

Boas práticas no cuidado à pessoa com espasticidade após AVC - Contributos da Enfermagem de Reabilitação

Rui Miguel Morais Ribeiro

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Orientado por:

Professora Doutora Maria José Almendra Rodrigues Gomes

Bragança, julho de 2023

Boas práticas no cuidado à pessoa com espasticidade após AVC - Contributos da Enfermagem de Reabilitação

Rui Miguel Morais Ribeiro

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Orientado por:

Professora Doutora Maria José Almendra Rodrigues Gomes

Bragança, julho de 2023

AGRADECIMENTOS

A elaboração de um trabalho desta importância é resultado de muitos meses de dedicação e empenho, contudo, a sua concretização não seria possível sem a contribuição de algumas pessoas. A elas, quero aqui expressar o meu sincero agradecimento.

À Professora Doutora Maria José Gomes, pela sua disponibilidade, apoio e orientação. As suas contribuições e críticas foram imprescindíveis para o sucesso da realização deste trabalho.

Neste momento de reconhecimento, não posso deixar de mencionar a minha família, em especial a minha mãe, cujo amor incondicional e apoio incansável foram a motivo primordial por detrás do meu progresso académico.

À minha companheira, pelo apoio inabalável, compreensão e paciência durante todo o percurso do mestrado. Compartilhar esta jornada tornou-a mais significativa e fácil de concretizar.

Por último, não posso deixar de mencionar aqueles que, ao longo dos vários campos de estágio, desempenharam um papel fundamental na minha formação como futuro enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

A todos, muito obrigado.

LISTA DE ACRÓNIMOS

AIT – Acidente Isquémico Transitório

ARS – Administração Regional de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECG – Escala de Coma de Glasgow

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermeiro de Reabilitação

GUSS - Gugging Swallowing screen

h - Horas

INE – Instituto Nacional de Estatística

IDDSI – International Dysphagia Diet Standardisation Initiative

INCP – International Classification for Nursing Practice

MAS – Modified Ashworth Scale

MRCs – Medical Research Council Scale

n – Número de observações

OE – Ordem dos Enfermeiros

SPPB – Short Physical Performance Battery

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UF4 – Unidade Funcional 4

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

UHD - Unidade de Hospitalização Domiciliária

UMAD – Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

% - Percentagem

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| PARTE 1 – RELATÓRIO DE ESTÁGIO | 11 |
| 1. INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS | 17 |
| 3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA..... | 19 |
| 3.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal .. | 19 |
| 3.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade..... | 20 |
| 3.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados | 21 |
| 3.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais | 22 |
| 4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO..... | 24 |
| 4.1. Competência 1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados | 24 |
| 4.2. Competência 2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania | 29 |
| 4.3. Competência 3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa | 34 |
| 5. CONCLUSÃO..... | 38 |
| PARTE 2 – TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO | 40 |
| RESUMO..... | 41 |
| ABSTRACT..... | 42 |
| 1. INTRODUÇÃO..... | 43 |

| | |
|--|-----|
| 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 46 |
| 2.1. Acidente Vascular Cerebral | 46 |
| 2.2. Espasticidade | 51 |
| 2.3. Contributos da Enfermagem de Reabilitação | 58 |
| 3. METODOLOGIA | 60 |
| 4. RESULTADOS | 65 |
| 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 76 |
| 6. CONCLUSÃO | 80 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 82 |
| ANEXOS | 89 |
| ANEXO I – Objetivos definidos para o campo de estágio UHD/UMAD | 90 |
| ANEXO II – Objetivos definidos para o campo de estágio UF4/UAVC | 95 |
| ANEXO III – Objetivos definidos para o campo de estágio ECCI | 99 |
| ANEXO IV – Estudo de caso sobre síndrome de desuso, estágio UHD/UMAD | 105 |
| ANEXO V – Estudo de caso sobre hematoma agudo, estágio UF4/UAVC | 131 |
| ANEXO VI – Plano de reabilitação em doente com diagnóstico de espondilodiscite, estágio UHD/UMAD | 154 |
| ANEXO VII – Plano de reabilitação m doente com diagnóstico de derrame pleural, estágio UHD/UMAD | 157 |
| ANEXO IX – Pedido à Direção Técnica da Unidade de Cuidados Continuados de São José de Medelo | 162 |
| ANEXO X – Parecer favorável à realização do estudo | 164 |

| | |
|--|-----|
| ANEXO XI – Folheto sobre disfagia, estágio ECCI | 166 |
| ANEXO XII – Pedido à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Bragança .. | 169 |

ÍNDICE DE QUADRO

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Principais manifestações clínicas do AVC | 47 |
|---|----|

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Distribuição por tipo de posicionamento..... | 65 |
| Tabela 2 - Distribuição das observações do posicionamento em decúbito dorsal..... | 66 |
| Tabela 3 - Distribuição das classificações do posicionamento em decúbito dorsal | 68 |
| Tabela 4 - Distribuição das observações do posicionamento em decúbito para o lado afetado | 69 |
| Tabela 5 - Distribuição das classificações do posicionamento para o lado afetado | 70 |
| Tabela 6 - Distribuição das observações do posicionamento em decúbito para o lado não afetado | 71 |
| Tabela 7 - Distribuição das classificações do posicionamento para o lado não afetado | 73 |
| Tabela 8 - Distribuição das observações na posição de sentado..... | 74 |
| Tabela 9 - Distribuição das classificações da posição sentado | 75 |

PARTE 1 – RELATÓRIO DE ESTÁGIO

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Opção 2 (opção de estágio de natureza profissional em Enfermagem de Reabilitação com relatório) do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, surge a necessidade do desenvolvimento de um relatório de estágio em Enfermagem de Reabilitação, onde consta de forma crítica e reflexiva, o relato sobre o percurso de aquisição de competências em enfermagem de reabilitação.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2011, o Mestrado em Enfermagem de Reabilitação pretende especificamente o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas fundamentais para a prestação de cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), à pessoa com incapacidade, tendo em conta a sua reintegração social e reabilitação.

O EEER é o profissional que gera, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação individualizados, com base em problemas reais das pessoas com incapacidade. A sua intervenção visa a promoção precoce do diagnóstico, de forma a garantir a manutenção das capacidades funcionais do doente, prevenir complicações e evitar incapacidades, gerando ganhos em saúde (Regulamento n.º 392/2019, pp 13565).

Os cuidados especializados em enfermagem de reabilitação têm como principal foco de atenção, promover o bem-estar e qualidade de vida da pessoa, de forma a restaurar a funcionalidade, promover o autocuidado, prevenir complicações e maximizar capacidades (OE, 2018). O EEER na prestação de cuidados de enfermagem especializada, deve compreender as dinâmicas da sua intervenção. A integração em estágios de natureza profissional facilita o seu processo de aprendizagem e a consolidação de conhecimentos.

Os campos de estágio, são realizados em várias fases na formação dos profissionais de enfermagem, em instituições de saúde ou na comunidade. Os estágios são definidos para completarem a formação teórico-prática, levando a que o estudante seja exposto a situações da prática clínica, promovendo o desenvolvimento de competências, para ser preparado para o exercício em contexto profissional (Silva & Silva, 2016). Estes visam obter conhecimentos por meio da interação com os outros, permitindo o desenvolvimento de competências de intervenção especializada, associando uma interação entre os

conhecimentos teóricos adquiridos e sua aplicação na prática clínica. Ao longo dos estágios é essencial refletir sobre as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas durante a formação clínica, com o objetivo final de desenvolver capacidades pessoais e profissionais na área da enfermagem de reabilitação.

Desta forma, o estágio de natureza profissional em enfermagem de reabilitação decorreu entre o período de 18 de abril de 2022 a 24 de fevereiro de 2023, com carga horária total de 630 horas divididas por 6 estágios, sendo que 105 horas são destinadas a cada campo de estágio.

O cronograma definido para o estágio foi constituído pelos seguintes locais: Unidade de Cuidados Continuados de São José de Medelo do Centro Paroquial de São Martinho de Medelo em Fafe, Unidade de Hospitalização Domiciliária/Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UHD/UMAD) do Hospital da Senhora da Oliveira em Guimarães, Serviço Cinesioterapia Respiratória do Hospital de Braga, Serviço Medicina Interna, Unidade Funcional 4/Unidade de AVC (UF4/UAVC), Serviço Ortopedia 1 do Hospital Padre Américo do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa em Penafiel e por último a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do Centro de Saúde de Mondim de Basto.

A elaboração de um relatório de estágio tem como objetivo descrever, analisar e refletir sobre as experiências de aprendizagem vivenciadas durante os vários campos de estágio no âmbito do curso Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, onde foi possível adquirir conhecimentos práticos e teóricos, bem como aplicá-los na prestação de cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de reabilitação.

Serão apresentadas reflexões críticas sobre as práticas em contexto dos vários estágios, bem como a descrição das atividades desenvolvidas. Além disso, serão relatadas situações e dificuldades encontradas durante o estágio, juntamente com estratégias sugeridas para a sua superação. Por meio dessa análise aprofundada, espera-se fornecer uma visão abrangente das competências e conhecimentos adquiridos, além de demonstrar a aplicação prática das competências do EEER.

A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação nos diferentes contextos deve ser guiada por modelos teóricos. Estes fornecem referenciais teóricos que auxiliam na explicação e descrição de ações significativas para os cuidados, oferecendo diretrizes e fundamentos para a prática de enfermagem. Através da orientação dos modelos teóricos,

o EEER é capaz de compreender as necessidades da pessoa, adaptando os cuidados de acordo com suas particularidades e prestando cuidados de qualidade centrados na pessoa.

Apesar de existirem diversos modelos e teorias que influenciam a prática especializada em enfermagem de reabilitação, a minha intervenção como EEER foi guiada pelos princípios de Teoria de Défice de Autocuidado de Dorothea Orem e da Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Orem (2001) refere-se ao autocuidado como a “prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar”. No entanto, existem momentos na vida em que os indivíduos enfrentam limitações na capacidade para realizar o autocuidado. Quando as necessidades do autocuidado excedem a capacidade da pessoa para se cuidar de forma autónoma, surge o défice no autocuidado. No seu referencial foram integradas três teorias: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Ribeiro, Moura & Ventura, 2021).

A Teoria do Autocuidado baseia-se na forma como as pessoas apresentam a capacidade inata e a responsabilidade de cuidar de si mesmo, com base no reconhecimento das suas capacidades. Por outro lado, a Teoria do Défice do Autocuidado ocorre quando as necessidades da pessoa excedem a capacidade de cuidar de si mesmo. “O défice do autocuidado estabelece a relação entre as capacidades de ação do individuo e as necessidades de cuidados” (Petronilho, 2012). É nesta altura que os enfermeiros através da sua intervenção, minimizam os efeitos desse défice.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem destaca a colaboração dos enfermeiros e da pessoa que necessita de cuidados. Para atender às necessidades de autocuidado do indivíduo, Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem, que são: O Sistema Totalmente Compensatório; O Sistema Parcialmente Compensatório; O Sistema de Apoio/Educação. O Sistema Totalmente Compensatório, o indivíduo não consegue executar as tarefas do autocuidado por si mesmo e, conseqüentemente, depende totalmente de outras pessoas para atender às suas necessidades. Nesse caso, o enfermeiro intervém realizando as ações que a pessoa não consegue executar, compensando a incapacidade. No Sistema Parcialmente Compensatório, o enfermeiro e a pessoa com incapacidade, executam intervenções, como a deambulação ou atividades que envolvem manipulação. Assim o EEER executa parte das tarefas do autocuidado pelo doente,

compensando assim as suas limitações. Por último, o Sistema de Apoio/Educação, este acontece quando a pessoa tem a capacidade de executar, e de aprender a realizar atividades de autocuidado. Neste o enfermeiro visa promover a pessoa à realização do próprio autocuidado, apoiando o doente para se autocuidar (Ribeiro, Moura & Ventura, 2021).

