente com VMI, conectado em modalidade assistida. A desadaptar do ventilador frequentemente com FR altas e volumes baixos. Sem reflexo de tosse. Necessidade de aspiração: SOF, muco-filamentosas em média quantidade. SNF, hemato-purulentas em média quantidade, STB, muco-viscosas espessas em grande quantidade. Com uma respiração irregular, de predomínio abdominal e média amplitude. SpO2 oscilantes entre 90-94%.	Respiração com alterações	Ventilação comprometida Limpeza das vias aéreas ineficaz
Circulação	AP: Roncos dispersos campo pulmonar dto e esq, mais acentuado à esq. Hemodinamicamente estável, sem suporte de aminas. Com TAM +- 80-85mmHg, ↑ a manobras;	Sem alteração no sistema circulatório	
Comunicação	Oscilação do score entre 3 e 5 na GCS (O-1, V-1 M-1/3). Não reativo a estímulos verbais. Responde a manobras, com ↑ de T.A, contração facial e flexão do joelho direito. Pupilas T2 isocóricas e pouco reativas ao foco luminoso;	Com alterações	Comunicação não eficaz
Ambiente Seguro	Presença de CVC e LA, sem sinais inflamatórios;	Com ajuda	Risco de Infecção
Sono	_____	Não se aplica	_____
Trabalho e Lazer	_____	Não se aplica	_____

Planeamento dos Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

Apesar de se levantarem diagnósticos de enfermagem relacionados com as AVD's, opta-se por desenvolver apenas os diagnósticos relacionados com os conteúdos programáticos do estágio final, vertente da reabilitação respiratória. Também a avaliação recairá sobre estes diagnósticos e apenas serão focados outros diagnósticos, caso se justifique.

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados
Mobilidade comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização passiva articular polisegmentar; - Posicionamentos de 3/3 H (terapêutica de posição); 	<ul style="list-style-type: none"> Promover/ manter ADM; Prevenir complicações respiratórias, motoras e funcionais; Prevenir UP;
Ventilação comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - Auscultar o tórax; - Executar RFR (abertura costal global); - Executar técnica de posicionamento (posição de descanso e relaxamento) para otimização da ventilação; - Executar técnica de reeducação respiratória (reeducação diafragmática com resistências, com balão de S.F de 1000cc); - Monitorizar FR e SpO₂; - Observar tórax; - Hiperinsuflação com ressuscitador manual; - Vigiar ventilação e respiração; 	<ul style="list-style-type: none"> Promover a expansão torácica e diafragmática; Melhorar a distribuição e a ventilação alveolar; Melhorar a relação ventilação / perfusão;
Limpeza das vias aéreas ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> - Aspirar secreções; - Hiperinsuflação com ressuscitador manual; - Avaliar reflexo de tosse; - Executar RFR (drenagem postural modificada, manobras acessórias, vibração e compressão); - Executar técnica de posicionamento; - Vigiar secreções; - Executar terapêutica inalatória através de inalador; - Hidratação/ humidificação das secreções brônquicas; 	<ul style="list-style-type: none"> Promover a mobilização e eliminação de secreções; Manter a permeabilidade das vias aéreas;

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM			
	28.11	29.11	30.11
Drenagem Postural	✓ D.D com almofada sob a r. poplítea, plano inferior elevado a +- 20° Duração de +- 10'	✓ D.D com almofada sob a r. poplítea Duração de +- 10'	_____
Abertura costal global	✓	✓ + abertura costal seletiva após posicionamento em DLD	✓
Aspiração de STB com hiperinsuflação manual com fluidificação de secreções associando Vibrocompressões	✓ 2 x Turno	✓ 4 xTurno	✓ 2xTurno
Posicionamento / Terapêutica de Posição	✓ SFW em plano inclinado/ D.L.D	✓ D. L. D / SFW em plano inclinado	✓ DLD/ DLE
Mobilizações passivas polissegmentares	✓ 1x turno duração +-15'	✓ 1x turno duração +-15'	✓ 1x turno duração +-15'
Reeducação diagramática com resistência	✓ Com balão de S.F 1000cc Duração de +- 10'	✓ Com balão de S.F 1000cc Duração de +- 10'	✓ Pressão manual com mão Duração de +- 5'

	Sinais Vitais			Gasometria					Auscultação Pulmonar	STB	Parâmetros ventilatórios						
	T.A mmHg	FC bpm	SpO ₂ %	pH	PaCO ₂ mmHg	PaO ₂ mmHg	FO ₂ Hb %	CHCO ₃ mmHg			modalidade	FiO ₂	Vol mint	Vol corrente	FR c/m	Pressão suporte	Peep
Avaliação 1.º Turno	154/57 (81)	87	94	7,435	46,1	66,6	93,1	29,8	Roncos campo pulmonar dto + e esq ++	Muco purulentas +-	PA	45	14,2	443	32	14	8
Reavaliação 20-30'	170/54 (87)	93	98	7,442	30,1	98,3	97	21,7	MV sem RA	Muco purulentas ++	PA	45	10,6	765	14	16	8
			↑		↓	↑	↑	↓					↓	↑	↓		
Avaliação 2.º Turno	180/60 (87)	94	100	7,415	34	146	98,1	22,3	Roncos no lobo superior esq.	Muco viscosas +++	PA	45	10,7	720	10	16	8
Reavaliação 20-30'	80/43 (53)	99	100	7,389	28,9	118	97,6	18,7	MV sem RA	Muco viscosas +++	PA	45	10,2	905	11	16	8
														↑			
Avaliação 3.º Turno	165/61 (85)	88	99	7,439	45,6	95,8	97,2	29,9	MV mantido à dta, ↓ à Esq	Muco viscosas +	PA	45	13,1	479	21	16	8
Reavaliação 20-30'	120/51 (63)	90	100	7,441	44,5	118	96,9	29,5	MV sem RA	Muco viscosas ++	PA	45	10,5	1020	12	16	8
														↑	↓		

Legenda: +- razoável quantidade, ++ média quantidade, +++ grande quantidade, MV murmúrio vesicular, RA ruído, ↑ aumento, ↓ diminuído;

Diagnóstico de Enfermagem	Avaliação de Enfermagem
Mobilidade comprometida	Doente que manteve score oscilante entre 3 e 5 na GCS, não reativo ao estímulo verbal, sem mobilização ativa dos segmentos articulares. Score 10 na escala de Braden, o que equivale a um elevado risco de UP. As intervenções de ER passaram pela prevenção de complicações associadas à imobilidade, como posicionamentos regulares e mobilizações passivas dos segmentos articulares. É de referir a manutenção da integridade da pele , sem existência de UP. Inicialmente apresenta hipertonia de grau 3 na escala modificada de ashwoth na articulação coxofemoral direita, com o continuum das intervenções de ER na RFM, foi possível a diminuição da hipertonia para um grau 1 . Foi de igual modo notório, o melhoramento da ADM das articulações coxofemorais dta e esq no movimento de abdução.
Ventilação comprometida	Na observação objetiva, inspeção dinâmica, observa-se taquipneia, um ritmo irregular, com uma respiração de predomínio diafragmática e média amplitude. Também os valores gasométricos foram essências para uma maior assertividade no planeamento das intervenções de ER. Gasometricamente o doente apresentava uma PaO ₂ e FO ₂ Hb ↓, ↑ CHCO ₃ e concomitantemente valores de volumes correntes ↓. Notoriamente com presença de hipoxemia e desequilíbrio da relação ventilação/perfusão, com Alcalose metabólica compensada. Após intervenção foi possível restabelecer valores de PaO₂ e FO₂Hb, FR e Volumes correntes .
Limpeza das vias aéreas ineficaz	A Auscultação Pulmonar inicial é um fator preponderante para a eficácia da limpeza das vias aéreas. O facto de o doente não apresentar reflexo de tosse, sem capacidade de eliminação de secreções, faz com que seja da responsabilidade do ER a limpeza das mesmas. Consoante a A.P, foi a escolha de técnicas de RFR, que se adaptassem da melhor forma ao problema do doente. De uma forma geral, após as intervenções de RFR, foi possível a aspiração de secreções em maior quantidade, o que se veio a refletir nos parâmetros ventilatórios (↑ volumes correntes) e ↓ da FR , bem como na A.P, onde apresentou MV sem R.A . Também os resultados gasométricos traduziram esta efetividade (↑ PaO₂). Considero desta forma, que as intervenções implementadas foram eficazes para o doente.

CONCLUSÃO

É perante o contexto de Unidade de Cuidados intensivos, que a RFR ocupa um lugar de destaque na reabilitação do utente. A função respiratória apresentasse gravemente comprometida, o que cria alterações profundas na recuperação da situação crítica, mas também na reabilitação pós alta.

A maioria dos utentes admitidos na UCI necessita de VMI, e apesar dos benefícios desta técnica, também ela acarreta algumas complicações. Neste sentido, os cuidados do EER, devem centrar-se na RFR, de forma a otimizar o transporte de oxigénio e melhoria da ventilação alveolar, associando técnicas de RFM como forma de complemento, para que seja possível um melhoramento da relação ventilação/perfusão, aumento dos volumes pulmonares, minimizando o trabalho respiratório e cardíaco. Todo este conjunto de técnicas associadas, pretende assegurar o sucesso do desmame e posterior extubação.

Desta forma, compreende-se a importância que a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação tem numa UCI, pois pode fazer a diferença na evolução da situação clínica, minimizando as complicações decorrentes da VMI e da imobilidade prolongada. Não é à toa, que a reabilitação do doente crítico, com início na UCI, tem vindo a ser motivo de investigação e a ser referida como parte importante do plano de cuidados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Cordeiro, M. e Menoita, E. (2012). Manual de boas práticas na reabilitação respiratória. Conceito, Princípios e Técnicas. Loures: Lusociência;

Marcelino, P (2008). Manual de ventilação mecânica no adulto, abordagem ao doente crítico. Loures: Lusociência;

Severino, S. (2017). Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a ventilação mecânica in Marques. Vieira, C. e Sousa, L. (2017). Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida. Loures: Lusodidacta;

Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____	
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____	
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	1	1
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	3	3
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	1	1
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	1	1
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	3	3
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	1	1

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

Pontuação total 10 10

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989;

Versão Portuguesa 2001. Carlos Margato; Cristina Mignêns; Pedro Ferreira; João Gouveia; Kátia Furtado

Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)

Score ≤ 16	Alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão
Score ≥ 17	Baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão

Escala de coma de Glasgow

variáveis		score	1.º avaliação	2.º avaliação
Abertura ocular	Espontânea	4		
	À voz	3		
	À dor	2		
	nenhuma	1	1	1
Resposta verbal	orientada	5		
	confusa	4		
	Palavras inapropriadas	3		
	Palavras incompreensivas	2		
	Nenhuma	1	1	1
Resposta motora	Obedece a ordens	6		
	Localiza dor	5		
	Movimento de retirada	4		
	Flexão anormal	3	3	3
	Extensão anormal	2		
	Nenhuma	1		
Score		15	5	5

Situation: Doente do sexo masculino, 86 anos de idade, casado, reside com a esposa e previamente independente nas Avd's.