A transição para a independência no autocuidado é um aspeto modificável através da melhoria do potencial de aprendizagem da pessoa, no qual os enfermeiros desempenham um papel significativo, tanto na promoção do autocuidado como na qualidade no processo de transição vivenciadas.

A teoria de Afaf Meleis tem como foco central as transições que as pessoas passam ao longo de suas vidas devido a eventos significativos. Esta teoria oferece uma estrutura abrangente que aborda diferentes aspetos das transições, como os tipos e padrões de transição, as características das experiências de transição, os contextos que podem ser facilitadores ou inibidores, indicadores do processo de transição, os indicadores dos resultados esperados e a assistência de enfermagem prestada durante essas transições. Ela considera a experiência da pessoa numa única transição ou em várias transições ao longo do tempo (Meleis et al., 2000).

O autocuidado tem sido reconhecido como um recurso importante para promover a saúde e gerir os processos de saúde e doença. Além disso, com base em Meleis, o autocuidado serve como uma base teórica para intervenções educacionais, cognitivas e comportamentais. Isso implica a planificação de atividades de aprendizagem que aumentem o conhecimento da pessoa no momento de tomar decisões, particularmente durante as transições ao longo do ciclo de vida (Petronilho, 2012).

O domínio da transição envolve mudanças que exigem ajustes e adaptação. O enfermeiro desempenha o papel de facilitar, para a pessoa, como forma de a orientar, dando estratégias de auxílio nessa transição.

A Enfermagem, enquanto disciplina dedicada a facilitar e apoiar as transições que as pessoas vivenciam ao longo da vida, independentemente da sua natureza, procura desenvolver terapias eficazes para promover o bem-estar e a recuperação da estabilidade (Ribeiro, Moura & Ventura, 2021). Em linha com o quadro teórico da Teoria das Transições de Enfermagem, o enfermeiro deve identificar os fatores que influenciam o

processo de transição, categorizando-os como facilitadores ou inibidores desse processo. Estes fatores estão intimamente ligados a questões e condições pessoais, comunitárias e sociais, e o profissional de saúde deve promover os elementos que facilitam as transições e trabalhar para eliminar os obstáculos, como, por exemplo, barreiras arquitetônicas (Silva, Oliveira, Ribeiro, Prazeres & Ribeiro, 2019). Apenas capacitando e fortalecendo aqueles que estão envolvidos no processo de transição e promovendo a aceitação dessas mudanças, é possível obter sucesso nas intervenções (Ribeiro, Moura & Ventura, 2021). É importante destacar que o papel do enfermeiro vai além do cuidado direto à pessoa, incluindo também intervenções direcionadas aos cuidadores, familiares e à comunidade (Sousa, Martins & Novo, 2020).

Após esta introdução, o relatório de estágio irá focar-se na análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas e das competências específicas adquiridas ao longo dos estágios. Vão ser descritos os objetivos definidos, as intervenções de enfermagem de reabilitação realizadas e também as competências e atividades desenvolvidas para a sua aquisição no decorrer do estágio. Por fim, vai ser apresentada a conclusão do relatório com a aquisição de competências de enfermagem de reabilitação. O relatório foi elaborado de acordo com as diretrizes estabelecidas pela OE.

2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Na elaboração do presente relatório, será feita uma reflexão pessoal sobre as competências desenvolvidas e adquiridas ao longo dos vários campos de estágio para a obtenção do grau de Especialista em Enfermagem de Reabilitação, tendo como referências principais o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação e o Guia Orientador de Estágios do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Bragança. Assim, o que se segue é uma descrição que interliga as competências adquiridas ao longo deste percurso de aprendizagem com os objetivos gerais e específicos propostos pela instituição de ensino.

Os estágios em contexto clínico visam assegurar a formação teórica e prática adequada e o desenvolvimento de competências interpessoais, instrumentais e sistémicas, durante os quais participei ativamente no processo de aprendizagem tendo em vista o desenvolvimento das competências preconizadas para o estágio e dessa forma desenvolvi competências que visam a prestação de cuidados de enfermagem especializados. Surgiu também a oportunidade de elaborar os trabalhos solicitados pela equipa pedagógica que vão ser relatados à posteriori.

No desenvolvimento das competências, o EEER evidencia a importância do autoconhecimento, o qual desempenha um papel fulcral na prática de cuidados de enfermagem. Reconhece-se que o autoconhecimento tem um impacto significativo na construção de relacionamentos terapêuticos e colaborativos entre profissionais de saúde. Ele enfatiza a compreensão de si mesmo e a maneira como interage com outras pessoas, tanto em contextos profissionais quanto organizacionais. Este conhecimento pessoal fornece uma base sólida para a tomada de decisões e a implementação de intervenções baseadas em evidências, atualizadas e relevantes. O EEER desempenha um papel essencial ao facilitar processos de aprendizagem e ao contribuir ativamente para a pesquisa na área.

No início de cada estágio procurei não só familiarizar-me com as características, as dinâmicas de cada serviço e equipa multidisciplinar, mas também conhecer os recursos

materiais disponíveis para a prática de cuidados em enfermagem de reabilitação, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Foi comum em alguns estágios a elaboração de objetivos, gerais e específicos, servindo como guia orientador para o desenvolvimento do estágio (ANEXOS I, II e III). Nos restantes campos de estágio foram tidos como orientação os objetivos gerais e específicos definidos no Guia Orientador de Estágios do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Bragança.

Ao longo dos vários estágios houve uma consolidação de conhecimentos, competências e saberes teórico-práticos orientados para a intervenção especializada em enfermagem de reabilitação. Houve também um desenvolvimento das competências em diversas áreas, incluindo habilidades científicas, técnicas, relacionais, éticas, legais e de pesquisa, todas essenciais para fornecer cuidados de enfermagem especializados. Isso capacita o enfermeiro na tomada de decisões, fundamentadas em evidências científicas sólidas e em conformidade com os princípios éticos e deontológicos.

Nos capítulos seguintes, será apresentada a descrição, análise e reflexão sobre o desenvolvimento de competências ao longo dos diversos campos de estágio. Esta análise será dividida em duas categorias: competências que são comuns do EE e competências que são específicas do EEER.

3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da OE, as competências comuns são competências que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização. Elas são evidenciadas pela sua habilidade significativa na conceção, gestão e supervisão de cuidados de enfermagem, bem como pelo suporte efetivo prestado ao exercício profissional especializado, abrangendo áreas como formação, investigação e assessoria. O documento descreve que o Enfermeiro Especialista (EE) é o profissional a quem se reconhece capacidade científica, técnica e humana para fornecer cuidados de enfermagem especializados nas suas áreas de especialização, e que recebeu a devida certificação. (OE, 2019).

As competências comuns dos enfermeiros especialistas englobam quatro domínios principais: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal o EE demonstra um exercício seguro, profissional, ético e legal, utilizando competências de tomada de decisão ética e deontológica. Deve ainda demonstrar uma prática que está em conformidade com os direitos humanos, que analisa e interpreta situações específicas de cuidados especializados, e lida eficazmente com situações que possam representar riscos para os doentes. (OE, 2019). A sua tomada de decisão, na sua área de intervenção, tem sempre em consideração os princípios éticos, o Código Deontológico e o enquadramento jurídico (OE, 2015). Desta forma é possível contribuir para a fundamentação e reflexão da mesma.

Em contexto do estágio no serviço UHD/UMAD, assim como em contexto de cuidados de saúde primários (ECCI), em que o EE se desloca ao domicílio da pessoa para a prestação de cuidados, onde demonstrei respeito pelos seus valores, costumes garantindo a sua dignidade, confidencialidade e sigilo profissional. Atuei, junto do doente e da sua família/cuidador, na implementação de medidas de prevenção e identificação de práticas de risco, de modo a promover a segurança dos mesmos.

Em contexto de internamento, fomentei o respeito pelo direito da pessoa à privacidade, durante a prestação de cuidados e ensinamentos, assegurando o seu direito à informação para uma maior consciencialização da tomada de decisão.

Um dos desafios sentidos inicialmente, foi na abordagem à pessoa em contexto domiciliário. Senti que estava a invadir a privacidade do doente e família, por ser um local mais pessoal, em contraste com o ambiente hospitalar, em que a pessoa não se encontra na sua zona de conforto, tendo muitas vezes uma atitude de maior compreensão. Superei esta dificuldade ao adotar uma postura e conduta enquanto EE, sentindo que esta poderia influenciar de forma positiva ou negativa a relação com o doente e a sua família. Sinto que houve uma evolução na capacidade de comunicar e interagir de forma mais segura e assertiva fazendo a ponte entre, neste caso, o meu segundo campo de estágio e o último.

3.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

No âmbito da melhoria contínua da qualidade, o EE colabora no desenvolvimento e implementação de projetos institucionais relacionados com a qualidade. Desempenha também um papel importante na disseminação desses projetos para que sejam compreendidos e adotados a nível operacional. Reconhece que a melhoria da qualidade requer a avaliação das práticas em uso e, com base nos resultados dessa avaliação, pode ser necessário rever e aprimorar essas práticas, bem como implementar programas de melhoria contínua. Além disso, valoriza a abordagem centrada na gestão do ambiente da pessoa, entendendo-a como crucial para a eficácia terapêutica e prevenção de complicações. Age de forma proativa para promover a participação adequada das pessoas na gestão do seu bem-estar e para gerir os riscos associados (OE, 2019).

O desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, é fundamental para a melhoria contínua pois promove a eficácia, segurança e qualidade dos cuidados prestados em enfermagem de reabilitação, ao mesmo tempo, contribui para o desenvolvimento profissional e científico.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação definidos pela OE (2018), constituem um instrumento essencial para a promoção da

melhoria contínua dos cuidados prestados, sendo um referencial para a reflexão sobre a prática especializada de enfermagem de reabilitação. Eles consistem num guia orientador para a descrição de indicadores e para a avaliação da qualidade e eficácia dos resultados dos cuidados prestados.

Neste âmbito, foi desenvolvido um trabalho de projeto, “Boas práticas no cuidado à pessoa com espasticidade após AVC – Contributos da Enfermagem de Reabilitação”, onde foi desenvolvida o estado de arte sobre a temática espasticidade e de que forma a Enfermagem de Reabilitação pode contribuir para a sua prevenção. Foi também ministrada uma formação com componente teórico-prática sobre posicionar em padrão anti-espástico e verificada a efetividade dessa mesma formação, por forma a contribuir para o programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados traduzindo-se num estudo desenvolvido na segunda parte deste documento.

3.3.Competências do domínio da gestão dos cuidados

No domínio da gestão de cuidados, o EE realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas. Na gestão dos cuidados, adapta a liderança e adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019).

A gestão de cuidados requer colaboração e interação com a equipa multidisciplinar durante o processo de tomada de decisão. O EE desempenha um papel crucial ao contribuir com seus conhecimentos e competências específicas, com o objetivo de alcançar uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados aos pacientes. O EE deve identificar as necessidades de cuidados de enfermagem do doente e família e mobilizar recursos de saúde e sociais para o efeito.

Ao longo de todos os campos de estágio foi possível verificar as diferenças entre o número de EEER que constituíam cada equipa, nos diferentes serviços, e os rácios definidos. Na UCC de São José de Medelo havia uma EEER responsável pela gestão dos doentes da valência de Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) para 34 camas e uma

EEER responsável pela gestão dos doentes da Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) para 10 camas. No serviço UHD/UMAD toda a equipa era constituída por EEER, para 7 vagas na valência UHD. No serviço de medicina interna UF4/UAVC era escalada uma EEER, de uma equipa de 4 EEER, no horário das 8h00 às 15h00 para 29 camas e no serviço Ortopedia 1, era escalada uma EEER de uma equipa de 5 EEER para 29 camas no horário das 8h00 às 20h00. No serviço de Cinesioterapia Respiratória, a equipa era composta por 4 EEER, onde 1 EEER fazia o atendimento aos doentes em contexto de consulta de ambulatório, e outro EEER prestava apoio aos serviços de especialidades cirúrgicas e medicinas do Hospital de Braga, no período das 8h00 às 15h00.