Com historia recente de 3 internamentos: julho 2017, por lipotimia e com TAC torácica com derrame pleural à direita e nódulo axilar direito; Início de Novembro de 2017, por I.C descompensada com derrame pleural; Fim de Novembro de 2017, por pneumonia, com derrame pleural.

Historia atual: enviado pelo CS ao SU por quadro de dispneia, com pulmão branco à esquerda. Fica internado, sendo submetido a toracocentese, saída de 2000ml de líquido pleural. Mantem pulmão branco em imagem radiológica. Por agravamento respiratório, decide-se nova toracocentese, com saída de 2000ml de liquido hemático, onde se faz colheita para pesquisa de células neoplásicas. Consta-se melhoria radiológica evidente, mas agravamento por hipotensão e insuficiência respiratória com $pO_2 < 50\text{mmHg}$ sob O_2 a 100%. Realiza ECD.

TC tórax: derrame pleural de grande volume à direita, com densificações nodulares densas ...registra-se consolidação do parênquima adjacente (atelectásico? Infecioso?), presença de imagens nodulares bilaterais. **Rx tórax:** hipotransparencia do pulmão esquerdo na sua totalidade por derrame;



Eco cardiaco: AE ligeiramente dilatada VE com função sistólica global deprimida sem alts. da cinética segmentar. AE dilatada. VE não dilatado. Fibrocalcificação mitro-aortica com insuf mitral ligeira. Insuf tricuspide moderada com HTP moderada;

Background: HTA, Hipotiroidismo secundário à Amiodarona, melanoma maligno da mão esquerda (operado), carcinoma do pavimento celular com excisão não completa, carcinoma basocelular excisado, DPOC? Sob OLD a 1l/mint, HTA pulmonar moderada e ICC.

Assessment: (13/12/2017)

Airway: Via aérea protegida com TOT, desde dia 12/12;

Breathing: Adaptado a VMI, em modalidade controlada.

Circulation: TA's controladas, com suporte de noradrenalina. Fc controladas nos 85bpm.

Disability: Doente sem sedação. Com score de 11 na GCS (O-4, V-1, M-6). Calmo, consciente e orientado no T.E.P. Colaborante nos procedimentos.

Exposition: Pele quente, seca, integra e sensível.

Recomendation: Diminuição de SpO_2 em D.L.D e S.D.D. Pele que marca com facilidade, necessidade de alternância de decúbitos.

Avaliação Inicial de acordo com as AVD's

AVD	Apreciação	Grau de dependência	Diagnóstico de Enfermagem
Higiene Pessoal e Vestuário	Doente colaborante nos procedimentos, necessita de ajuda nos cuidados de higiene e vestuário.	Com ajuda	AVD Higiene e vestuário dependente em grau total
Alimentação	Com alimentação entérica em curso por SNG. A tolerar A.E com resíduos gástricos nulos; Ingere pequenos golos de água, sem dificuldade. Aparentemente sem disfagia a líquidos.	Com ajuda	AVD Alimentação em grau total
Mobilidade (locomoção e transferência)	Doente que se encontra restrito ao leito, mantidos decúbitos alternados. Com presença de hipotonia nos membros. Devido a complicação respiratória, apenas tolera D.D e S.D.E e D.L.E. Sem presença de UP, mas com pele sensível. Score de 14, na escala de Braden, ou seja, apresenta alto risco de desenvolver UP.	Com alterações	Mobilidade comprometida Funcionalidade da articulação escapulo-umeral esquerda comprometida
Eliminação	Algaliado com foley n.16, sonda funcionante de urina amarelada. DU razoáveis, +- 70cc/h Com necessidade de laxantes, trânsito intestinal funcionante.	Com ajuda Com ajuda	AVD eliminação em grau total
Respiração	Doente sob VMI, bem-adaptado. Sem reflexo de tosse. Necessidade de aspiração: SOF, mucosificadas em média quantidade, STB, purulentas espessas com laivos hemáticos em moderada quantidade. Com uma respiração irregular, de predomínio torácico e musculatura acessória, média amplitude. SpO2 oscilantes entre 99-100% em D.Dorsal. Em S.D.D ou D.L.D ↓ SpO2 = 80%	Respiração com alterações	Ventilação alveolar comprometida Limpeza das vias aéreas ineficaz
Circulação	AP: MV diminuído no L.I. esquerdo com presença de alguns roncos no campo pulmonar esquerdo; Hemodinamicamente estável, com suporte de amins. Com TAM +- 80mmHg, ↑ a manobras;	Sem alteração no sistema circulatório	
Comunicação	Score 11 na GCS (O-4, V-1 M- 6). Consegue comunicar por mimica facial e gestual. Refere cansaço a pequenos esforços e dor ligeira.	Com alterações	Cansaço a pequenos esforços
Ambiente Seguro	Presença de CVC e LA, sem sinais inflamatórios;	Com ajuda	Risco de Infecção
Sono	Refere dificuldade em adormecer na unidade;	Com ajuda	Insónia
Trabalho e Lazer		Não se aplica	

Planeamento dos Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

Apesar de se levantarem diagnósticos de enfermagem relacionados com as AVD's, opta-se por desenvolver apenas os diagnósticos relacionados com os conteúdos programáticos do estágio final, vertente da reabilitação respiratória. Também a avaliação recairá sobre estes diagnósticos e apenas serão focados outros diagnósticos, caso se justifique.

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados
Mobilidade comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização passiva, ativa -assistida, ativa articular polisegmentar; - Posicionamentos de 3/3 H (terapêutica de posição); - Treino de atividades terapêuticas (rolar, carga no cotovelo, ponte); - Treino de transferência da cama – cadeirão e vice-versa; 	<p>Promover/ manter ADM; Prevenir complicações respiratórias, motoras e funcionais; Prevenir UP;</p>
Funcionalidade da articulação escapulo-umeral esquerda comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilização passiva da articulação escapulo-umeral esquerda; - Abertura costal seletiva esquerda; - Correção postural, com ajuda de almofadas; 	<p>Prevenir limitações funcionais da articulação escapulo-umeral esquerda; Corrigir defeitos posturais;</p>
Ventilação alveolar comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - Auscultar o tórax; - Executar RFR (abertura costal seletiva); - Executar técnica de posicionamento (posição de descanso e relaxamento) para otimização da ventilação, neste caso D.D, S.F.W, S.D.E e D.L.E; - Monitorizar FR e SpO₂; - Observar tórax; - Vigiar ventilação e respiração; 	<p>Promover a expansão torácica e diafragmática;</p> <p>Melhorar a distribuição e a ventilação alveolar; Melhorar a relação ventilação / perfusão;</p>
Limpeza das vias aéreas ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> - Aspirar secreções; - Hiperinsuflação com ressuscitador manual; - Avaliar reflexo de tosse; - Executar RFR (manobras acessórias, vibração e compressão); - Executar técnica de posicionamento; - Vigiar secreções; - Executar terapêutica inalatória através de inalador; - Hidratação/ humidificação das secreções brônquicas; 	<p>Promover a mobilização e eliminação de secreções;</p> <p>Manter a permeabilidade das vias aéreas;</p>
Cansaço a pequenos esforços	<ul style="list-style-type: none"> - Exercícios terapêuticos; - Exercícios de mobilização torácica e osteoarticular; 	<p>Reeducar no esforço</p>

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM				
	13.12	16.12	18.12	20/12
RFR				
Manobras acessórias	Vibração e compressão			
Exercícios de mobilização torácica	X	X	X	
Abertura Costal Seletiva		X esquerda 10 x	X esquerda 10 x	
Abertura costal Global	X			
RFM				
Exercícios isotônicos	Mobilização passiva 1 x T (duração +- 15')	Mobilizações ativa assistida, ativa 1 x T (duração +- 15')	Mobilizações Ativa, ativa-assistida 1 x T (duração +- 15')	Mobilizações passivas polisegmentares
Posicionamento	X	X	X	X
Atividades Terapêuticas	Ponte, carga no cotovelo, rolar Duração +- 5'	Ponte e rolar Duração +- 5'	Ponte e rolar Duração +- 5'	
Transferência		Cama- cadeirão	Cama- cadeirão	
Levante	X	X	X	

	Sinais Vitais			Gasometria					Auscultação Pulmonar		STB		Parâmetros ventilatórios					
	T.A mmHg	FC bpm	SpO ₂ %	pH	PaCO ₂ mmHg	PaO ₂ mmHg	FO ₂ Hb %	CHCO ₃ ⁻ mmHg	modalidade	FiO ₂	Vol mint	Vol corrente	FR c/m	Pressão suporte	Peep			
Avaliação 1.º Turno	148/61 (88)	86	100	7,463	34,2	104	97,5	25,1	m.v ↓ LIE		PCMV	60%	15	467	30	20	8	
Reavaliação 20-30'	167/66 (99)	85	100	7,454	36,7	119	98,2	26	R Dta/c/ R LSE, MV ↓ LIE	Prulentas espessas c/ laivos hemticos	PCMV	55%	13,4	535	25	22	8	
						↑	↑			Mobilização de secreções			↑	↓				
Avaliação 2.º Turno	131/59 (81)	74	99	7,509	38,3	63,2	92,2	30,7	MV ↓ LIE	nulas	Espontânea	50	12,2	402	30	16	6	
Reavaliação 20-30'	133/54 (76)	81	100	7,533	30,6	73,9	94,3	27,3	MV ↓ LIE	+- quantidade mucosas	Espontânea	55	13,1	526	26	20	8	
						↑	↑							↑	↓			
Avaliação 3.º Turno	131/47 (68)	64	100	7,501	44,2	88,2	96,6	34	MV ↓ LIE	Nulas	Espontânea	60	10,3	509	20	20	8	
Reavaliação 20-30'	83/38 (50)	72	99	7,486	35,5	88,6	96,4	27,3	MV ↓ LIE	Pequena quantidade mucosas	Espontânea	60	12,5	530	23	20	8	
							=											
Avaliação 4º Turno	93/35 (49)	81	70	7,443	48,9	44,4	75,4	31,8	-----	Nulas	Espontânea	31	6,2	500	14	12	4	
Reavaliação 20-30'	97/48 (54)	103	69	7,409	55,1	44,1	70	32,2	-----	Nulas	Espontânea	31	7,4	499	16	12	4	