Em várias situações práticas, percebi a relevância de desempenhar um papel de liderança. Durante o meu primeiro período de estágio numa UCC, tive a oportunidade de acompanhar a enfermeira orientadora, que desempenha funções de gestão, supervisão e prestação de cuidados. Isso permitiu-me envolver em atividades relacionadas com a gestão de recursos e a organização do serviço, adotando uma postura interativa com a equipa multidisciplinar. Assisti, ainda, a uma reunião mensal da Administração Regional de Saúde (ARS) sobre a gestão dos doentes que integra uma médica e uma enfermeira da ARS Norte, enfermeira responsável da UMDR e ULDM, médica responsável e ainda as assistentes sociais da UCC de São José de Medelo.

3.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o EE tem a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem e demonstra assertividade. Alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente.

A partilha dos resultados de pesquisas em contexto de investigação é de extrema importância, pois permite o compartilhar de informações que fomentam o trabalho colaborativo, de forma a melhorar a prestação de cuidados de saúde. Além disso, essa

partilha garante o uso apropriado dos recursos disponíveis e contribui para a promoção da literacia científica.

Durante o campo de estágio realizado no serviço de medicina UF4, tive a oportunidade de participar num colóquio de 7 horas com o tema, "À mesa com a disfagia", onde foram abordados os diferentes contextos e perspetivas sobre a disfagia, quer a nível dos profissionais de saúde que trabalham em meio hospitalar e comunitário, quer a própria experiência pessoal de uma pessoa com disfagia.

Não só a própria experiência adquirida no decorrer dos vários contextos de estágio, como a tipologia de doentes, estimulou a procura de informação em fontes validadas de modo a corresponder às necessidades da pessoa. A realização de pesquisa na elaboração do presente trabalho também permitiu o desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da OE as competências específicas referem-se às habilidades que resultam das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde específicos de cada área de especialidade. Elas são demonstradas por meio da capacidade de fornecer cuidados adequados às necessidades de saúde das pessoas. O EEER é aquele que concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação que são adaptados e personalizados com base nas necessidades de saúde reais e potenciais de cada pessoa. Tem a capacidade de tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa (OE, 2019).

As competências específicas do EEER são: cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

4.1. Competência 1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

Na competência 1, o EEER deve ser capaz de cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

Na área da enfermagem é importante a realização da avaliação inicial detalhada que identifique problemas ou potenciais problemas da pessoa. Esta fase abrange aspetos físicos, emocionais, sociais e ambientais, tendo em conta o contexto e as necessidades individuais de cada utente. Seguidamente, é necessário definir um plano de intervenção individualizado que permita obter ganhos em saúde para a pessoa. Após a sua implementação, é fundamental realizar uma reavaliação dos resultados obtidos com o

objetivo de ajustar as intervenções aos resultados, específicos de cada pessoa, que se desejam alcançar.

Ao longo dos vários estágios foi possível realizar a avaliação do risco de alteração da funcionalidade da pessoa a quem eram prestados os cuidados, recolhendo informação necessária e utilizando escalas e instrumentos de medida para a avaliação das diversas funções.

Foi pertinente a observação do processo informático do doente e a colheita de dados através do diálogo com o doente e família. Durante o processo de avaliação, utilizei instrumentos de recolha de dados, com base no documento Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (2016) da OE, conforme as necessidades da situação da pessoa cuidada. Utilizei a Escala de Ashworth Modificada para a avaliação do tônus muscular, a Medical Research Council Muscle Scale (MRCs) para avaliar a força muscular, a Escala avançada de Equilíbrio de Berg que avalia o equilíbrio funcional, estático e dinâmico, a Escala de Borg modificada utilizada para a avaliação da perceção de esforço, o Índice de Barthel utilizada na avaliação do nível de independência, Medida de Independência Funcional avaliada em cada foco definido, a Gugging Swallowing screen (GUSS) utilizada na avaliação da deglutição e fornece indicações sobre a dieta recomendada. Em contexto de internamento realizei também a avaliação do doente com recurso à Escala de Braden e à Escala de Morse para a avaliação dos riscos inerentes.

No estágio realizado em contexto de UCC, nos doentes da valência de UMDR com patologia neurológica realizei avaliações da disfagia com recurso à escala de GUSS. Esta escala é constituída por exame físico, teste indireto e direto. A avaliação do exame físico é composta pelos parâmetros: controlo cervical/tronco; simetria facial; sensibilidade da mucosa e face; motilidade da língua; reflexo de vômito; elevação laringea; auscultação cervical e saturações periféricas. A identificação de alterações nesta fase permite à posteriori a elaboração de treinos de deglutição mais específicos aos doentes.

No teste indireto é avaliada a vigilância, em que o doente tem de estar alerta por um período superior a 15 minutos, o doente tem também de ter a capacidade de tossir voluntariamente ou limpar 2 vezes a garganta, por último tem de ter a capacidade de deglutir a saliva e é observado o êxito desta ação, verificando a presença de sialorreia ou mudança vocal.

No teste direto é avaliada a deglutição, a tosse, sialorreia e alteração da voz em 3 fases diferentes. Inicialmente é avaliada a capacidade de ingestão de líquido pela consistência da seguinte ordem: “pudim”; depois “mel” e por último “néctar”. Se o doente não apresentar alterações nesta fase progride para líquidos finos e por último para alimentos de consistência sólida.

No serviço de medicina UF4/UAVC, tive oportunidade também de aplicar esta escala, existe um kit preparado para avaliação da escala de GUSS. É composto por copos de plástico, espátulas, estetoscópio, espessante Clear®, colheres de plástico, 3 shakers e água bidestilada. É usada água bidestilada na preparação das diferentes consistências como forma de diminuir o risco de infecção em caso de aspiração dos líquidos espessados. Todos os dias são preparadas 3 garrafas de 1 litro com líquidos espessados de forma a facilitar a distribuição de água aos doentes ao longo do dia, por parte da equipa de assistentes operacionais. Os doentes têm identificado, na sua unidade, se têm disfagia e em que consistência devem ingerir líquidos. Estas garrafas são de vidro e bocal largo de modo a permitira a sua limpeza e desinfeção diária.

Também tive a possibilidade de personalizar dietas segundo as alterações e especificidades de cada doente, segundo o diagrama IDDSI. A Iniciativa Internacional de Padronização de Dietas para Disfagia (IDDSI - International Dysphagia Diet Standardisation Initiative, o objetivo é criar definições e terminologias internacionais padronizadas para descrever alimentos com textura modificada e líquidos espessados destinados a pessoas com disfagia. O diagrama IDDSI estabelece uma linguagem comum para descrever a consistência dos alimentos e a espessura das bebidas. Cabe ao profissional de saúde fornecer recomendações específicas sobre os tipos de alimentos ou bebidas, adequados para uma pessoa com disfagia, com base numa avaliação clínica individualizada.

Na pessoa com alterações neurológicas, a avaliação neurológica é uma etapa fundamental para a prestação de cuidados diferenciados, sendo de extrema importância na fase aguda, a realização de uma avaliação criteriosa para o prognóstico futuro. Utilizei a Escala de Coma de Glasgow (ECG) para avaliar o nível de consciência, a resposta motora e verbal do doente com o objetivo de obter informação sobre a gravidade do comprometimento neurológico.

Também na Unidade de AVC do serviço de medicina UF4, apliquei a escala NIHSS de modo a avaliar a gravidade do AVC. Esta escala é composta por 13 parâmetros, onde são avaliados: o nível de consciência; perguntas de nível de consciência, onde o doente é questionado sobre o mês e sua idade; comandos de nível de consciência, onde o doente é solicitado para abrir e fechar os olhos e depois abrir e fechar a mão não parética; o olhar conjugado, onde são testados os movimentos oculares horizontais; campos visuais, sendo testados por confrontação; paresia facial; motor para braços, onde é testada a força nos 2 membros superiores; motor para pernas, onde é testada a força nos 2 membros inferiores; ataxia de membros, onde são realizados os testes índice-nariz e calcanhar-joelho são realizados em ambos os lados; sensibilidade; linguagem, onde o doente é solicitado a descrever o que está a acontecer no quadro em anexo, a nomear os itens na lista de identificação anexa e a ler da lista de frases em anexo, avaliando a afasia; disartria; e por último a extinção (antiga negligência). Os anexos à escala NIHSS são compostos por 5 frases, 6 palavras, 6 imagens e 1 figura. Também realizei a avaliação dos pares cranianos responsáveis pelas funções sensoriais e motoras. Posteriormente, pude realizar planos de intervenção individualizados de enfermagem de reabilitação individualizados com o objetivo de promover a recuperação funcional, o autocuidado e a qualidade de vida.

Nos estágios realizados no serviço UHD/UMAD e serviço de medicina UF4/UAVC tive oportunidade de realizar, em cada um, um estudo de caso que me permitiu aprofundar os conhecimentos das respetivas patologias em estudo. No serviço UHD/UMAD, desenvolvi o meu estudo sobre um doente com o diagnóstico de síndrome de desuso (ANEXO IV). Inicialmente avalei o doente com recurso a escalas, instrumentos de medida e colheita de dados através do diálogo com o doente e família de forma a identificar as suas necessidades e elaborar um plano de cuidados em enfermagem de reabilitação por forma a maximizar o seu potencial. O plano consistia principalmente em exercícios de automobilização, exercícios de calistenia e exercícios aeróbios.

Para a avaliação da capacidade funcional do doente utilizei a Short Physical Performance Battery (SPPB). Esta escala é usada para avaliar a capacidade funcional de um paciente, bem como determinar a necessidade de implementar medidas preventivas e terapêuticas para otimizar a sua funcionalidade. Tavares & Dias (2012) conduziram uma pesquisa que indicou que a incapacidade funcional relacionada ao autocuidado e à mobilidade sugere a necessidade de realizar ações que promovam a funcionalidade, com o objetivo de

umentar a independência dos idosos. O plano de reabilitação sugerido ao doente foi previamente discutido e aprovado pelo enfermeiro orientador. Foi também utilizada a Escala de Borg Modificada com o objetivo de mensurar a percepção subjetiva do esforço durante a realização do plano de reabilitação. Esta escala é amplamente utilizada para avaliar a intensidade do exercício que podemos proporcionar ao doente segundo a sua percepção e tolerância ao exercício. Desta forma consegui, com o doente, a definição de limites seguros de exercícios e ajuste das intensidades, ficando instruído a conhecer os sinais e sintomas para abrandar ou parar o exercício.

No serviço de medicina UF4/UAVC foi elaborando um estudo de caso (ANEXOS V) sobre uma doente com o diagnóstico de Hematoma Agudo, onde tive a oportunidade de acompanhar a doente o período de internamento no qual foram avaliadas escalas, de forma a identificar as necessidades e focos de atenção com o objetivo de elaborar um plano de reabilitação para promover a sua autonomia e qualidade de vida. O plano de cuidados de reabilitação implementado tinha como objetivos específicos para a doente, a promoção do autocuidado e a melhoria da disfagia, através de treinos de deglutição e equilíbrio.

No caso da doente, ela apresentava assimetria da face, pelo que foram realizados treinos de abrir e fechar a boca, “dar beijinhos”, auxiliando-a com os dedos na realização de expressões faciais, como sorrir e “fazer beicinho”. Na alteração da sensibilidade da mucosa foi usado, por exemplo, um cotonete embebido em sumo de limão para promover uma maior estimulação. Na alteração da sensibilidade da face foram realizados exercícios, como por exemplo, serrar os lábios e encher as duas bochechas com ar, fazendo resistência usando as mãos. Na motilidade da língua foram realizados exercícios com uma colher de metal, empurrando-a com a língua contra a mucosa oral em todas as direções com o objetivo de promover uma melhor propulsão do bolo alimentar para o esófago.