Apenas medidas de conforto

LEGENDA: +- RAZOÁVEL QUANTIDADE, ++ MÉDIA QUANTIDADE, +++ GRANDE QUANTIDADE, MV MURMÚRIO VESICULAR, RA RUÍDO, ↑ AUMENTO, ↓ DIMINUÍDO;

Avaliação de Enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem	Avaliação de Enfermagem
Mobilidade comprometida	Doente que inicialmente se encontrava em repouso no leito e apenas se procediam a posicionamentos. Doente calmo, orientado e bastante colaborante apesar de se encontrar sob VMI. Inicialmente traçado um plano que constava mobilizações passivas, que foram aumentando gradualmente para ativas-assistidas e ativas, consoante a tolerância do doente. Iniciou-se também treino de atividades terapêuticas, como o rolar na cama, ponte e carga no cotovelo, que o doente apreendeu de forma rápida e autónoma. Este treino permitiu que se evoluísse para o treino de transferência e posteriormente para levantar para cadeirão, que decorreu da melhor forma. Com algum cansaço presente, mas o doente realizou de uma forma efetiva e apenas necessitou de uma ajuda parcial. Este conjunto de intervenções, foi essencial para o doente se tornar mais autónomo no leito e na própria ajuda para os posicionamentos . Assim promoveu-se a melhoria de ADM das articulações e prevenção de UP , que foi notória no aumento de score de 14 para 17 , na escala de Braden.
Funcionalidade da articulação escapulo-umeral esquerda comprometida	O facto de o doente apresentar um derrame de grandes dimensões à esquerda, fez com que fosse essencial o trabalho desta articulação, com mobilizações passivas e abertura costal seletiva. Foi desta forma possível, manter a ADM e funcionalidade desta articulação específica . Foi constatada a adoção de uma má postura por parte do doente, para o lado afetado. Foi necessária uma correção postural frequente , com ajuda de almofadas.
Ventilação alveolar comprometida	Foi importante o trabalho de RFR com este doente, a possibilidade elevada de presença de células neoplásicas no líquido pleural, fez com que se optasse pela não drenagem do derrame e existência de várias contraindicações em técnicas que normalmente seriam úteis nos derrames pleurais. Técnicas com: abertura costal seletiva à esquerda e as posições de descanso e relaxamento, contribuíram de uma forma positiva para a expansão torácica e diafragmática, melhorando a ventilação alveolar no seu global, repercutindo-se na melhoria das SpO₂, como nos valores gasométricos . Também o levantar do doente, contribuiu para esta melhoria ventilatória, proporcionando uma posição mais adequada para a expansão pulmonar como para a ventilação.
Limpeza das vias aéreas ineficaz	Na primeira avaliação do doente, observou-se na AP roncospresentes à esquerda (ainda sem diagnóstico provável de metástases) e com registo de STB profundas e espessas. Deste modo procedeu-se à aspiração de secreções com hiperinsuflação manual, associando técnicas acessórias de vibração e compressão, com bastante eficácia. Aspiraram-se STB purulentas espessas em grande quantidade . Na segunda avaliação, não se observam R.A e sem registo de secreções significantes, pelo que se dá por finalizado este diagnóstico de enfermagem.
Cansaço a pequenos esforços	Na terceira avaliação observa-se uma pequena melhoria do cansaço relativamente a esforços físicos. Após levantar da cama para o cadeirão, o doente não refere cansaço . Todas as intervenções efetuadas neste contexto vieram a surtir efeito. A última avaliação será tida como exceção, uma vez que nesta altura são levantadas medidas de conforto e apenas realizadas intervenções para promover conforto e relaxamento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Cordeiro, M. e Menoita, E. (2012). Manual de boas práticas na reabilitação respiratória. Conceito, Princípios e Técnicas. Loures: Lusociência;
- Marcelino, P (2008). Manual de ventilação mecânica no adulto, abordagem ao doente crítico. Loures: Lusociência;
- Severino, S. (2017). Enfermagem de Reabilitação à pessoa submetida a ventilação mecânica in Marques. Vieira, C. e Sousa, L. (2017). Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida. Loures: Lusodidacta;

Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____		
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____		
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4	4	
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	3	3	
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	1	2	
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	2	3	
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	3	3	
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	1	2	
				Pontuação total	14	17

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989;

Versão Portuguesa 2001. Carlos Margato; Cristina Mignéis; Pedro Ferreira; João Gouveia; Kátia Furtado

Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)

Score ≤ 16	Alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão
Score ≥ 17	Baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão

Escala de coma de Glasgow

Variáveis		score	1.º avaliação	2.º avaliação
Abertura ocular	Espontânea	4	4	4
	À voz	3		
	À dor	2		
	nenhuma	1		
Resposta verbal	orientada	5		
	confusa	4		
	Palavras inapropriadas	3		
	Palavras incompreensivas	2		
	Nenhuma	1	1	1
Resposta motora	Obedece a ordens	6	6	6
	Localiza dor	5		
	Movimento de retirada	4		
	Flexão anormal	3		
	Extensão anormal	2		
	Nenhuma	1		
Score		15	11	11

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



12. Resumo, Plano e Cronograma

RESUMO

A mobilidade é uma dimensão decisiva para o desempenho das AVD's, garante as necessidades dos indivíduos, é crucial para a satisfação das necessidades psicossociais e potencializa a qualidade de vida (Fricke, 2010). Quando se pensa em mobilidade reduzida, não se segue um pensamento linear, pois é um assunto bem mais complexo. A alteração da mobilidade afeta um díspar número de pessoas, quer pelo processo que a desencadeia, quer por diferentes patologias, ou mesmo pelo tipo de restrição que provoca. Desta forma, torna-se essencial abordar o tema da mobilidade, tão relevante na população atual. Hoeman (2000) alude ao facto de os enfermeiros de reabilitação trabalharem com os utentes para atingir o nível máximo de independência funcional, refletindo-se na realização das AVD's. É nesta perspetiva que se pretende abordar o tema da mobilidade reduzida, avaliando o nível de independência funcional para o autocuidado, identificando as necessidades, definindo metas de reabilitação e implementando um plano de intervenção, procurando a maximização da independência. Acredita-se que um planeamento adequado dos cuidados que inclua intervenções ao nível da manutenção e recuperação da mobilidade, na promoção do autocuidado, é um contributo fundamental do EEER na prevenção destas alterações (OE, 2010).

O presente projeto de atividade profissional insere-se no âmbito do curso de mestrado em enfermagem, área de especialização de enfermagem de reabilitação. A unidade curricular "Estágio final" será o cenário onde se irá implementar o projeto de intervenção. A instituição escolhida é o Hospital do Espírito Santo de Évora E. P.E, sendo os serviços eleitos para a implementação deste projeto, a Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC) e a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP). O projeto inicia-se na UAVC, localizada no serviço de Especialidade Médicas. A unidade é um dos quatro níveis de resposta ao AVC, onde se monitoriza e realiza o estudo etiológico dos Doentes. A UAVC tem capacidade para 6 camas, destinadas a doente na fase aguda (48 a 72h), apresentam com demora média de internamento, 5 dias. Os doentes provêm do serviço de urgência e consultas externas. Os diagnósticos médicos mais frequentes são: o AVC isquémico e hemorrágico, Acidente isquémico transitório (AIT) e trombose venosa profunda (TVP). Relativamente a diagnósticos de enfermagem mais usuais apresenta-se: a capacidade para transferir-se comprometida, capacidade para posicionar-se comprometida, deambular comprometido e dor músculo-esquelética presente. A continuidade dos cuidados é feita em hospitais periféricos, instituições de apoio, lares e UCC ou o domicílio (Coelho, Marques e Marranita, 2014). Posteriormente a UCIP será o local de término do estágio final. A UCIP localiza-se no 2º andar do mesmo edifício. É uma unidade que apresenta como objetivo primordial, suportar e recuperar funções vitais, de modo a criar condições para tratar a doença subjacente e, por essa via, proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade. Trata-se de uma sala aberta, composta por uma zona de prestação de cuidados e é dotada de 5 unidades. A admissão de doentes faz-se através do serviço de urgência, bloco operatório ou por transferência interna. A maior parte dos doentes são do foro médico e cirúrgico (Dias, 2017) e concomitantemente à UAVC apresenta semelhantes diagnósticos de enfermagem.

O contexto clínico ocorre em unidades altamente diferenciadas, onde os utentes se apresentam hemodinamicamente instáveis, obrigados muitas vezes a um repouso terapêutico, o que leva à restrição de mobilidade e por conseguinte aos efeitos negativos da imobilidade. Verificamos que a avaliação de diagnósticos de enfermagem sobre as questões da mobilidade permite a implementação de um plano de intervenção específico e individual, que deve ser enquadrado na situação global do doente e na sua capacitação para a independência. A presença desta problemática levou à elaboração de um plano de intervenção dirigido às pessoas com défice de mobilidade, abordando a dimensão da mobilidade no leito e as transferências. Relativamente à mobilidade no leito, englobará aspetos como o tónus muscular, movimento muscular e posicionamentos. É necessário um tónus muscular normal, para a pessoa conseguir mobilizar os seus membros de uma forma funcional e dessa maneira permitir movimentos coordenados. Assim, qualquer distúrbio do tónus, quer hipotonia/hipertonía, interfere numa série de condições

funcionais, como déficits no controlo motor, equilíbrio, força muscular, deformidades e dor (Marsura et al., 2012). Havendo equilíbrio do tónus, poder-se-á contribuir favoravelmente para a conservação da força muscular (Marques- Vieira e Sousa, 2017), condição essencial ao movimento e à marcha. O posicionamento, quando realizado de uma forma correta, pode ajudar a manter a integridade da pele e prevenir contracturas (Norman, 2014). Relativamente às transferências, incluir-se-á os diagnósticos do equilíbrio corporal, o pôr-se de pé e o transferir-se. Estudos recentes mostram que o treino precoce do controle postural pode melhorar significativamente a função do equilíbrio e a capacidade motora, condições fundamentais para a deambulação, que influenciaram positivamente a realização das AVD's (Bao-jin et al., 2017 e Raikan B. et al., 2016). A problemática que aqui se aborda centra-se na dependência, nomeadamente a resultante da afetação da mobilidade que se manifesta no tónus e força muscular, repercutindo-se no posicionamento, desempenho nas AVDs e na marcha. Pretende-se contribuir para a capacitação da pessoa com vista à sua integração na sociedade. Assim, a partir de uma avaliação inicial compreensiva sobre a pessoa contamos ter condições para identificar os diagnósticos e desenhar um plano que colmate as dificuldades, melhorando a força e interferindo no tónus para se conseguir mais independência.

PLANO

Objetivos:

Avaliar a mobilidade da pessoa com défice de mobilidade, especificamente a mobilidade no leito e as transferências; Diagnosticar os défices e dependências para a mobilidade no leito e transferência; Estabelecer um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação para a gestão dos défices e dependência relativas à mobilidade no leito e transferência;

Metodologia:

O estudo proposto insere-se numa investigação-ação que parte da avaliação de uma problemática, realiza um diagnóstico e introduz medidas para a modificação da situação (Koerich et al., 2009). Diversos são os elementos que contribuirão para a análise do processo, introduzindo sempre medidas corretivas. Destacamos o enfermeiro supervisor clínico e o professor responsável pela orientação do Estágio e Relatório.

População – Alvo:

Utentes que se encontrem em regime de internamento no serviço de UAVC e UCIP, que apresentem qualquer tipo de défice de mobilidade no leito, que apresentem score \geq a 14 na escala de coma de Glasgow, aceitem participar e estejam internados entre o período de 14 de outubro de 2017 a 14 de dezembro de 2017. Optou-se por contemplar apenas utentes que fossem seguidos pelo menos 3 dias por parte do enfermeiro de reabilitação, ou seja, que usufruíssem de 3 dias do plano de intervenção. Utentes recentes na unidade, com entrada inferior a 48 horas e que aceitassem entrar no estudo, com consentimento assinado. A avaliação inicial será no primeiro dia de abordagem e a avaliação final no terceiro dia de intervenção.

Estratégias: Plano de Intervenção:

O plano de intervenção contempla dois focos, a mobilidade no leito e as transferências. Cada foco apresenta três diagnósticos de enfermagem, assim para a mobilidade no leito, teremos o diagnóstico do tónus muscular, movimento muscular e o posicionar-se. Para o foco transferências, apresentamos diagnósticos como, equilíbrio corporal, pôr-se de pé e transferir-se. Cada diagnóstico de enfermagem pressupõe determinadas intervenções de enfermagem. Assim, em virtude das incapacidades de cada utente e dos diagnósticos previamente avaliados, serão introduzidas as respetivas intervenções.

Recursos:

Para este projeto é necessário: cuidados de enfermagem de reabilitação; consumíveis para registo de dados; halteres/caneleiras para o exercício muscular e articular ativo-resistido; almofadas para os posicionamentos; espelho para a correção postural; cronometro, régua, cadeira com apoio de braços, cadeira sem apoio de braços, degrau ou banco, para avaliação da escala de Berg e dispositivo auxiliar para colocação do doente na posição ortostática, caso seja necessário.

Avaliação e controlo:

O instrumento de colheita de dados é constituído por variáveis de caracterização da amostra (idade, sexo, estado civil, diagnóstico médico, agregado familiar, presença de cuidador e a sua relação) e outra parte mais específica constituída pela avaliação do nível de consciência (Escala de coma de Glasgow), avaliação da incapacidade que o doente apresenta na realização das AVD's (MIF) e a avaliação mais pormenorizada da mobilidade do leito (avaliação do tónus muscular, através da escala de Ashworth, da Força muscular pela escala de Lower) e das Transferência (avaliação do equilíbrio através da escala de Berg, correlacionando com a risco de queda, escala de Morse). A avaliação de cada diagnóstico de enfermagem também se realizará por observação direta através de determinados critérios.

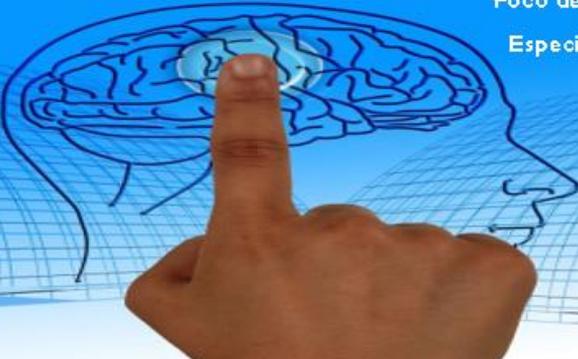
Aspetos éticos:

Os princípios éticos são assegurados com o aceite da pessoa em participar no estudo, confirmada com a assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido (Anexo).

APÊNDICE F. Póster

AS DIFICULDADES DO CUIDADOR DO DOENTE COM AVC

Foco de Atenção do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Reabilitação



IV ENCONTRO REABILITAÇÃO NO DOENTE PÓS-AVC
27 de OUTUBRO de 2017
ARRONCHES

Autores: Buinho, I.; Marques, M. J.; Marranita, S.; Pereira, P.; Vilela, E. – Unidade de AVC's, HESE - EPE

A instalação de um quadro de AVC, é súbito, **não permite a preparação psicológica, a assimilação de conhecimento e o envolvimento gradual do cuidador.**

O AVC e a dependência, constituem uma clara **fonte de stress** não apenas para o indivíduo, mas também para a sua família.

O **Enfermeiro de Reabilitação** tem um **papel de agente transformador**, com competências e capacidade de intervenção na rede de apoio social e familiar.





```
graph TD; C[CUIDADOR] --- T[Transmitir Segurança]; C --- P[Promover Plano de Alta]; C --- I[Integrar no Processo de Alta]; C --- F[Formação e Educação]; C --- L[Ligação com o Apoio Social]; C --- R[Respostas adequadas às Necessidades];
```

A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação pode representar a diferença entre o colapso e a eficácia do **coping**

Referências Bibliográficas

- Azizli, S., Mellon, L., Hall, P., Brewster, L., Horzan, E., Williams, D., & Helax, A. (2015). Implications of stroke for caregiver outcomes: findings from the ASPIRES study. *International Journal Of Stroke: Official Journal Of The International Stroke Society*, 10(6), 918-923. doi:10.1111/ijs.12335.
- Branco, J. (2014). O Enfermeiro de Reabilitação, as necessidades da família do idoso com acidente vascular cerebral e a comunidade de cuidados no domicílio. Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém.
- Marranita, T. (2006). Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e o papel do cuidador e familiares cuidadores. Coimbra: Formação, Formação e Saúde, Lda.
- Meneses, E. (2012). Reabilitar A Pessoa Com AVC: Contributos Para Um Envelhecimento Realizável. Loures: Lusocência.
- Simões, S.; Grilo, E. (2012). Cuidados e cuidadores: o contributo dos cuidadores de enfermagem de reabilitação na inserção de alta do doente pós acidente vascular cerebral. *Revista de Saúde Amato Luitano*. ISSN: 0873-5441. N.º 31, p. 18-23.

APÊNDICE G. Registo e Recolha de Dados UCIP

REGISTO DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA RFR		
Nome:		Cama:
Dia de Internamento:		N.º de dias de internamento:
N.º de dia entubado:		Dia de extubação:
Sinais Vitais	Pré RFR	Pós RFR 15' – 30 '
T.A		
FC		
SpO ₂		
VMI		
Modalidade		
FiO ₂		
Vol. Mint		
Vol. Corrente		
FR		
Pressão Suporte		
Peep		
VNI		
modalidade		
FiO ₂		
IPAP		
EPAP		
Oxigenoterapia		
FiO ₂		
O. N		
M.V		
CNAF		
Avaliação Pulmonar		
Auscultação Pulmonar		
Tempo inspiratório		
Tempo expiratório		
Secreções		
Respiração		
Tipo		
Ritmo		
Amplitude		
Valores Gasométricos		
pH		
PaCO ₂		
PaO ₂		
FO ₂ Hb		
CHCO ₃ ⁻		
Sedação		
Rass		
Tosse		
Aspiração		

RFR	
1. Técnicas de descanso e relaxamento	
2. Consciencialização e controlo da respiração	
3. Expiração com os lábios semicerrados	
4. Respiração diafragmática	
5. Espirometria de incentivo	
Exercícios respiratórios	6. Reeducação diafragmática
	7. Reeducação diafragmática com resistência
	8. Reeducação costal global
	9. Reeducação costal selectiva
10. Ensino da tosse	
Drenagem postural	11. clássica
	12. modificada
Manobras acessórias	13. Percussão
	14. Vibração
	15. compressão
	16. vibro compressão
17. Cough assist	
18. Pressão positiva expiratória	
19. CATR	
20. Terapêutica de posição	
21. Abertura costal seletiva	
22. Exercícios de mobilização torácica	
23. Abertura costal global	
RFM	
24. Exercícios isométricos	
Exercícios isotónicos	25. Mobilização passiva
	26. Mobilização ativa assistida
	27. Mobilização ativa
	28. Mobilização ativa resistida
Treino de equilíbrio	29. estático
	30. dinâmico
31. Treino de transferência	
32. Treino de marcha	
33. Posicionamento	
34. Atividades terapêuticas (rolar, ponte, carga no cotovelo)	
35. Automobilizações	
36. levante	
37. treino de AVD's	