Na promoção do equilíbrio sentado estático, a doente foi instruída a fazer força na região abdominal e anca do lado sã, para adotar um correto posicionamento, recorrendo também ao espelho quadriculado como forma de promover a estimulação visual.

No equilíbrio sentado dinâmico foi estimulada a, sentada na beira da cama, corrigir a postura após serem aplicados estímulos externos no tronco da doente. Foi também, gradualmente, removido o apoio da mão direita e ambos os pés, de forma a diminuir a

base de sustentação. Outro dos exercícios realizados foi, por exemplo a remoção do estímulo visual, fechando os olhos.

Também em contexto de pessoa com comprometimento a nível neurológico, implementei intervenções de reabilitação como mobilizações passivas, ativas-assistidas, ativas e ativas-resistidas. Executei posicionamentos em padrão antiespástico de modo a diminuir o desenvolvimento da espasticidade, prevenir deformidades musculoesqueléticas, promover a estimulação sensorial e o reconhecimento e consciência do lado afetado. Utilizei as talas de Margareth Johnson para membros superiores e inferiores e tive oportunidade de aplicar ortóteses para punho, mão, cotovelo e membro inferior. No leito, em doentes mais dependentes executei exercícios como rolar, a ponte, rotação controlada da anca, automobilização e exercícios de carga no cotovelo. Implementei exercícios de equilíbrio na posição de sentada e em pé, de motricidade fina e coordenação.

4.2.Competência 2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

Na competência 2, o EEER deve ser capaz de capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e o exercício da cidadania;

Foram desenvolvidas atividades no âmbito da elaboração e implementação de programas de treino de Atividade de Vida Diária (AVD), com o objetivo de adaptar a pessoa com limitações de mobilidade às suas atividades e maximizando a sua autonomia. Estes planos de enfermagem de reabilitação visam a capacitar a pessoa ajudando-a adquirir competências necessárias para realizar as tarefas diárias, como higiene pessoal, a alimentação, o vestuário, a deambulação de acordo com as suas capacidades e necessidades específicas.

O plano de reabilitação deve incluir atividades que estimulem a função sensorial, a função motora, promovam o controle postural, aumentem a amplitude de movimento e proporcionem treino de marcha. Além disso, é importante integrar ações de educação para

a saúde, conforme destacado por Lessmann et al. (2011), promovendo uma maior independência à pessoa com necessidades para realização das AVD's.

O treino das AVD's desempenha um papel importante na promoção do autocuidado e é fundamental para a reintegração social e familiar do indivíduo. O EEER deve estimular a pessoa a maximizar a sua autonomia e o seu envolvimento tendo em consideração a sua nova condição motora ou cognitiva. O objetivo é capacitar a pessoa a realizar as atividades do dia a dia sozinha, intervindo o EEER apenas quando necessário. O EEER será facilitador neste processo, fornecendo suporte e orientação, permitindo que a pessoa assuma a responsabilidade do seu próprio autocuidado.

O treino de AVD's foi algo que pude aplicar em vários campos de estágio, tais como, no serviço de Ortopedia, no serviço de medicina UF4/UAVC, no serviço UHD/UMAD, UCC e ECCI.

Como já referido anteriormente, no âmbito do estágio realizado no serviço de medicina UF4/UAVC e no serviço UHD/UMAD, foram desenvolvidos estudos de casos e implementado treinos de reabilitação. Para além disso, foram também elaborados e implementados mais dois planos de cuidados em enfermagem de reabilitação no decorrer do estágio no serviço UHD/UMAD, a um doente com espondilodiscite (ANEXO VI) e a um doente com derrame pleural (ANEXO VII). Ao longo das visitas domiciliárias eram realizados o doente era instruído sobre o plano de reabilitação e realizados ensinamentos complementares. A reavaliação e ajuste do plano também foi um aspeto tido em conta de forma a adaptar os exercícios ao doente obtendo melhores resultados. Em ambos os casos os doentes tiveram alta com melhorias significativas.

Na promoção do autocuidado da doente do serviço de medicina UF4/UAVC do estudo de caso anteriormente abordado, foram realizadas intervenções tendo em conta as necessidades da doente. Relativamente ao autocuidado alimentação, a doente comia com a mão dominante e com dieta adaptada segundo a avaliação da escala de GUSS, no entanto inicialmente só, conseguia observar a parte mais à direita do tabuleiro e não comia a sobremesa, pelo que foi incentivada a rodar a cabeça para conseguir observar todo o tabuleiro. As transferências eram realizadas pelo lado esquerdo de forma a encorajar o movimento do lado afetado. Foi ainda incentivada a fazer carga sobre o lado dos défices para promover a normalização do tónus muscular e sensibilidade profunda. Na higiene pessoal foi instruída a usar a mão esquerda para auxiliar em certas atividades, como por

exemplo, segurar a pasta dos dentes contra o lavatório. Nos cuidados de higiene no chuveiro, foi incentivada a lavar e enxaguar o corpo com a mão dominante promovendo a propriocepção e estimulação sensitiva térmica com a temperatura da água. Foi instruída a vestir pelo lado afetado e despir pelo lado não afetado.

No que diz respeito ao treino do autocuidado de higiene, este era feito principalmente no turno da manhã com a estimulação do doente para realizar a sua higiene pessoal na casa de banho. No caso da pessoa com comprometimento neurológico, realizava uma abordagem pelo seu lado afetado, encorajei a lavar toda a região corporal, dentro das suas capacidades, auxiliando nos segmentos corporais em que o doente não conseguia alcançar. O uso de técnicas facilitadoras como a utilização de um espelho com o objetivo da reintegração da sua imagem corporal, possibilitando a correção da postura, facilitando ainda a o pentear e a higiene oral.

No autocuidado de eliminação foi importante instruir a pessoa a ter um padrão de eliminação com horário definido e sempre que possível na casa de banho proporcionando acima de tudo a sua privacidade e conforto. Em relação ao autocuidado alimentação, inicialmente realizava a avaliação da disfagia segundo a escala de GUSS, já descrita anteriormente. Como estratégias foram utilizados o sentar a pessoa de forma confortável com a cabeceira a 90°, proporcionar um ambiente calmo, instruir a comer quantidades pequenas de alimentos, verificando se estes não ficam acumulados na cavidade oral, incentivar a ingestão hídrica, adaptando a consistência dos líquidos de acordo com a gravidade da disfagia. Ainda no doente neurológico, um dos défices neurológicos muitas vezes observado era a paresia facial central pelo que pude implementar exercícios de reeducação dos músculos da face, tais como, unir/elevar as sobrancelhas, enrugando a testa, fechar os olhos com força, sorrir, mostrar os dentes, assobiar, encher a boca de ar, deprimir o lábio inferior. Para o autocuidado transferir, realizei treino de transferência da pessoa da cama para a cadeira de rodas/cadeirão e desta para cama. Foi importante a presença da família para a instruir sobre estas orientações e cuidados a ter em contexto domiciliário. A pessoa deve sair da cama pelo lado afetado e entrar pelo não afetado.

No caso da pessoa com patologia orto-traumatológica, ela deve sair pelo lado não afetado, no entanto, foi importante não padronizar estes ensinamentos, adaptando-os a cada pessoa, tendo também em consideração as características do domicílio. Deste modo foram realizados ensinamentos ao doente e família sobre os benefícios da substituição dos tapetes soltos

por tapetes antiderrapantes, ou se possível a sua remoção e a adaptação dos móveis em áreas de circulação de forma a não dificultem a marcha, contribuindo assim para a diminuição do risco de queda. O uso do polibã, de preferência em elevação de entrada, colocação de barras de apoio nas zonas de maior risco, junto à sanita, lavatório e polibã. Na situação de pessoas com prótese total da anca, é fundamental a colocação de alteadores de sanita, ou então o uso de cadeiras-sanita com altura suficiente como forma de prevenir a flexão da anca a mais de 90° e conseqüente luxação da prótese.

Instrui e supervisionei treinos de marcha, com e sem auxiliar de marcha (andarilho, canadianas e tripé, conforme as características da pessoa) com o objetivo de promover uma maior autonomia na marcha, corrigindo a postura e adaptando os ensinamentos segundo a patologia da pessoa. Em doentes submetidos a artroplastia total do joelho com necessidade de subir escadas para entrar em casa, supervisionei treinos de subir e descer escadas com canadianas, em que a pessoa era instruída a avançar primeiro o membro inferior sã, de seguida as canadianas e por último o membro operado. A descer primeiro com o apoio das canadianas no degrau abaixo, de seguida, membro operado e por último e membro inferior sã. No serviço Ortopedia 1, os treinos de marcha e subir e descer escadas, eram sempre realizados com a prévia colocação de um cinto de transferência de modo a promover uma maior segurança para o doente.

Também no doente com cirurgia ortopédica programada, é importante a realização de ensinamentos pré e pós-operatórios. A nível dos ensinamentos pré-operatórios, ensinei e instrui o doente a realizar exercícios de dissociação dos tempos respiratórios, reeducação abdominodiafragmática, dissociação dos tempos respiratórios com abertura da grade costal, com recurso a “bastão” e o treino com inspirómetro de incentivo. No âmbito do estágio realizado no serviço de Ortopedia 1 e devido à importância destes ensinamentos de modo a prevenir complicações associadas ao processo cirúrgico, foi sugerida a elaboração de um poster do Projeto “Respire Por Si” (ANEXO VIII). Este é um projeto já implementado no serviço, pela equipa de enfermagem de reabilitação, tendo como objetivos prevenir complicações respiratórias relacionadas com a imobilização no idoso com fratura proximal do fémur e diminuir em 5% o número de dias de internamento do idoso com fratura proximal do fémur.

Instrui sobre a técnica de mobilização ativa da articulação tibiotársica; técnica de exercícios isométricos com o objetivo de promover o fortalecimento muscular. Em

doentes submetidos a artroplastia total da anca, em pessoas com maior grau de dependência executei mobilizações passivas e incentivava a realização de mobilizações ativas e quando possível, ativas-resistidas.

No campo de estágio realizado em contexto de UCC tive a oportunidade de realizar uma sessão de capacitação do cuidador. Nesta situação, o cuidador pretendia cuidar do doente em sua casa e para isso foi necessário realizar ensinamentos de como executar determinados cuidados como, cuidados de higiene e conforto no leito, higienização oral, aspiração de secreções por traqueostomia e os cuidados necessários à manutenção da mesma, alimentação por PEG e cuidados no posicionamento.

Foi comum ao longo de vários estágios a realização de ensinamentos, sendo diferente de contexto para contexto, os ensinamentos podiam ser mais direcionados para o doente ou até mesmo para a própria família/cuidadores. Nos primeiros campos de estágio senti alguns constrangimentos na realização de determinados ensinamentos por alguma insegurança e pouca assertividade. Esta situação que foi sendo superada não só com a ajuda e orientação dos EEER que fizeram parte do meu percurso do estágio de natureza profissional, mas também pela experiência e desenvolvimento de conhecimentos.

A reinserção social e a eliminação de barreiras arquitetónicas devem ser parte integrante das preocupações do EEER, por esse motivo, é necessário implementar programas de reabilitação que tenham em consideração as condições habitacionais que possam interferir ou limitar a mobilidade da pessoa. O EEER deve atuar de modo a minimizar esse impacto.

Em estágios realizados no âmbito da comunidade, ECCI e UHD/UMAD identifiquei em contexto de domicílio algumas barreiras arquitetónicas e contribuí para a sua adaptação às necessidades da pessoa. Numa doente, com prótese total do joelho que deambulava com apoio de canadianas, foi sugerida a remoção dos tapetes no percurso da sala de estar até ao quarto. Outra situação em contexto de ECCI foi a de uma doente, com grau elevado de dependência, necessitava de uma cama articulada de modo a promover um maior conforto no posicionamento. Após diálogo com a família e cuidadora a ECCI de Mondim de Basto disponibilizou uma cama articulada.