Utente	RFR	sinais vitais			Gasometria					A. P	STB	Parâmetros ventilatórios							Intervenções de Enfermagem
		TA	FC	SpO2	pH	PaCO2	PaO2	CHCO3-	FO2Hb			modalidade	FiO2	Vol. Mint.	Vol. Corrente	FR	Pressão	Peep	
1	Pré	154/57 (81)	87	94	7,435	46,1	66,6	29,8	93,1	R-D R-E	++	PA	45	14,2	443	32	14	8	1/9/20/27/ 32/34
	Pós	180/60((87)	94	100	7,415	34	146	22,3	98,1	MV	+++	PA	45	10,7	720	10	16	8	
	Pré	165/61 (85)	88	99	7,439	45,6	95,8	29,9	97,2	MV↓E	+	PA	45	13,1	479	21	16	8	1/9/20/27/ 32/34
	Pós	120/51 (63)	90	100	7,441	44,5	118	29,5	96,9	mv s/ RA	++	PA	45	10,5	1020	12	16	8	
2	Pré	116/69 (66)	65	97	7,393	28,5	74,9	18,7	92,9	S-D R-E	+	PC	45	7,7	544	15	16	10	20/21/25
	Pós	120/68 (64)	71	100	7,441	30	83,6	21,7	94,5	S-D MV- E	++	PC	45	8,9	695	14	16	10	
3	Pré	137/42 (68)	87	98	7,397	30	108	19,7	97,7	apagamento do MV E		PA	40	7,1	674	11	10	5	1/9/20/27/ 32/34
	Pós	121/46 (68)	87	96	7,394	35,9	100	22,2	96,7	MV mantido		PA	40	6,8	651	11	10	5	
4	Pré	123/ 80 (96)	97	100	7,489	30,4	83,9	24,6	95,8	MV mantido		PA	35	6,8	399	17	10	4	9/22/25/ 26/34
	Pós	114/71 (89)	98	100	7,414	38,9	111	24,7	97,5			PA	35	7	448	17	10	4	
5	Pré	134/66 (88)	65	100	7,441	35	101	24,4	97,1	MV mantido		PC	45	6,4	545	12	10	10	26
	Pós	120/62 (81)	67	100	7,416	38,6	106	24,8	96,9	MV mantido		PC	45	7	435	12	10	10	
6	Pré	130/68 (92)	90	99	7,459	31	76,1	23,2	94,4	MV mantido		MV	40			23			28/34
	Pós	131/62 (87)	103	99	7,429	31,4	78,8	21,9	94,3			MV	40			24			
7	Pré	105/45 (64)	85	95	7,467	39,7	74,2	28,5	94,1	MV ↓ base E		PC	50	6	338	16	8	6	21/22/23/27/ 28/33/34
	Pós	106/52 (69)	119	93	7,467	36,6	67,3	26,7	92,4			PA	60	9,3	497	23	14	6	
8	Pré	138/72 (95)	65	97	7,469	27,7	87,5	22,3	95,4	apagamento do MV D/ E Fervores LSE		tubo T	4 L/m			22			6/14/15/23/ 27/33
	Pós	118/68 (89)	63	100	7,472	19,1	115	19,1	97,2	sibilos LID/ Mvmelhorado E		tubo T	4 L/m			18			
	Pré	112/58 (78)	60	98	7,443	23,2	82,9	18,8	94,1	c/ R LSD, LMD, LSE, LIE		MV	60%			16			6/11/14/15/ 22/23/27/28/33 /34
	Pós	117/65 (83)	57	100	7,452	22,8	105	19	96,6	C/ F LID C/ F LIE		O.N / M.V	15 l/m/60%			14			
9	Pré	168/77 (107)	73	100	7,551	24,7	101	24,5	97,6	c/ r dispersos		Esp	31	8,6	454	16	14	5	22/25/26/33 /34/35
	Pós	114/47 (68)	66	96	7,479	32,1	89,7	25	96,6			Esp	31	10,6	468	22	14	5	
	Pré	105/50(71)	62	100	7,462	35,1	124	25,7	98,6	apagamento D/E		tubo T	1,5 L/m						11/22/23/26/

	Pós	95/44 (63)	64	95	7,454	35,3	85,7	25,2	96,4			Tubo T	1,5 L/m						33/34
	Pré	125/47 (74)	56	100	7,492	30,5	81,6	24,5	95,8	C/ R LSD		Esp	28	7,5	311	20	10	5	11/22/25/26/ 31/33/34/35
	Pós	116739 66)	64	98	7,476	35	91,3	26,3	96,3			Esp	28	9,1	325	22	10	5	
10	Pré	148/61 (88)	56	100	7,463	34,2	104	25,1	97,5	MVD LIE		PCMV	60	15	467	30	20	8	11/14/15/22/ 23/25/26/27/ 33/34
	Pós	167/66 (99)	85	100	7,454	36,7	119	26	98,2	c/ R dta e LSE ↓ MV LIE		PCMV	55	13,4	535	25	22	8	
	Pré	131/54 (81)	74	99	7,509	38,3	63,2	30,7	92,2	MVD LIE		Esp	50	12,2	402	30	16	6	21/22/26/31/ 33/34/35
	Pós	133/54 (76(81	100	7,533	30,6	73,9	27,3	94,3			Esp	55	13,1	526	26	20	8	
	Pré	131/47 (68)	64	100	7,501	44,2	88,2	34	96,6	MVD LIE		ESp	60	10,3	509	20	20	6	21/22/26/ 27/34
	Pós	83/38 (50)	72	99	7,486	35,5	88,6	27,3	96,4			Esp	60	12,5	530	23	20	8	

ANEXOS

ANEXO A. Competências do EE, do EEER, Mestre e Objetivos de Aprendizagem do Mestrado em Associação

<p>Competências Comuns do EE (Regulamento n.º 122/2011)</p>	<p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade. B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados. D1. Desenvolve o auto -conhecimento e a assertividade. D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>
<p>Competências Específicas do EEER (Regulamento n.º 125/2011)</p>	<p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>
<p>Competências de Mestre (Decreto-Lei n.º 63/2016)</p>	<p>a) possuir conhecimentos e capacidades 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 desenvolvimento 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 contexto 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 responsabilidade 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 ambiguidade; e) competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo;</p>
<p>Objetivos de aprendizagem do Mestrado em Associação</p>	<p>1. Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada; 2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidencia; 3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais; 4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida; 5. Participa de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais; 6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular; 7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade;</p>



Documento	1	8	0	1	0
-----------	---	---	---	---	---

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professor Doutor Manuel Agostinho Fernandes e Prof.ª Doutora Margarida Amoedo, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "*Défice da mobilidade – Reabilitar, uma oportunidade para a funcionalidade*" da investigadora **Patrícia Alexandra Páscoa Pereira** (mestranda) e Prof.ª Doutora Maria Gorete Mendonça dos Reis (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

ANEXO C. Parecer da Comissão de Ética HESE, EPE

Hospital
Espirito Santo E.P.E.

1) Para si, Prof. Profissional Maria José Mendes
2) Para Comissão de Ética

Autorizado
12/02/2014
José Chora
Enfermeiro Diretor

Ao conselho de Enfermeiros
do Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.

12/02/2014
José Chora
Enfermeiro Diretor

Assunto: Solicitação de autorização e pedido de parecer à comissão de Ética

Eu, Patricia Alexandra Páscoa Pereira, enfermeira a exercer funções na instituição, com o número mecanográfico 3094, solicito autorização e pedido de parecer à comissão de Ética da instituição, para a implementação de um projeto de intervenção no contexto da prática de cuidados, de forma à realização da unidade curricular Trabalho de Projeto, no contexto do Mestrado em Enfermagem em Associação, Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora.

Recebi por o pedido feito para a Comissão de Ética da Universidade de Évora.
C. Campinho de Évora
17/11/16
Reimbursement
Mde a v. g.
Alameda de Évora
10/10/17
Reimbursement

Com os melhores cumprimentos,

Patricia Pereira
Patricia Pereira

HESE-EPE	
R	RECEBIDO { E 25/02/14 N.º 1906
	ESPONDIDO { Em / / N.º

Teléfono: 246 740 101 - Telefax: 961 881 290 - Fax: 246 701 421
geral@hospicio-espírito-santo.pt
Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E. - Largo Senhor de Paços, s/n. - 7000-811 Évora
Empresa Pública - Entidade Pública Empresarial - Matriculada no Conservatório do Registo Comercial de Évora
N.º de Registo: 246 740 101 - N.º de Registo: 246 740 101 - Capital Socializado: 31 202 500,00 Euros

Glasgow Coma Scale

EYES	Spontaneous To sound To pressure None	
VERBAL	Orientated Confused Words Sounds None	
MOTOR	Obey commands Localising Normal flexion Abnormal flexion Extension None	

Fonte: Teasdale, Graham. (2014). Recording the Glasgow Coma Scale. Retrieved from <http://www.glasgowcomascale.org/recording-gcs/>

Fonte: Teasdale, Graham. (2014). Recording the Glasgow Coma Scale. Retrieved from <http://www.glasgowcomascale.org/recording-gcs/>

Medida de Independência funcional _ MIF

APELIDO _____	NOME _____	IDADE _____	SEXO _____	P.U.nº <input type="text"/>
DIAGNÓSTICO _____				

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

NIVEIS	7 Independência completa(em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada(dispositivo)	SEM AJUDA						
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%)	AJUDA						

	SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	4M	12M		
	DATA						
AUTO-CUIDADOS							
A. Alimentação		<input type="checkbox"/>					
B. Higiene pessoal		<input type="checkbox"/>					
C. Banho		<input type="checkbox"/>					
D. Vestir metade superior		<input type="checkbox"/>					
E. Vestir metade inferior		<input type="checkbox"/>					
F. Utilização da sanita		<input type="checkbox"/>					
CONTROLO DOS ESFINCTERES							
G. Bexiga		<input type="checkbox"/>					
H. Intestino		<input type="checkbox"/>					
MOBILIDADE							
TRANSFERÊNCIAS							
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas		<input type="checkbox"/>					
J. Sanita		<input type="checkbox"/>					
K. Banheira, Duche		<input type="checkbox"/>					
LOCOMOÇÃO							
L. Marcha, Cadeira de Rodas		<input type="checkbox"/>					
M. Escadas		<input type="checkbox"/>					
COMUNICAÇÃO							
N. Compreensão		<input type="checkbox"/>					
O. Expressão		<input type="checkbox"/>					
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR							
P. Interação social		<input type="checkbox"/>					
Q. Resolução dos problemas		<input type="checkbox"/>					
R. Memória		<input type="checkbox"/>					
TOTAL		<input type="checkbox"/>					