Nos estágios realizados em contexto de internamento também foram identificadas barreiras arquitetónicas, como por exemplo, no serviço em questão, só uma casa de banho

era possível ter acesso ao chuveiro com cadeira sanita devido ao pavimento plano com ligeiro declive.

4.3. Competência 3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Na competência 3, o EEER deve ser capaz de maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Na valência ULDM em contexto de estágio na UCC, nos doentes com patologia respiratória crónica, prestei cuidados à traqueostomia, mantendo a sua permeabilidade e a prevenção de infeção, procedendo a aspiração de secreções sempre que necessário, com recurso a sonda estéril e luva esterilizada, calçada na mão dominante. A cânula interna deve ser trocada sempre que necessário bem como a sua higienização, limpeza do local do estoma com soro fisiológico e correta fixação da cânula com fita de nastro, trocando a cânula externa a cada 3-4 dias (Martins, Castilho, & Simões, 2000).

Adquiriti conhecimentos acerca da correta utilização de dispositivos de promoção da limpeza das vias aéreas como o Cough Assist®, insuflador/exsuflador mecânico que simula a tosse mecanicamente, de forma assistida. Este mobiliza e faz progredir as secreções das pequenas vias aéreas para a orofaringe sendo posteriormente expelidas ou aspiradas de forma eficaz e segura (Couto, Silva, do Mar, & Gomes, 2021). Por último, adquiri ainda conhecimentos acerca de técnicas de limpeza das vias aérea como drenagem postural com auxílio de manobras acessórias de vibro-compressão.

No estágio no serviço de cinesiterapia respiratória, tive oportunidade de prestar cuidados a pessoas com faixa etárias muito distintas. Foi importante, demonstrar conhecimento e segurança nos cuidados prestados, para que desta forma o doente e a família confiassem em mim.

Realizei exercícios de reeducação funcional respiratória a pessoas com diversas patologias, sendo elas de modo geral do tipo obstrutivo ou restritivo.

A consciencialização e o controlo da respiração eram realizados mediante ensino e treino de dissociação dos tempos respiratórios e da respiração diafragmática. Durante estes exercícios, tinha em consideração a tolerância e a colaboração do doente. A importância da respiração diafragmática envolve uma respiração controlada e profunda utilizando o diafragma para ajudar na expansão dos pulmões. Desta forma, ajuda a melhorar a eficiência respiratória. Na reeducação funcional respiratória executei, com os doentes, exercícios respiratórios da porção anterior, posterior e hemicúpulas diafragmáticas, direita e esquerda. Em alguns casos, consegui introduzir alguma resistência com a utilização de uma almofada de areia na região abdominal. De modo a melhorar a ventilação e oxigenação numa área específica, corrigindo desequilíbrios na ventilação, para fortalecer a mobilidade das costelas e a atividade muscular, prevenir atelectasias e o acúmulo de secreções. É incluída uma abordagem que envolve exercícios de reeducação costal seletiva. Nesse processo, pode-se utilizar um pau de vassoura em vez de um bastão, a fim de promover uma abertura costal global (Cordeiro e Menoita, 2012).

De modo a facilitar a mobilização das secreções dos segmentos distais para proximais, foi utilizada a posição de drenagem postural modificada, com o leito na posição horizontal e com elevação da cabeceira consoante a tolerância da pessoa, facilitando a drenagem das secreções e posteriormente a sua remoção. Neste momento, foram utilizadas almofadas de posicionamento para que a pessoa estivesse numa posição relaxada. Paralelamente, utilizei manobras acessórias de vibração, percussão e compressão que foram aplicadas de forma adequada e segura. Foi importante a orientação dos enfermeiros orientadores na colocação correta das mãos. Também foram realizados ensinamentos sobre a tosse dirigida modificada e ciclo ativo da respiração.

Durante o estágio, foram realizados ensinamentos relativos a estratégias de conservação de energia e controlo de dispneia a serem adotados pela pessoa no seu dia a dia. No que diz respeito ao controlo da fadiga, estratégias como a inspirar durante a fase de repouso e expirar na fase de esforço com os lábios semicerrados e adotar períodos de descanso. Foram dadas orientações para tomar banho, calçar e descalçar os sapatos e realizar a higiene sentados, usar sapatos sem atacadores, repartir as tarefas domésticas ao longo do dia e subir escadas lentamente.

Relativamente ao treino de fortalecimento muscular, deparei-me com doentes com maior grau de dependência e baixa mobilidade, executei técnicas de exercício muscular e

articular de forma passiva das articulações e segmentos dos membros superiores: glenoumeral, cotovelo, antebraço, punho e dedos e membros inferiores: coxofemoral, joelho, tibiotársica e dedos. Estas mobilizações eram executadas num movimento repetido no mínimo de 10 vezes cada segmento, tendo em conta o limite da dor, fadiga cumulativa. Eram realizadas de forma coordenada, repetida e controlada com o objetivo de manter a amplitude articular, melhorar a função circulatória, prevenir complicações associadas à diminuição do movimento, preservar a proprioceção e diminuir o grau de espasticidade. Foram também realizados os exercícios da ponte e dissociação da cintura pélvica de forma a fortalecer os músculos abdominais, pélvico e coxa e alongar o tronco com rotação do mesmo de um lado para o outro (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).

Ao longo dos vários estágios tive a oportunidade de observar os diferentes tipos de utentes, a maior parte, com idades mais avançadas e com pouca capacidade cognitiva de participar no seu processo de reabilitação, no entanto, também tive oportunidade de acompanhar doentes com potencial para melhorar o conhecimento e capacidade de realização do plano de reabilitação proposto.

A observação da evolução dos doentes, tornou-se num motivo de satisfação tanto para mim como para os próprios doentes, que adquiriam mais autonomia e ganhos em saúde e também para o cuidador que observava uma evolução positiva do doente, diminuindo a sobrecarga de cuidados necessários.

Num caso concreto de uma doente institucionalizada no lar de Mondim de Basto, tive a oportunidade de acompanhar o processo de admissão da doente, realizando uma avaliação inicial com recurso a escalas de forma a identificar as suas necessidades e elaborar um plano individualizado de reabilitação. A doente tinha diminuição da força dos membros inferiores o que condicionava a marcha, desta forma foram instruídos e ensinados exercícios de reforço muscular dos membros inferiores. Como resultado a doente adquiriu uma maior autonomia na marcha, conseguindo deambular maiores distâncias, com apoio do andarilho.

Como já referido anteriormente, também no âmbito da aquisição desta competência, foram elaborados dois estudos de caso (ANEXOS IV e V), que contem os respetivos planos de reabilitação e ainda mais dois planos de reabilitação (ANEXOS VI e VII), elaborados de forma a promover uma maior autonomia e qualidade de vida.

O EEER deve validar constantemente o plano de cuidados de uma pessoa com necessidades especiais, envolvendo ativamente a família como parceira no processo de cuidar, uma vez que a família se encontra mais próxima do utente (Branco e Santos, 2010). A educação para a saúde desempenha um papel crucial no sucesso de um programa de enfermagem de reabilitação, com seu principal objetivo sendo manter ou melhorar a qualidade de vida do paciente. Isso é alcançado ao promover mudanças no comportamento e no estilo de vida da pessoa, proporcionando assim um efeito terapêutico adicional às outras intervenções (Canteiro, 2003).

Foi primordial estabelecer uma relação de confiança com a pessoa e família para garantir uma boa adesão aos cuidados prestados e ao envolvimento no processo de reabilitação. Ao estabelecer uma relação de confiança, criamos um ambiente seguro onde a pessoa e família sentem-se à vontade para expressar as suas necessidades, preocupações e expectativas. Desta forma o EEER pode identificar as necessidades e preferências e desenvolver um plano de reabilitação individualizado.

Tendo em vista a promoção de estratégias de prevenção do risco clínico tendo em vista uma cultura de segurança, elaborei um folheto sobre a temática da disfagia (ANEXO IX) de modo a entregar a doentes e cuidadores, onde é abordado o que é a disfagia e as suas causas, os sinais de alerta e cuidados a ter na hora da refeição.

5. CONCLUSÃO

Os estágios tornaram-se assim uma mais-valia à aprendizagem e ao desenvolvimento de competências, no sentido em que, atuei em várias áreas de intervenção, ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação e eliminação. Consegui aplicar na prática, a maioria dos conhecimentos teóricos adquiridos, além de dar resposta aos objetivos previamente delineados.

Ao longo dos campos de estágio realizados, houve uma aquisição tanto das competências comuns do EE como das competências específicas do EEER. Este foi um processo que incluiu o desenvolvimento de estratégias e intervenções que visaram melhorar a funcionalidade, promover a autonomia e apoiar a pessoa na sua recuperação. Através das experiências vivenciadas nos mesmos, foi possível consolidar e aplicar as competências específicas do EEER, contribuindo para um cuidado efetivo e centrado no paciente.

A prática em contexto comunitário tornou-se um campo de estágio desafiador e ao mesmo tempo muito enriquecedor para a minha experiência quanto futuro EEER, por ser o último campo de estágio e pela oportunidade de aplicar na prática os conhecimentos adquiridos no decorrer do curso de mestrado, uma vez que a intervenção do EEER passa por uma atuação em diversas dimensões, como na pessoa, ambiente, família/cuidador e a nível social. Torna-se imprescindível a articulação dos conhecimentos teóricos e da prática clínica com a capacidade de criatividade e adaptação ao contexto de cada pessoa.

No decorrer do período de estágio de natureza profissional, foi possível adaptar as horas de estágio definidas com o contexto profissional. No entanto, como aspeto menos positivo saliento a realização de campos de estágio em locais que era necessária uma deslocação num percurso casa-local de estágio/local de estágio-casa superior a 1 hora.

É notório que as reflexões críticas e construtivas, decorrentes das experiências clínicas e dos estágios, tenham contribuído para o desenvolvimento de aprendizagem. Isso permitiu-me ter alcançado, de modo geral, os domínios das competências comuns do EE, que englobam a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Além disso, também adquiri competências específicas do EEER, que incluem o cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de

cuidados, capacitar pessoas com deficiência, limitações de atividade e restrições de participação para que possam reintegrar-se na sociedade para o exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade, desenvolvendo as suas capacidades individuais.

PARTE 2 – TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

RESUMO

Introdução: A espasticidade resulta numa lesão do sistema nervoso central, caracterizada pelo aumento do tônus muscular, o que pode vir a comprometer a realização de determinadas atividades de vida diária, levando a uma maior dependência. Apesar do correto posicionamento da pessoa com AVC não garantir a total prevenção da espasticidade, permite reduzir consideravelmente o seu desenvolvimento, evitando também a ocorrência de espasmos nos membros afetados.

Objetivos: Observar a prática clínica dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com espasticidade; identificar as lacunas na prática clínica dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com espasticidade; contribuir para a melhoria da prestação de cuidados à pessoa com espasticidade através da apresentação de uma formação teórico-prática; comparar a prática clínica dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com espasticidade antes e após a apresentação da formação teórico-prática; avaliar a eficácia da formação teórico-prática.

Métodos: Estudo com uma abordagem quantitativa, quase experimental, com base em 30 observações de registo de posicionamentos realizados por enfermeiros à pessoa com espasticidade em dois momentos diferentes: pré e pós formação, ao longo do mês de maio de 2023 numa Unidade de Cuidados Continuados.

Resultados: No conjunto de observações realizadas, é possível concluir que houve uma melhoria da média das classificações, em todos os posicionamentos, entre o período pré-formação e o período pós-formação, com maior destaque para o posicionamento em decúbito dorsal (20,11 para 25,5 pontos), seguido do posicionamento em decúbito lateral para o lado não afetado (19,33 para 24,33 pontos). Nas observações realizadas pós formação, o decúbito lateral para o lado afetado foi o posicionamento menos vezes cumprido e o de sentado foi o que mais se aproximou do valor máximo do score da checklist.

Conclusões: A intervenção do enfermeiro de reabilitação contribuiu para a aquisição de conhecimentos, traduzindo melhores práticas no cuidado à pessoa com espasticidade.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Espasticidade muscular; Posicionamento; Enfermagem em Reabilitação.

ABSTRACT

Introduction: Spasticity results from a central nervous system injury, characterized by an increase in muscle tone, which can compromise the performance of certain daily activities, leading to greater dependency. Although correct positioning of a person with a stroke does not guarantee the complete prevention of spasticity, it significantly reduces its development, also avoiding the occurrence of spasms in the affected limbs.

Objectives: To observe the clinical practice of nurses in providing care to individuals with spasticity; to identify gaps in the clinical practice of nurses in providing care to individuals with spasticity; to contribute to the improvement of care provided to individuals with spasticity through the presentation of theoretical and practical training; to compare the clinical practice of nurses in providing care to individuals with spasticity before and after the presentation of theoretical and practical training; to evaluate the effectiveness of the theoretical and practical training.

Methods: This study employs a quantitative, quasi-experimental approach, based on 30 observations of positioning performed by nurses for individuals with spasticity at two different time points: before and after training. The data was collected over the course of May 2023 at a Continuum Care Unit.

Results: Based on the observations conducted, it is possible to conclude that there was an improvement in the average ratings for all positions between the pre-training period and the post-training period, with the most significant improvement observed in the supine position (from 20.11 to 25.5 points), followed by the lateral positioning on the unaffected side (from 19.33 to 24.33 points). In the post-training observations, the lateral positioning on the affected side was the least frequently achieved position, while the seated position came closest to the maximum value on the checklist score.

Conclusions: The intervention of the Rehabilitation Nurse contributed to the acquisition of knowledge translated into better practices in caring for individuals with spasticity.

Keywords: Stroke; Muscle Spasticity; Positioning; Rehabilitation Nursing.

1. INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC), consiste num conjunto de défices neurológicos focais, súbitos, resultantes da interrupção da irrigação sanguínea cerebral (Flannery & Bulecza, 2010).

É comum após um AVC, que a prevalência de comprometimento a nível motor seja de 80% dos sobreviventes de AVC (Allison, Shenton, Bamforth, & et al., 2016). Os sintomas motores são as manifestações clínicas mais amplamente reconhecidas. O compromisso das vias motoras pode afetar o início dos movimentos, a sua força e integração, bem como o tônus muscular e a atividade reflexa (Flannery & Bulecza, 2010).

A espasticidade resulta numa lesão do sistema nervoso central, caracterizada pelo aumento do tônus muscular, o que pode vir a comprometer a realização de determinadas atividades de vida diária, levando a uma maior dependência. Quando não controlada pode levar a complicações graves, incluindo contratura muscular, redução da amplitude de movimento, postura anormal e desempenho motor prejudicado (Kuo & Hu, 2018). Não afeta apenas negativamente a vida da pessoa e da sua família, mas também aumenta os custos em saúde.

Aproximadamente dois terços dos doentes, após acidente vascular cerebral, desenvolvem espasticidade, pelo que constitui uma importante área de atuação do Enfermeiro de Reabilitação (ER) (Teixeira, et al., 2017).

Segundo a DGS (2010), é fundamental adotar medidas de posicionamento correto no leito, a realização de mobilizações de forma regular, encorajar o levantar e o deambular em indivíduos que sofreram um AVC. Essas intervenções devem ser orientadas com o objetivo de prevenir o desenvolvimento de espasticidade, uma vez que esta condição ocorrerá inevitavelmente se não for mantido um padrão anti-espástico adequado.

O correto posicionamento da pessoa com AVC pode não garantir a prevenção total da espasticidade, no entanto, possibilita a redução considerável do seu desenvolvimento, evitando desta forma o surgimento de espasmos nos membros afetados (Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012).

Segundo a norma da DGS (2011), no AVC moderado, em doentes com idade superior a 75 anos e em doentes com AVC grave com idade superior a 55 anos, há indicação para

internamento inicial em unidades de cuidados continuados integrados de média duração e reabilitação ou unidades de convalescença de AVC, com programa de reabilitação menos intensivo. Os cuidados continuados estão focados na recuperação global da pessoa, de modo a promover a sua autonomia e melhorar a sua funcionalidade no contexto da situação de dependência em que se encontra.

A Enfermagem de Reabilitação tem uma importante contribuição no cuidar da pessoa com necessidades especiais. Visto que a espasticidade pode levar à incapacidade após um AVC, as intervenções devem ser direcionadas para diminuir o seu impacto nas atividades do autocuidado.

Considerando que a equipa de enfermagem é responsável pelo posicionamento dos doentes durante a prestação de cuidados, é essencial o EEER capacitar e consciencializar tanto os enfermeiros de cuidados gerais como de outras especialidades, para a execução do correto posicionamento em padrão anti-espástico, contribuindo assim para a minimização do impacto causado pela espasticidade e para a prevenção do seu agravamento de modo a manter ou recuperar a independência, uniformizando os cuidados prestados.

Neste sentido e após a observação da prática dos enfermeiros da Unidade de Cuidados Continuados (UCC) de São José de Medelo em Fafe emergiu a seguinte questão: Quais os contributos da Enfermagem de Reabilitação, para a adoção de boas práticas nos cuidados à pessoa com espasticidade após AVC?

Foram estabelecidos os seguintes objetivos: observar a prática clínica dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com espasticidade; identificar as lacunas na prática clínica dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com espasticidade; contribuir para a melhoria da prestação de cuidados à pessoa com espasticidade através da apresentação de uma formação teórico-prática; comparar a prática clínica dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com espasticidade antes e após a apresentação da formação teórico-prática; avaliar a eficácia da formação teórico-prática.

Este trabalho encontra-se dividido em dois capítulos: o primeiro aborda o enquadramento teórico, onde é apresentado o estado de arte relacionado ao tema em questão. O segundo capítulo é dedicado ao enquadramento metodológico, onde é apresentada a metodologia,

análise e discussão dos resultados obtidos, respectivas conclusões e desenvolvimentos futuros.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Acidente Vascular Cerebral

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) consiste num conjunto de défices neurológicos focais, súbitos, resultantes da interrupção da irrigação sanguínea cerebral (Flannery & Bulecza, 2010).

A circulação encefálica está dividida em dois sistemas, com diversas anastomoses, nomeadamente o sistema carotídeo e o vertebro-basilar. O sistema carotídeo é composto pela artéria carótida interna, pelas suas colaterais e terminais (Ferro & Pimentel, 2013). Todas as artérias estão conectadas, formando o polígono de Willis, que permite a passagem sanguínea entre a circulação das artérias posteriores e anteriores (Almeida, 2018). Quando há uma interrupção do aporte sanguíneo, numa determinada área do cérebro, as funções do lobo afetado poderão ficar comprometidas (Branco & Santos, 2010).

Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira (2012), agrupam o AVC em duas grandes classes: hemorrágico (intracerebral, parenquimatoso e subaracnoide), e isquémico (trombótico, embólico e lacunar). O AVC isquémico é caracterizado por uma oclusão vascular localizada, o que leva à interrupção do fornecimento de oxigénio e glicose ao tecido cerebral, afetando assim os processos metabólicos do território envolvido (Branco & Santos, 2010). Já o AVC hemorrágico é definido como uma hemorragia, um extravasamento difuso de sangue no parênquima cerebral que leva à destruição de tecido (Branco & Santos, 2010).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), em Portugal o número de óbitos no ano de 2020 devido à doença cerebrovascular foi de 11421, verificando-se um aumento, em relação ao ano 2019, de 10947 casos. No ano 2020 as mulheres representaram cerca de 57% do total de óbitos por doença cerebrovascular (Instituto Nacional de Estatística, 2023).

Hall, Williams, Hickey, & et al., (2016), referem que o AVC é a segunda causa mais comum de morte e uma das principais causas de incapacidade a longo prazo na Europa e no mundo.

Em Portugal, de acordo com dados do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2021), a mortalidade por AVC tem estado a diminuir, mas ainda é bastante elevada. É menor nos países da Europa mais oriental, mas registado como pior nos países da Europa ocidental.

O conhecimento dos fatores de risco para o AVC é importante, já que irá permitir adotar estratégias a diferentes níveis, que podem concorrer para uma diminuição de novos casos.

Os autores Ferreira, Pita, Ferreira, Rodrigues, & Cruz, (2011) dividem os fatores em não modificáveis (idade, sexo, raça, origem geográfica e fatores genéticos); e fatores modificáveis (hipertensão, fibrilhação auricular, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade, tabagismo, Acidente Isquémico Transitório (AIT) ou AVC prévio).

Como consequência, do AVC pode resultar morte ou lesão neurológica grave. Em situações de menor gravidade num período inicial, podem resultar problemas respiratórios relacionados com a aspiração e atelectasia. Outras complicações, são associadas à síndrome de desuso, trombose venosa profunda, atrofia muscular e contraturas (Flannery & Bulecza, 2010).

Com uma população cada vez mais envelhecida, mais pessoas sobrevivem ao AVC ficando com consequências a longo prazo (Gorelick, 2019). As manifestações de défices funcionais dependem do local, tamanho do enfarte ou hemorragia e gravidade da lesão. O quadro seguinte representa as principais manifestações clínicas do AVC.

Quadro 1 - Principais manifestações clínicas do AVC

| DÉFICES | MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS |
|----------------|--|
| Motor | <ul style="list-style-type: none">• Hemiparesia ou hemiplegia do hemicorpo contralateral ao local da isquemia (inicialmente flácida, evoluindo para espástica)• Disfagia por possibilidade de diminuição do reflexo de deglutição;• Disartria; |

| | |
|----------------------|---|
| Intestino e Bexiga | <ul style="list-style-type: none"> • Polaquiúria, urgência e incontinência urinária; • Obstipação, (mais associada à imobilidade); |
| Linguagem | <ul style="list-style-type: none"> • Afasia global/mista; • Afasia de expressão/motora (dificuldade ou incapacidade de se expressar verbalmente); • Afasia de compreensão/sensitiva (dificuldade ou incapacidade de compreensão da fala); |
| Percepto-Sensoriais | <ul style="list-style-type: none"> • Resposta diminuída à sensibilidade superficial (tato, dor, pressão, calor e frio); • Propriocepção diminuída (reconhecimento da posição das partes do corpo em relação ao ambiente); • Défices visuais (acuidade diminuída, diplopia, hemianopsia homónima; Síndrome negligência unilateral); • Apraxia (incapacidade de realizar atos voluntários aprendidos); • Agnosia (incapacidade de reconhecer objetos familiares, pela visão, pelo som ou pelo tato); |
| Cognitivo-Emocionais | <ul style="list-style-type: none"> • Labilidade emocional; • Depressão; • Perda de memória; • Perda de concentração. |

Adaptado de Flannery & Bulecza (2010)

Quando falamos em sensibilidade, é referente à percepção de estímulos provenientes tanto do meio externo, como do próprio corpo. A sensibilidade começa na periferia, onde existem recetores, estruturas capazes de transformar um estímulo em impulso nervoso, para que este chegue ao sistema nervoso central e o individuo possa reconhecer esse mesmo estímulo (Orsini, 2012).

Alguns estudos têm mostrado que o processamento anormal das entradas sensoriais dos fusos musculares leva a uma ativação excessiva dos alfa-motoneurónios e aumenta a espasticidade (Kuo & Hu, 2018).

É comum após um acidente vascular cerebral, que a prevalência de comprometimento a nível motor seja de 80% dos sobreviventes de AVC (Allison, Shenton, Bamforth, & et al., 2016). Os sintomas motores são as manifestações clínicas mais amplamente reconhecidas. O compromisso das vias motoras pode afetar o início dos movimentos, a sua força e integração, bem como o tónus muscular e a atividade reflexa (Flannery & Bulecza, 2010).