NOTA: Não deixe nenhum item em branco, se não testável marque 1

Fonte: Norma nº 054/2011 de 27/12/2011 : 16

Instruções

NÍVEIS DE FUNÇÃO		Dependente - (com ajuda)				
		(é necessária outra pessoa para a supervisão ou ajuda física, sem esta, a actividade não se realiza)				
		DEPENDÊNCIA MODIFICADA o sujeito realiza, pelo menos, 50% do esforço		DEPENDÊNCIA COMPLETA o sujeito realiza <50% do esforço		
		5 SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO	4 AJUDA MINIMA	3 AJUDA MODERADA	2 AJUDA MAXIMA	1 AJUDA TOTAL
		g) Se necessita controle, presença, sugestão ou encorajamento, sem contacto físico ou h) Ajudante prepara objectos necessários ou coloca prótese ou ortótese (ajuda técnica)	i) Contacto táctil Sujeito realiza >=75% do esforço ou das tarefas	j) Contacto táctil Sujeito realiza >= 50% < 75% do esforço ou das tarefas	k) Sujeito realiza >= 25% < 50% do esforço ou das tarefas	l) Sujeito realiza < 25% do esforço ou das tarefas
AUTO-CUIDADOS	A ALIMENTAÇÃO	g) OU h) ex ^o : o ajudante abre recipiente, corta carne, barra manteiga, serve bebidas	i) ...	j) ...	k) ...	l) ou usa gastrostomia ou alimentação parentérica que não administra por si
	B HIGIENE PESSOAL	g) OU h) ex ^o : o ajudante coloca pasta na escova ou abre previamente produtos de maquilhagem	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	C LAVAR CORPO	g) OU h) ex ^o : o ajudante prepara a água ou os utensílios de limpeza necessários	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	D VESTIR METADE SUP.	g) OU h) ex ^o : o ajudante prepara o vestuário ou coloca ortótese ou ajuda técnica	i) ...	j) ...	k) ...	l) ... ou não é vestido
	E VESTIR METADE INF.	g) OU h) ex ^o : o ajudante prepara o vestuário ou coloca ortótese ou ajuda técnica	i) ...	j) ...	k) ...	l) ... ou não é vestido
	F UTILIZAÇÃO DA SANITA	g) OU h) ex ^o : o ajudante aplica ajuda técnica ou abre embalagens. Ou necessita de ajuda para colocar protecção menstrual	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
CONTROLE ESFÍNCTERES	G INCONTINÊNCIA	g) OU h) ex ^o : o ajudante coloca ou esvazia ou tem acidentes de incontinência (<= 1x/mês)	i) para manutenção de coletor externo, ou acidente ocasional (<= 1x/semana)	j) para manutenção de coletor externo, ou acidente ocasional (<= 1x/dia)	k) molha-se quase diária/ deve usar fralda haja ou não sonda ou coletor	l) molha-se quase diária/ necessita sempre fralda haja ou não sonda ou coletor
	H INTESTINO	g) OU h) ex ^o : o ajudante prepara equipamento para controle ou para manutenção de estoma; pode ter acidente ocasional (<= 1x/mês)	i) usa supositório ou díster ou ajuda técnica; ou pode ter acidente ocasional (<= 1x/sem)	j) usa supositório ou díster ou ajuda técnica; ou pode ter acidente ocasional (<= 1x/dia)	k) apesar da ajuda, está sujeito quase diariamente haja ou não estoma.	l) apesar da ajuda, está sujeito quase diariamente/ necessita de fralda com ou sem estoma.
MOBILIDADE/TRANSFERÊNCIAS	I LITIGADEIRA DE RODAS (CR)	g) OU h) ex ^o : o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc.	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	J SANTA	g) OU h) ex ^o : o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc.	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	K BANHEIRA, DUCHE	g) OU h) ex ^o : o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc.	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
LOCOMOÇÃO	L MARCHA CAD. BODAS	5-Excepção: Sem Ajuda, deambula em casa, faz marcha, ou usa CR >=15m, c) ou s) auxiliar de marcha. 5-g) para percorrer >=45m (a fazer marcha ou com	i) -para percorrer >=45m	j) -para percorrer >=45m	k) -para percorrer >=15m. Necessita de ajuda de 1 só pessoa	l) ou requer ajuda de 2 pessoas ou não faz marcha ou CR>=15m.
	M ESCADAS	5-Excepção: Sem Ajuda: em casa, sobe e desce 4 a 6 degraus, com ou sem auxiliar de marcha ou ajuda técnica. 5- g) para subir e descer 12-14 degraus	i) -para subir e descer 12-14 degraus	j) -para subir e descer 12-14 degraus	k) -para subir e descer 4-6 degraus. Necessita de ajuda de 1 só pessoa	l) ou precisa ajuda de 2 pessoas ou não sobe nem desce 4-6 degraus; ou necessita ser transportado.
COMUNICAÇÃO	N COMPREENSÃO	«Compreende conversa ou texto de necessidades quotidianas básicas» >90% das vezes; precisa ajuda <10% das vezes (conversa lenta, repetições, acentuação, pausas, orientação visual/ gestual)	«...» (ver atrás) em 75-90% das vezes	«...» (ver atrás) em 50-74% das vezes	«...» 25-49% das vezes; pode só compreender questões ou afirmações simples	«...» <25%ix; ou, apesar da ajuda, não entende questões simples ou não tem respostas adaptadas
	O EXPRESSIONO	Expressa necessidades e ideias essenciais da vida quotidiana >90% das vezes; necessita de ajuda <10% das vezes (ex ^o repetição frequente)	... (ver atrás) em 75-90% das vezes	... (ver atrás) em 50-74% das vezes	... 25-49% x; pode só usar gestos ou palavras isoladas. Necessita de ajuda >50% das vezes	<25% das vezes; ou não exprime as necessidades essenciais apropriadamente apesar da ajuda
CONDIÇÃO SOCIAL	P INTERACÇÃO SOCIAL	g) -Só sob situações de stress ou não familiares, mas <10% das vezes. Pode necessitar de encorajamento para iniciar a participação	Conduz-se apropriadamente em 75-90% das vezes	Interage apropriadamente em 50-74% das vezes	Conduz-se apropriadamente em 25-49%ix. Pode necessitar restrição de contactos ou deslocamentos	Conduz-se apropriadamente em <25%ix. Pode necessitar restrição de contactos ou deslocamentos
	Q RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	g) -para resolver problemas de rotina, mas só em situações de stress ou não familiares e <10% das vezes	É Resolve os problemas de rotina É, 75-90% das vezes	É É (ver atrás), em 50-74% das vezes	É É (ver atrás) 25-49% das vezes; pode necessitar de restrição de contactos por segurança	É É (ver atrás) <25% das vezes; pode necessitar de restrição de contactos por segurança
	R MEMÓRIA	g) ex ^o : sugestão ou repetição, mas só em situações de stress ou não familiares e <10% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 75-90% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 50-74% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 25 a 49% das vezes. Tem necessidade de ajuda em <50% das vezes	Reconhece ou lembra-se em <25% das vezes ou não reconhece nem lembra

Fonte: Norma nº 054/2011 de 27/12/2011 : 17

Escala de Ashworth Modificada

Grau	Observação clínica
0	Nenhum aumento no tônus muscular
1	Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado por uma "prisão e libertação", ou por uma resistência mínima no fim da amplitude de movimentos da articulação, durante o movimento de extensão e flexão do membro
1+	Uma resistência mínima, em menos de metade do restante arco de movimento da articulação
2	Aumento do tônus muscular, na quase totalidade do arco de amplitude de movimentos, a parte afectada é facilmente mobilizável.
3	Aumento mais acentuado do tônus muscular, na quase totalidade do arco de amplitude de movimentos, a parte afectada é Dificilmente mobilizável
4	Parte afectada em rigidez/anquilose articular. Sem movimentos passivos ou activos da articulação.

Fonte: Braddom, R.L., D., L.C.M., and D., M.A.H.M., *Physical Medicine and Rehabilitation* 2010:

Escala de Braden

Escala de Braden - Adulto

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO				
Nome do doente: _____	Nome do avaliador: _____	Data da avaliação: _____		
Serviço: _____	Cama: _____	Idade: _____		
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. E detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.				Pontuação total
© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1988; Versão Portuguesa 2001. Carlos Margato; Christian Miguéns; Pedro Ferreira; João Gonves; Kátia Furtado Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)				

Fonte: Orientação nº 17/2011 de 19/05/2011:4

Escala de Equilíbrio de Berg

Versão Portuguesa da Berg Balance Scale

Escala do Equilíbrio de Berg

Nome _____ Sexo _____

Instituição _____ Idade _____

Avaliador _____ Data _____

ITEM	DESCRIÇÃO	PONTUAÇÃO (0-4)
1.	Da posição de sentado para a posição de pé	_____
2.	Ficar em pé sem apoio	_____
3.	Estar sentado sem apoio	_____
4.	Da posição de pé para a posição de sentado	_____
5.	Transferências	_____
6.	Ficar em pé com os olhos fechados	_____
7.	Ficar em pé com os pés juntos	_____
8.	Inclinar-se para a frente com o braço esticado	_____
9.	Apanhar um objecto do chão	_____
10.	Virar-se para olhar para trás	_____
11.	Dar uma volta de 360°	_____
12.	Colocar alternadamente os pés num degrau	_____
13.	Ficar em pé com um pé à frente	_____
14.	Ficar em pé sobre uma perna	_____

TOTAL _____

1. DA POSIÇÃO DE SENTADO PARA A POSIÇÃO DE PÉ

INSTRUÇÕES: Por favor levante-se. Tente não usar as mãos para se apoiar.

- () 4 consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável de forma autônoma
- () 3 consegue levantar-se de forma autônoma, recorrendo às mãos
- () 2 consegue levantar-se, recorrendo às mãos, depois de várias tentativas
- () 1 necessita de alguma ajuda para se levantar ou para se manter estável
- () 0 necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar

2. FICAR EM PÉ SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Por favor mantenha-se em pé sem se apoiar durante dois minutos.

- () 4 consegue manter-se em pé em segurança durante dois minutos
- () 3 consegue manter-se em pé durante dois minutos com supervisão
- () 2 consegue manter-se em pé sem apoio durante 30 segundos
- () 1 necessita de várias tentativas para se manter em pé sem apoio durante 30 segundos
- () 0 não consegue manter-se em pé durante 30 segundos sem ajuda

Se o paciente conseguir manter-se em pé durante 2 minutos sem se apoiar deverá registrar-se total pontuação no item #3. Prosseguir para o item #4.

3. SENTAR-SE COM AS COSTA DESAPOIADAS MAS COM OS PÉS APOIADOS NO CHÃO OU NUM BANCO

INSTRUÇÕES: Por favor sente-se com os braços cruzados durante dois minutos.

- () 4 mantém-se sentado em segurança e de forma estável durante dois minutos
- () 3 mantém-se sentado durante dois minutos com supervisão
- () 2 mantém-se sentado durante 30 segundos
- () 1 mantém-se sentado durante 10 segundos
- () 0 não consegue manter-se sentado sem apoio durante 10 segundos

4. DA POSIÇÃO DE PÉ PARA A POSIÇÃO DE SENTADO

INSTRUÇÕES: Por favor sente-se.

- () 4 senta-se em segurança recorrendo muito pouco às mãos
- () 3 ao sentar-se recorre às mãos
- () 2 encosta as pernas à cadeira para controlar a descida
- () 1 senta-se de forma autônoma mas sem controlar a descida
- () 0 precisa de ajuda para se sentar

5. TRANSFERÊNCIA

INSTRUÇÕES: Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências “tipo pivot”. Podem ser utilizadas duas cadeiras (uma com e outra sem braços) ou uma cama e uma cadeira com braços.

- () 4 consegue transferir-se em segurança recorrendo pouco às mãos
- () 3 consegue transferir-se em segurança necessitando de forma clara do apoio das mãos
- () 2 consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão
- () 1 necessita de ajuda de uma pessoa
- () 0 necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo transferir-se em segurança

6. FICAR EM PÉ SEM APOIO E DE OLHOS FECHADOS

INSTRUÇÕES: Por favor feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos.

- () 4 consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos
- () 3 consegue manter-se em pé durante 10 segundos com supervisão
- () 2 consegue manter-se em pé durante 3 segundos
- () 1 não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável
- () 0 necessita de ajuda para não cair

7. MANTER-SE EM PÉ SEM APOIO E COM OS PÉS JUNTOS

INSTRUÇÕES: Junte os pés e mantenha-se em pé sem se apoiar.