Relativamente à força, os sintomas clássicos são hemiparesia (diminuição da força muscular) ou hemiplegia (ausência de força muscular) no lado contralateral do local da lesão cerebral (Flannery & Bulecza, 2010). Independentemente do território cerebral afetado, a sequela que mais perdura é a diminuição da força muscular, do hemicorpo contralateral ao da lesão. Estima-se que esta sequela esteja presente em cerca de 70% das pessoas após um AVC sendo a hemiplegia a principal causa de incapacidade após o AVC (RainesGass & Smith, 2018).

Em Portugal o instrumento de medida, referido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), para a avaliação da força muscular é a Medical Research Council Scale (MRCs). A escala de força muscular gradua os níveis de força entre 0 (sem contração muscular palpável ou visível) e 5 (força normal). Na aplicação da escala é dado um comando para que o paciente execute movimentos voluntários, colocando-se resistência contrária ao movimento (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Já o tónus muscular é um estado de tensão constante a que estão submetidos os músculos em repouso (Orsini, 2012). Resulta do equilíbrio entre a força muscular e a gravidade, o que proporciona uma capacidade de ajustar o movimento, permitindo manter uma postura correta mesmo contra a gravidade (Branco & Santos, 2010).

Numa fase logo após o acidente vascular cerebral, há um período conhecido como choque cerebral, cuja duração é variada e pode durar alguns dias ou semanas. Nessa fase, o tónus/muscular é hipotónico e as pessoas têm dificuldade em mobilizar os membros afetados e nos movimentos faciais, da língua e do tronco (Teasell R, 2020).

A Ordem dos Enfermeiros em Portugal, refere a Escala de Ashworth Modificada (MAS) para avaliação do tônus/espasticidade, em que se efetua mobilização passiva dos membros e avalia-se a resistência. O indivíduo deve estar relaxado para que a avaliação seja adequada (Ordem dos Enfermeiros, 2016). A escala da espasticidade é composta por 5 graus (grau 0/1/1+/ 2/3/4), sendo que no grau 0 não há aumento do tônus muscular; no grau 1 há um discreto aumento do tônus muscular; no grau 1+ há um discreto aumento no tônus muscular em metade do movimento; no grau 2 há um marcante aumento do tônus muscular através da maior parte da amplitude de movimento; grau 3 existe um considerável aumento do tônus muscular; e por fim, no grau 4 a(s) parte(s) afetada(s) mostra(m)-se rígida(s) à flexão ou extensão. A aplicação da escala é condicionada pela percepção e experiência do profissional de saúde enfermeiro tendo em conta a intensidade de resistência sentida durante o alongamento. Este deve ter em consideração o aumento e velocidade do alongamento (Silva, 2013).

Como acontece no AVC, na fase inicial das lesões dos neurónios motores superiores, observa-se uma paralisia flácida com hiporreflexia e tônus reduzido (Orsini, 2012). Devido à hipotonia, o hemicorpo afetado fica flácido e sem movimento voluntário, o que leva à perda de consciência e ao aparecimento de padrões de movimento inadequados (Teasell R, 2020). Semanas após o AVC, a hipotonia dá lugar à síndrome piramidal propriamente dita com, paresia, hipertonia espástica, hiperreflexia profunda e hiporreflexia superficial (Orsini, 2012).

2.2. Espasticidade

O aumento do tónus muscular pode resultar na espasticidade, que segundo Johnstone (1979), surge devido à perda do mecanismo de reflexo postural do lado afetado, que por sua vez ocorre pela ausência de controlo cortical.

O International Classification for Nursing Practice (INCP) (2019), define a espasticidade como o processo do sistema musculoesquelético comprometido: contração descontrolada dos músculos esqueléticos; aumento do tónus muscular; rigidez muscular e movimentos descoordenados.

A espasticidade é um distúrbio motor e sensorial caracterizado por um aumento intermitente ou sustentado dos reflexos de estiramento tónico com movimentos exagerados dos tendões, resultando de uma hiperexcitabilidade do reflexo de estiramento (Allison, et al., 2016). O estiramento resulta da hiperexcitabilidade do arco reflexo sem controlo na via descendente do sistema nervoso central, surgindo dos segmentos distais para os proximais, nos padrões musculares antigravíticos (Menoita, et al., 2012).

Aproximadamente dois terços dos doentes, após acidente vascular cerebral, desenvolvem espasticidade, pelo que constitui uma importante área de atuação do Enfermeiro de Reabilitação (ER) (Teixeira, et al., 2017).

Num estudo realizado por Doussoulin, et al. (2020), cerca de metade dos pacientes com défice a nível motor, pós-AVC, tiveram ocorrência de espasticidade nos primeiros 10 dias. Em contraste com os estudos de Glaess-Leistner, Ri, Audebert, & et al. (2020), em que se estima que a espasticidade ocorre em quase 25% dos pacientes dentro das primeiras 2 semanas após o acidente vascular cerebral. Wissel, et al. (2010), descrevem que numa fase inicial pós-AVC (4 a 12 semanas), 26,7% dos pacientes sobreviventes apresentaram um aumento espástico do tónus muscular em pelo menos uma articulação.

A contribuição da espasticidade e da rigidez passiva para o aumento do tónus muscular é variável no período pós-AVC. A espasticidade desenvolve-se e atinge o pico 1-3 meses após o AVC e a componente muscular pode aumentar ao longo do tempo, contribuindo assim para o aumento do tónus muscular até aos 6 meses pós-AVC (Doussoulin, et al., 2020).

Estes resultados indicam que o início da espasticidade continua a ser altamente variável, o que impede a determinação de uma prevalência universal (Doussoulin, et al., 2020). Volny, et al. (2018) afirmam que não há associação entre a neuroanatomia do cérebro com o desenvolvimento de espasticidade pós-AVC.

As causas da espasticidade podem ser multifatoriais. Abreu (2015), através de uma técnica de brainstorming, identificou as causas e sub-causas mais frequentes, sendo elas, dor (por insuficiente monitorização da dor), estímulos nocivos no hemicorpo afetado (punção venosa, medição da tensão arterial e glicémia capilar no hemicorpo lesado), posicionamento incorreto, défice de conhecimento dos enfermeiros, do utente e do cuidador informal (sobre a espasticidade e fatores agravantes) e por último mobilidade diminuída (mobilização passiva insuficiente, ausência de talas pneumáticas).

Quando a espasticidade se instala no membro superior, a pessoa apresenta a seguinte postura: retração dos ombros com depressão e rotação interna, flexão do cotovelo e pronação do antebraço, flexão e adução dos dedos. Embora seja menos frequente, Spundik, McCabe, Skelly, & et al., (2019), referem que, quando a espasticidade se desenvolve no membro inferior, ocorre retração, extensão e rotação externa do quadril, extensão do joelho e tornozelo, inversão e flexão plantar. Além disso, é observada uma inclinação lateral do tronco para o lado afetado.

A DGS (2010) incluiu na descrição do padrão espástico de Johnstone o posicionamento da cabeça, observando-se uma rotação para a lado não afetado e inclinação para o lado afetado. Em síntese, o padrão espástico afeta os músculos antigravíticos, como os flexores do antebraço, depressores do ombro, extensores do pescoço, tronco e membros inferiores (Kuo & Hu, 2018).

Esta postura quando mantida por um período de tempo prolongado, promove a rigidez muscular e limitações na amplitude articular, podendo ser acompanhada de dor (Menoita, et al., 2012). A espasticidade tem influência negativa na capacidade funcional dos membros superiores hemiparéticos das pessoas com AVC (Cacho, et al., 2017). É frequentemente observada nos membros superiores, desenvolvendo-se sobretudo no cotovelo (79%), punho (66%) e ombro (58%) (Wissel, et al., 2010). Nos membros inferiores, a prevalência de aumento do tônus muscular e espasticidade é significativamente menor, potencialmente menos grave e envolve menos músculos (Glaess-Leistner, et al., 2020).

A espasticidade não controlada pode levar a complicações graves, incluindo contratura muscular, redução da amplitude de movimento, postura anormal e desempenho motor prejudicado (Kuo & Hu, 2018). Não afeta apenas negativamente a vida da pessoa doente e a sua família, mas também aumenta os custos de saúde. Raluy-Callado, et al., (2018), concluíram que, em média, o custo de saúde de pessoas com espasticidade é duas vezes maior quando comparado com pessoas sem espasticidade, além disso, pessoas com espasticidade foram hospitalizadas por períodos mais longos e com maior frequência.

A espasticidade é considerada um dos distúrbios motores mais incapacitantes pelo seu impacto negativo na funcionalidade da pessoa afetada, estabelecendo limitações na realização de tarefas diárias de forma autónoma como por exemplo a alimentação, cuidados de higiene, mobilidade entre outras (Ribeiro, Dultra, & Toralles, 2015).

O comprometimento da funcionalidade diária e a diminuição precoce da força na perna foram identificados como fatores significativos para o agravamento da espasticidade nos membros inferiores num período até 12 meses após o AVC (Martin, Abogunrin, Kurth, & et al., 2014).

A espasticidade em contexto de AVC apresenta um encargo substancial para os pacientes, que frequentemente deparam-se na redução da capacidade de realizar atividades diárias, tarefas de autocuidado de forma autónoma diminuindo a qualidade de vida relacionada com a saúde (Hotter, Pedberg, Liebenau, & et al., 2018).

O painel de consenso de especialistas concordou que a identificação da espasticidade e os seus fatores de agravamento, bem como o correto encaminhamento para serviços de reabilitação ou serviços especializados no tratamento da espasticidade são aspetos chave para a sua resolução. Foi demonstrado que muitas complicações pós-AVC são evitáveis ou podem ser potencialmente amenizadas com tratamento. A terapia a longo prazo pode aumentar o status funcional dos pacientes. Assim, uma abordagem coordenada e de longo prazo para gestão de complicações pós-AVC pode proporcionar benefícios a alguns pacientes (Hotter, Pedberg, Liebenau, & et al., 2018).

As limitações na mobilidade imediatamente após o acidente vascular cerebral preveem a incidência de dor aos 3 meses e segundo Sommerfeld & Welmer, (2012), esta está correlacionada com movimento e função prejudicados do membro superior. No que diz respeito à ocorrência de dor no ombro, é relatada até 40% dos casos, mas pode ser

observada até 90% dos pacientes pós-AVC com hemiplegia ou que estão em programas de reabilitação (Allison, et al., 2016).

Existem várias abordagens para controlar a espasticidade, incluindo tratamentos não farmacológicos e farmacológicos, que geralmente são combinados na prática clínica. O objetivo do tratamento da espasticidade é evitar complicações, aumentar as capacidades funcionais e melhorar a qualidade de vida (Kuo & Hu, 2018). As opções de tratamento atuais podem incluir tratamentos físicos, como alongamento de longa duração (com recurso a órteses ou talas de posicionamento) posicionamento, exercícios e intervenção farmacêutica, incluindo medicação oral para espasticidade e tratamentos focais (Kuo & Hu, 2018).

Segundo a DGS (2010), é fundamental adotar medidas de posicionamento correto no leito, a realização de mobilizações de forma regular, encorajar o levantar e o deambular em indivíduos que sofreram um AVC. Essas intervenções devem ser orientadas com o objetivo de prevenir o desenvolvimento da espasticidade, uma vez que esta condição ocorrerá inevitavelmente se não for mantido um padrão anti-espástico adequado.

Relativamente aos exercícios de mobilização (passivas, ativo-assistidas, ativas e ativas-resistidas), estes têm como objetivo principal atrasar o surgimento da espasticidade; promover estímulos sensitivos; recuperar, manter ou aumentar a força muscular; preservar a amplitude das articulações, de modo a manter a sua integridade; promover a melhoria da circulação sanguínea de retorno (Menoita, et al., 2012). As mobilizações devem ser realizadas 2-3 vezes por dia; cada movimento repetido no mínimo 10 vezes; devem ser também cumpridas até ao limite da dor, fadiga, tolerância e de acordo com a reação do doente; realizadas de forma repetida e controlada (Araújo, et al., 2021).

Para se conseguir prevenir ou manter o grau de espasticidade deve executar-se um posicionamento que contrarie o padrão espástico típico logo a partir da instalação do AVC (Johnstone, 1979). Neste seguimento, o padrão anti-espástico assume-se como imprescindível até à sua recuperação. O correto posicionamento da pessoa com AVC pode não garantir a prevenção total da espasticidade, no entanto, possibilita a redução considerável do seu desenvolvimento, evitando desta forma o surgimento de espasmos nos membros afetados (Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012).

Este posicionamento em padrão anti-espástico é muito importante principalmente na fase aguda do AVC pois previne deformidades musculoesqueléticas e promove a estimulação sensitiva e o reconhecimento do hemicorpo afetado.

Johnstone (1979), citada por Branco e Santos (2010), refere que o posicionamento em padrão anti-espástico deve ser usado durante o máximo de tempo possível, especialmente no repouso no leito. No posicionamento antispástico deve-se garantir que a pessoa está confortável, assegurar o alinhamento corporal, distribuir o peso corporal de forma equitativa e equilibrada pelas várias superfícies corporais, que não haja pressão sobre as articulações e que se mantenha a integridade cutânea (Branco & Santos 2010).

Johnstone (1979) descreveu o padrão anti-espástico que deverá ser minuciosamente cumprido, referindo que: o ombro se deve manter em protração e rotação externa; o antebraço em extensão e supinação; os dedos da mão em extensão e abdução; a anca em protração e flexão; a perna deve estar em rotação interna; o joelho e tornozelo permanecem em flexão; o tronco deve estar alongado do lado afetado. Os autores Branco & Santos (2010), acrescentam o alinhamento da cabeça com o corpo.

É consensual na literatura, a referência a três tipos de posicionamentos anti-espásticos no leito, nomeadamente: o decúbito dorsal; decúbito lateral para o lado afetado; decúbito lateral para o lado não afetado ou lado são. Alguns autores fazem também referência ao posicionamento sentado na cama e na cadeira.

Posicionamento em decúbito dorsal é o que mais promove o desenvolvimento da espasticidade porque promove uma atividade reflexa anormal, devendo ser utilizado por períodos mais curtos, ficando mais vezes reservados para os momentos de refeição (Araújo, et al., 2021). Se o posicionamento em decúbito dorsal não for corretamente executado pode levar à retração do ombro, rotação interna, extensão da anca e joelho e rotação externa da perna (Johnstone, 1979). Ainda segundo esta autora, neste posicionamento o membro superior afetado deve estar apoiado numa almofada de forma a manter a protração e rotação externa do ombro, extensão do cotovelo e do punho, procedimento corroborado por Araújo, et al., (2021).

Relativamente ao membro inferior, de forma a manter a protração e rotação interna da anca e flexão do joelho deve colocar-se uma ou mais almofadas debaixo da anca e coxa

(Johnstone, 1979), o pé deve ficar totalmente apoiado na superfície da cama (Araújo, et al., 2021).

O posicionamento em padrão anti-espástico para o lado afetado deve ser privilegiado sempre que existam alterações da percepção, pois é o que mais proporciona estímulos proprioceptivos emitidos pela carga do próprio corpo (Branco & Santos, 2010). Contudo, representa um maior risco para o desenvolvimento da síndrome do ombro doloroso.

A almofada da cabeça deve ter um volume ajustado à altura do ombro, de forma a impedir a inclinação lateral da cabeça; o membro superior afetado fica em extensão, apoiado na cama, com protração do ombro, o antebraço em supinação e os dedos da mão em extensão e abdução; as articulações do membro inferior ficam em flexão e para conforto pode colocar-se uma almofada no membro inferior não afetado (Araújo, et al., 2021).

O posicionamento em decúbito para o lado não afetado permite a colocação dos membros em padrão anti-espástico de forma mais fácil. Este é o decúbito que mais contribui para a inibição da espasticidade e permite uma melhor integração do esquema corporal (Branco & Santos, 2010). Neste posicionamento a cabeça deve ficar sem almofada de forma a impedir a flexão cervical lateral para o lado afetado o que ajuda a manter o tronco estendido (Johnstone, 1979). O membro superior afetado deve estar alinhado com o corpo apoiado em almofadas; o cotovelo ou punho e os dedos ficam em extensão; as articulações do membro inferior ficam em flexão sobre a almofada e ainda com ligeira rotação interna (Araújo, et al., 2021).

Relativamente ao posicionamento anti-espástico numa cadeira ou cadeirão, Johnstone (1979) refere que pode ser utilizada uma mesa de apoio que possibilite a inclinação do tronco e a colocação dos antebraços para a frente e paralelos. O punho deve ficar em extensão e os dedos em extensão e abdução. A cadeira correta deve ter uma base ampla, os braços devem ser adequados e a altura do assento deve permitir realizar flexão dos joelhos a 90 graus (Johnstone, 1979).

Conforme a Ordem dos Enfermeiros (2013), o posicionamento é fundamental para a pessoa com alterações da mobilidade e visa prevenir complicações relacionadas com a imobilidade, proporcionar conforto e promover a autonomia. O INCP (2019), define posicionar: colocar alguém ou algo em uma posição específica.

O posicionar é um cuidado de enfermagem executado a pessoas que não o conseguem realizar de forma autónoma. Os enfermeiros, na prestação de cuidados, precisam de ter em conta a situação clínica da pessoa envolvida nos mesmos e na pessoa com espasticidade pós-AVC, a execução do correto posicionamento em padrão anti-espástico é fundamental para a prevenção de complicações e recuperação da funcionalidade.

2.3. Contributos da Enfermagem de Reabilitação

A Enfermagem de Reabilitação tem uma importante contribuição no cuidar da pessoa com necessidades especiais, no caso do estudo em questão, na pessoa com alterações motoras devido à espasticidade. A sua atuação, enquanto especialidade multidisciplinar, permite estabelecer o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, o aumento da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando incapacidades ou minimizando as mesmas gerando ganhos de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) deve ter como objetivo promover ações preventivas de enfermagem de reabilitação, na manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, proporcionando intervenções terapêuticas, de forma a preservar ou restaurar a independência nas AVD's, minimizando o impacto das incapacidades instaladas, particularmente, ao nível das funções neurológicas, como o caso da incapacidade causada pela espasticidade no pós-AVC (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Como mencionado anteriormente, a espasticidade pode levar à incapacidade após um AVC, quando instalada, as intervenções devem ser direcionadas para a diminuição do seu impacto nas atividades de vida diárias.

No entanto, mesmo quando os pacientes são identificados e tratados precocemente, a espasticidade requer cuidados de longo prazo na comunidade e revisão, tanto para o paciente como para o cuidador. Os pacientes encontrarão vários profissionais de saúde durante o seu tratamento e reabilitação, com diferentes níveis de experiência e compreensão das necessidades da espasticidade (Bavikatte, Subramania, Ashford, Allison, & Hicklin, 2021).

Segundo Araújo, et al. (2021), as intervenções específicas de enfermagem de reabilitação para a pessoa com diagnóstico de espasticidade são: executar técnica de exercícios musculares e articulares passivos; executar técnica de exercícios musculares e articulares ativos-assistidos; analisar com a pessoa a relação entre exercícios e tônus muscular; ensinar sobre exercícios musculares e articulares; instruir, treinar e incentivar exercícios musculares e articulares; posicionar em padrão anti-espástico; analisar com a pessoa a

relação entre posicionamentos em padrão anti-espástico e prevenção da espasticidade; ensinar sobre posicionamento em padrão anti-espástico; instruir, ensinar, treinar e incentivar o posicionamento em padrão anti-espástico tanto na posição de deitado como sentado.

Apesar do EEER ter competências acrescidas na prestação de cuidados à pessoa com espasticidade, os posicionamentos devem ser executados durante as 24 horas do dia. No entanto nos serviços de internamento em Portugal, muitas equipas de enfermagem não possuem EEER no período noturno. De modo a garantir que o posicionamento é cumprido nas 24 horas e haja continuidade de cuidados, cabe ao EEER a elaboração de estratégias junto das mesmas para desenvolver conhecimentos e capacidades sobre o posicionamento anti-espástico.

De acordo com Bavikatte, Subramania, Ashford, Allison, & Hicklin (2021), o cuidar de pacientes com espasticidade pós-AVC é mais eficaz quando realizado num ambiente multidisciplinar, especialmente quando há uma comunicação clara e educação entre pacientes, cuidadores e profissionais de saúde.

Considerando que a equipa de enfermagem é responsável pelo posicionamento dos utentes durante a prestação de cuidados, é essencial o EEER capacitar e consciencializar tanto os enfermeiros de cuidados gerais como de outras especialidades, para a execução do correto posicionamento em padrão anti-espástico, contribuindo assim para a minimização do impacto causado pela espasticidade e para a prevenção do seu agravamento de modo a manter ou recuperar a independência, uniformizando os cuidados prestados.

3. METODOLOGIA

No seguimento da abordagem da temática desenvolvida na revisão do estado de arte, emergiu a seguinte questão: Quais os contributos da Enfermagem de Reabilitação, para a adoção de boas práticas nos cuidados à pessoa com espasticidade após AVC?

Foram estabelecidos os seguintes objetivos: observar a prática clínica dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com espasticidade; identificar as lacunas na prática clínica dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com espasticidade; contribuir para a melhoria da prestação de cuidados à pessoa com espasticidade através da apresentação de uma formação teórico-prática; comparar a prática clínica dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com espasticidade antes e após a apresentação da formação teórico-prática; avaliar a eficácia da formação teórico-prática.

Foi realizada uma abordagem quantitativa, quase experimental, com base na observação e registo da prática dos cuidados à pessoa com espasticidade em dois momentos diferentes: pré e pós formação, ao longo do mês de maio na Unidade de Cuidados Continuados (UCC) São José de Medelo do Centro Paroquial São Martinho de Medelo em Fafe.

A escolha deste serviço para a realização do presente estudo prende-se com o facto de ter sido um serviço onde realizei o campo de estágio e pela observação da prática dos cuidados à pessoa com espasticidade pós AVC. Estas minhas observações despertaram em mim a vontade de realizar e dinamizar uma formação para que a equipa de enfermagem pudesse colmatar algumas fragilidades do conhecimento nesta área específica. Desta forma, foi elaborado o pedido de autorização à Direção Técnica da UCC de São José de Medelo (ANEXO X) para a realização do estudo em questão e dinamização de uma ação de formação teórico-prática.

Após parecer favorável (ANEXO XI), foi criada uma tabela em formato excel para a recolha dos dados relativos aos parâmetros de cada posicionamento em padrão anti-espástico. Os critérios tidos em conta para a construção deste guião de observação basearam-se na evidência científica disponível e partilhada formalmente com enfermeiros de reabilitação a trabalhar especificamente com este tipo de necessidades. As observações foram realizadas nos dias 1, 2 e 3 de maio acontecendo de forma aleatória. No dia 3 de

maio de 2023, ao longo de duas (2) horas, foi ministrada a formação com o tema, “Espasticidade - Cuidar do doente com AVC”, componente teórica onde foram abordados os fatores de agravamento da espasticidade, as suas medidas de prevenção e os tipos de posicionamentos em padrão anti-espástico e componente prática sobre posicionar em padrão anti-espástico, onde foi simulado a prática do posicionamento em padrão anti-espástico.

Após a realização da formação, foram realizadas de novo observações e respetivo registo na grelha concebida para o efeito. As observações dos posicionamentos foram realizadas em vários períodos do dia, após os cuidados de higiene, após a hora de almoço e também aquando da alternância de decúbito ao longo do turno, sendo sempre solicitada a autorização do colega de enfermagem para a observação e registo do posicionamento.

Neste sentido, foram analisados 60 posicionamentos (30 pré-formação e 30 pós-formação), em padrão anti-espástico realizados pelos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa com espasticidade, pós