- () 4 consegue manter os pés juntos de forma autónoma e manter-se em pé em segurança durante 1 minuto
- () 3 consegue manter os pés juntos de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto com supervisão
- () 2 consegue manter os pés juntos de forma autónoma mas não consegue manter a posição durante 30 segundos
- () 1 necessita de ajuda para chegar à posição mas consegue manter-se em pé com os pés juntos durante 15 segundos
- () 0 necessita de ajuda para chegar à posição mas não consegue mantê-la durante 15 segundos

8. INCLINAR-SE PARA A FRENTE COM O BRAÇO ESTENDIDO PARA A FRENTE AO MESMO TEMPO QUE SE MANTÉM EM PÉ

INSTRUÇÕES: Levante o braço num ângulo de 90°. Estique os dedos e incline-se para a frente o mais que puder. (O examinador deverá colocar uma régua junto da ponta dos dedos do paciente que deverá ter o braço num ângulo de 90°. Os dedos não deverão tocar a régua à medida que o paciente se inclina para a frente. A medida a registar refere-se à distância que os dedos conseguem alcançar quando o paciente está o mais inclinado possível para a frente. Sempre que possível deverá ser pedido ao paciente que estenda ambos os braços para a frente de forma a evitar a rotação do tronco.)

- () 4 consegue inclinar-se >25 cm para a frente de forma confiante (10 polegadas)
- () 3 consegue inclinar-se >12 cm para a frente em segurança (5 polegadas)
- () 2 consegue inclinar-se >5 cm para a frente em segurança (2 polegadas)
- () 1 inclina-se para a frente mas necessita de supervisão
- () 0 perde o equilíbrio ao tentar / necessita de apoio externo

9. APANHAR UM OBJECTO DO CHÃO A PARTIR DE UMA POSIÇÃO DE PÉ

INSTRUÇÕES: Apanhe o sapato ou chinelo que está colocado à frente dos seus pés.

- () 4 consegue apanhar o chinelo com facilidade e em segurança
- () 3 consegue apanhar o chinelo mas necessita de supervisão
- () 2 não consegue apanhar mas chega a uma distância de 2-5 cm (1-2 polegadas) do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma
- () 1 não consegue apanhar o chinelo e necessita de supervisão enquanto tenta
- () 0 não consegue tentar / necessita de ajuda para evitar perder o equilíbrio ou cair

10. VIRAR-SE PARA OLHAR SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO ENQUANTO ESTÁ EM PÉ

INSTRUÇÕES: Vire-se para olhar directamente para trás de si sobre o ombro esquerdo. Repetir para o lado direito. O examinador poderá escolher um objecto para o paciente olhar que esteja exactamente atrás do paciente de modo a encorajar uma melhor rotação.

- () 4 olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso
- () 3 olha para trás apenas de um lado, revela menos capacidade de transferir o peso

- () 2 apenas se vira de lado mas mantém o equilíbrio
- () 1 necessita de supervisão quando se vira
- () 0 necessita de ajuda para evitar perder o equilíbrio ou cair

11. DAR UMA VOLTA DE 360°

INSTRUÇÕES: Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Em seguida faça o mesmo na direção oposta.

- () 4 consegue dar uma volta de 360° em segurança em 4 segundos ou menos
- () 3 consegue dar uma volta de 360° em segurança apenas para um lado em 4 segundos ou menos
- () 2 consegue dar uma volta de 360° em segurança mas de forma lenta
- () 1 necessita de supervisão atenta ou de indicações verbais
- () 0 necessita de ajuda enquanto dá a volta

12. COLOCAR ALTERNADAMENTE OS PÉS NUM DEGRAU OU BANCO ENQUANTO SE MANTÉM EM PÉ SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Coloque os pés de forma alternada no degrau/banco. Prossiga até que cada um dos pés tenha tocado no degrau/banco quatro vezes.

- () 4 consegue ficar em pé de forma autónoma e em segurança e completar 8 degraus em 20 segundos
- () 3 consegue manter-se em pé de forma autónoma e completar 8 degraus >20 segundos
- () 2 consegue completar 4 degraus sem ajuda mas com supervisão
- () 1 consegue completar >2 degraus mas necessita de alguma ajuda
- () 0 necessita de ajuda para evitar cair / não consegue tentar

13. FICAR EM PÉ SEM APOIO COM UM PÉ À FRENTE

INSTRUÇÕES: (Demonstrar ao paciente)

Colocar um pé exactamente à frente do outro. Se sentir que não consegue colocar o pé exactamente à frente, tente dar um passo suficientemente largo de forma a que o calcanhar do pé mais avançado esteja à frente dos dedos do outro pé. (Para marcar 3 pontos o comprimento da passada deverá exceder o comprimento do outro pé e a amplitude da postura do paciente deverá aproximar-se da amplitude da sua passada normal.)

- () 4 consegue colocar um pé exactamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- () 3 consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- () 2 consegue dar um pequeno passo de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- () 1 necessita de ajuda para dar um passo mas consegue manter a posição durante 15 segundos
- () 0 perde o equilíbrio ao dar um passo ou ao ficar em pé

14. FICAR EM PÉ SOBRE UMA PERNA

INSTRUÇÕES: Fique em pé sobre uma perna sem se segurar pelo maior tempo possível.

- () 4 consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição >10 segundos
- () 3 consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante 5-10 segundos
- () 2 consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição = ou > 3 segundos
- () 1 tenta levantar a perna sem conseguir manter a posição durante 3 segundos mas continua a manter-se de pé de forma autónoma
- () 0 não consegue tentar ou necessita de ajuda para não cair

() **Pontuação Total** (Máximo = 56)

Fonte: Mósca, Estela (2001). Contributo para a validação à população portuguesa da escala de equilíbrio de Berg. Monografia final do curso de Licenciatura em Fisioterapia. Alcoitão: ESSA

ANEXO E. Core de Indicadores dos Enunciados descritivos dos PQCER das Variáveis em estudo

IN	Tipo	Código	Foco	Designação
131	E	RAF8	Espasticidade	Proporção de clientes a quem foi disponibilizado dispositivo auxiliar para prevenir a espasticidade
132	E	RAF9		Proporção de clientes a quem foi utilizada escala (a definir) para avaliar a espasticidade
133	P	RAF10		Percentagem de clientes com potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade
134	P	RAF11		Percentagem de clientes com potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular
135	P	RAF12		Percentagem de clientes com potencial para melhorar a capacidade para executar técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade
136	P	RAF13		Percentagem de clientes com potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular
137	R	RAF14		Ganhos em melhoria da espasticidade
138	R	RAF15		Ganhos em conhecimento sobre técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade
139	R	RAF16		Ganhos em conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular
140	R	RAF17		Ganhos em capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular
141	R	RAF18		Ganhos em capacidade para executar técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade
142	R	RAF19		Ganhos em capacidade do prestador de cuidados, ou da mãe e(ou) do pai para posicionar em padrão inibitório de espasticidade
143	Ep	RAF20		Taxa de prevalência de espasticidade
217	E	REF59	Movimento muscular	Proporção de clientes a quem foi aplicada a escala para avaliação da força muscular
218	E	REF60		Proporção de clientes a quem foi utilizado equipamento de avaliação da força muscular (dinamómetro)
219	P	REF62		Percentagem de clientes com potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular
220	R	REF63		Percentagem de clientes com potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular
221	R	REF64		Ganhos em melhoria do movimento muscular
222	R	REF65		Ganhos em conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular
223	R	REF66	Ganhos em capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular	
224	Ep	REF61	Taxa de prevalência de movimento muscular diminuído	

96	E	BEA78	Posicionar-se	Proporção de clientes a quem foi disponibilizado dispositivo auxiliar para posicionar-se
97	P	BEA79		Percentagem de clientes com potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se
98	P	BEA80		Percentagem de clientes com potencial para melhorar o conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se
99	P	BEA81		Percentagem de clientes com potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se
100	P	BEA82		Percentagem de clientes com potencial para melhorar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se
101	R	BEA83		Ganhos em conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se
102	R	BEA84		Ganhos em conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se
103	R	BEA85		Ganhos em capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se
104	R	BEA86	Ganhos em capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se	
<hr/>				
180	E	REF22	Equilíbrio corporal	Proporção de clientes a quem foi aplicada escala/instrumento (a definir) para avaliar o equilíbrio corporal
181	P	REF23		Percentagem de clientes com potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal
182	P	REF24		Percentagem de clientes com potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal
183	R	REF25		Taxa de resolução equilíbrio corporal comprometido
184	R	REF26		Ganhos em conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal
185	R	REF27		Ganhos em capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal
186	Ep	REF28		Taxa de prevalência de equilíbrio corporal comprometido
<hr/>				
105	E	BEA87	Transferir-se	Proporção de clientes a quem foi disponibilizado dispositivo auxiliar para transferir-se
106	P	BEA88		Percentagem de clientes com potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se
107	P	BEA89		Percentagem de clientes com potencial para melhorar o conhecimento sobre dispositivo auxiliar para transferir-se
108	P	BEA90		Percentagem de clientes com potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se
109	P	BEA91		Percentagem de clientes com potencial para melhorar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se
110	R	BEA92		Ganhos em conhecimento sobre adaptação do domicílio para transferir-se
111	R	BEA93		Ganhos em conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se
112	R	BEA94		Ganhos em conhecimento sobre dispositivo auxiliar para transferir-se
113	R	BEA95		Ganhos em capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se
114	R	BEA96		Ganhos em capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se
115	R	BEA97		Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados, ou da mãe e(ou) do pai sobre adaptação do domicílio para transferir-se
116	R	BEA98	Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados, ou da mãe e(ou) do pai sobre dispositivo auxiliar para transferir-se	

			Adaptação de ambiente para melhorar o conhecimento de técnicos
83	E	BEA65	Proporção de clientes a quem foi disponibilizado dispositivo auxiliar para pôr-se de pé
84	P	BEA66	Percentagem de clientes com potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé
85	P	BEA67	Percentagem de clientes com potencial para melhorar o conhecimento sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé
86	P	BEA68	Percentagem de clientes com potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para pôr-se de pé
87	P	BEA69	Percentagem de clientes com potencial para melhorar a capacidade para usar dispositivo auxiliar para pôr-se de pé
88	R	BEA70	Taxa de resolução do pôr-se de pé comprometido
89	R	BEA71	Ganhos em conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé
90	R	BEA72	Ganhos em conhecimento sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé
91	R	BEA73	Ganhos em capacidade para usar técnica de adaptação para pôr-se de pé
92	R	BEA74	Ganhos em capacidade para usar dispositivo auxiliar para pôr-se de pé

Pôr-se de pé

Fonte: Ordem Enfermeiros. (2015). Core de Indicadores por categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (PQCER). Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto. 1-22. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf

ANEXO F. Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação das Variáveis em estudo

ESPASTICIDADE

Dimensão	Critérios de diagnóstico	Sim	Não	
Espasticidade	Apresenta contraturas que impossibilitam a realização de AVD			
	Apresenta aumento do tônus muscular			
	Apresenta rigidez articular e movimentos descoordenados			
	Presença de espasticidade			
	Lesão central			
	Outro:			
		Enunciados de Diagnóstico e Resultados de enfermagem	Enunciados de ações de diagnóstico e de intervenções de enfermagem	
	Espasticidade em grau elevado Espasticidade em grau moderado Espasticidade em grau reduzido	Especificações: Local do corpo/Topologia/Possibilidade	Aplicar frio Aplicar calor Aplicar tala [Margaret Johnstone] Executar técnica de massagem Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido Executar técnica de exercício muscular e articular passivo Executar técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade Postura de inibição de Bobath Executar técnica de relaxamento Alongamento estático Alongamento dinâmico Incentivar execução de exercício muscular e articular Monitorizar espasticidade [tônus muscular] através de escala [a definir]	
Dimensão	Critérios de diagnóstico	Sim	Não	
Conhecimento	Avaliar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular			
	Conhece técnicas de exercício muscular e articular			
	Avaliar o conhecimento sobre técnica de posicionamento			
	Conhece medidas de prevenção da espasticidade			
	Conhece técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade			
	Outro:			
		Enunciados de Diagnóstico e Resultados de enfermagem	Enunciados de ações de diagnóstico e de intervenções de enfermagem	
	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade Conhecimento sobre técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade, melhorado		Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular Avaliar conhecimento sobre técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular Ensinar sobre técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade Providenciar material educativo	



PADRÃO DOCUMENTAL DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

MOVIMENTO MUSCULAR

Dimensão	Critérios de diagnóstico	Sim	Não	
Movimento Muscular	Avaliar força muscular			
	Controlo de movimentos			
	Diminuição de movimento muscular (especificar)			
	Mobiliza ativamente (especificar)			
	Outro:			
		Enunciados de Diagnóstico e Resultados de enfermagem	Enunciados de ações de diagnóstico e de intervenções de enfermagem	
	Movimento muscular Diminuído Movimento muscular Mantido Movimento muscular Aumentado	Especificações: Local do corpo/Topologia	Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido Executar técnica de exercício muscular e articular ativo resistido Executar técnica de exercício muscular e articular passivo Executar técnica de exercício muscular e articular passivo com dispositivo auxiliar Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos Auto mobilizações Monitorizar força muscular através de escala [a definir] Monitorizar força muscular através de dinamómetro Supervisionar o movimento muscular	
	Dimensão	Critérios de diagnóstico	Sim	Não
Conhecimento	Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular			
	Conhece técnica de exercícios muscular e articulares			
	Outro:			
		Enunciados de Diagnóstico e Resultados de enfermagem	Enunciados de ações de diagnóstico e de intervenções de enfermagem	
	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular, melhorado		Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular Ensinar sobre técnicas de exercício muscular e articular Providenciar material educativo	
Dimensão	Critérios de diagnóstico	Sim	Não	
Aprendizagem de capacidades	Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular			
	Usa adequadamente técnica de exercícios muscular e articulares			
	Outro:			
		Enunciados de Diagnóstico e Resultados de enfermagem	Enunciados de ações de diagnóstico e de intervenções de enfermagem	
	Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular Capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular, melhorada		Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular Instruir sobre técnicas de exercício muscular e articular Auto mobilizações Mobilizações ativas assistidas Mobilizações ativas Mobilizações ativas resistidas Exercícios de agachamento Exercícios de fortalecimento muscular Exercícios de motricidade fina Treinar técnicas de exercício muscular e articular Auto mobilizações Mobilizações ativas assistidas Mobilizações ativas Mobilizações ativas resistidas Exercícios de agachamento Exercícios de fortalecimento muscular Exercícios de motricidade fina	



POSICIONAR-SE⁶

Dimensão	Critérios de diagnóstico	Sim	Não
Conhecimento	Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se		
	Conhece dispositivo auxiliar para posicionar-se		
	Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se		
	Conhece técnica de adaptação para posicionar-se		
	Outro:		
		Enunciados de Diagnóstico e Resultados de enfermagem	Enunciados de ações de diagnóstico e de intervenções de enfermagem
	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se	Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se	
	Conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se, melhorado	Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se	
	Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se	Ensinar sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se	
	Conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se, melhorado	Ensinar sobre técnica de adaptação para posicionar-se	
		Providenciar material educativo	
Dimensão	Critérios de diagnóstico	Sim	Não
Aprendizagem de capacidades	Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se		
	Usa adequadamente dispositivo auxiliar para posicionar-se		
	Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se, melhorado		
	Usa adequadamente técnica de adaptação para posicionar-se		
	Outro:		
		Enunciados de Diagnóstico e Resultados de enfermagem	Enunciados de ações de diagnóstico e de intervenções de enfermagem
	Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se	Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se	
	Capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se, melhorada	Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se	
	Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se	Instruir sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se	
	Capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se, melhorada	Instruir sobre técnica de adaptação para posicionar-se	
		Treinar uso de dispositivo auxiliar para posicionar-se	
		Treinar técnica de adaptação para posicionar-se	



EQUILÍBRIO CORPORAL

Foco	Critérios de diagnóstico	Sim	Não
Equilíbrio Corporal	Avaliar equilíbrio corporal		
	Tem equilíbrio dinâmico sentado		
	Tem equilíbrio estático sentado		
	Tem equilíbrio dinâmico em pé		
	Tem equilíbrio estático em pé		
	Adota posições viciosas		
	Apresenta deformidades da coluna		
	Apresenta assimetria de mãos/pés		
	Apresenta assimetria calcaneoflexão		
	Supporta o próprio peso em diferentes posições		
Outro:			
	Enunciados de Diagnóstico e Resultados de enfermagem	Enunciados de ações de diagnóstico e de intervenções de enfermagem	
		Aplicar dispositivo auxiliar	
	Equilíbrio corporal comprometido	Avaliar equilíbrio corporal	
	Equilíbrio corporal não comprometido	Equilíbrio estático sentado presente Equilíbrio estático sentado diminuído Sem equilíbrio estático sentado Equilíbrio dinâmico sentado presente Equilíbrio dinâmico sentado diminuído Sem equilíbrio dinâmico sentado Equilíbrio ortostático estático presente Equilíbrio ortostático estático diminuído Sem equilíbrio ortostático estático Equilíbrio ortostático dinâmico presente Equilíbrio ortostático dinâmico diminuído Sem equilíbrio dinâmico estático	
		Estimular a manter equilíbrio corporal	
		Correção Postural	
		Executar técnica de treino de equilíbrio	
		Alternância de carga nos membros superiores Alternância da carga nos membros inferiores Apoio unipodal Contorno de obstáculos Exercícios de coordenação de movimentos Facilitação Cruzada	
		Monitorizar equilíbrio corporal através de escala [a definir]	
		Orientar na técnica de treino de equilíbrio	
		Alternância de carga nos membros superiores Alternância da carga nos membros inferiores Apoio unipodal Contorno de obstáculos Exercícios de coordenação de movimentos Facilitação cruzada	



TRANSFERIR-SE

Dimensão	Critérios de diagnóstico	Sim	Não
Conhecimento	Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para transferir-se <i>Conhece a necessidade de adaptação do domicílio para transferir-se</i> <i>Identifica barreiras arquitetónicas para transferir-se</i>		
	Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para transferir-se <i>Conhece dispositivo auxiliar para transferir-se</i>		
	Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se <i>Conhece técnica de adaptação para transferir-se</i>		
	Outro:		
	Enunciados de Diagnóstico e Resultados de enfermagem	Enunciados de ações de diagnóstico e de intervenções de enfermagem	
	Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para transferir-se Conhecimento sobre adaptação do domicílio para transferir-se, melhorado	Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para transferir-se Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para transferir-se Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se	
	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se Conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se, melhorado	Ensinar sobre adaptação do domicílio para transferir-se Ensinar sobre dispositivo auxiliar para transferir-se Ensinar sobre técnica de adaptação para transferir-se	
	Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para transferir-se Conhecimento sobre dispositivo auxiliar para transferir-se, melhorado	Providenciar material educativo	
Dimensão	Critérios de diagnóstico	Sim	Não
Aprendizagem de capacidades	Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se <i>Usa adequadamente dispositivo auxiliar para transferir-se</i>		
	Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se <i>Usa adequadamente técnica de adaptação para transferir-se</i>		
	Outro:		
	Enunciados de Diagnóstico e Resultados de enfermagem	Enunciados de ações de diagnóstico e de intervenções de enfermagem	
	Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se Capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se, melhorada	Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para transferir-se Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se	
	Potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se Capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se, melhorado	Treinar no uso de dispositivo auxiliar para transferir-se Treinar técnica de adaptação para transferir-se	



PÔR-SE DE PÉ

Foco	Critérios de diagnóstico	Sim	Não
Pôr-se de pé	Avaliar pessoa a pôr-se de pé <i>Consegue levantar membros superiores</i> <i>Consegue levantar membros inferiores</i> <i>Passa da posição de deitado a sentado</i> <i>Passa da posição de sentado a pé</i> <i>Suporta o próprio peso na posição de pé</i> <i>Vigia as condições de segurança quando se levanta</i>		
	Outra:		
	Enunciados de Diagnóstico e Resultados de enfermagem	Enunciados de ações de diagnóstico e de intervenções de enfermagem	
	Pôr-se de pé comprometido Pôr-se de pé não comprometido	Advogar uso de dispositivo auxiliar para pôr-se de pé Avaliar pessoa a pôr-se de pé Incentivar a pôr-se de pé Informar sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé Orientar para pôr-se de pé Orientar no uso de dispositivo auxiliar para pôr-se de pé Planear o pôr-se de pé Providenciar dispositivo auxiliar para a pessoa pôr-se de pé Supervisionar a pessoa a pôr-se de pé	
Dimensão	Critérios de diagnóstico	Sim	Não
Conhecimento	Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé <i>Conhece dispositivo auxiliar para pôr-se de pé</i>		
	Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé <i>Conhece técnica de adaptação para pôr-se de pé</i>		
	Outro:		
	Enunciados de Diagnóstico e Resultados de enfermagem	Enunciados de ações de diagnóstico e de intervenções de enfermagem	
	Potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé Conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé, melhorado	Avaliar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé Ensinar sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé Ensinar sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé	
	Potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé Conhecimento sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé, melhorado	Providenciar material educativo	

Fonte: Ordem Enfermeiros. (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto. 1-60. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf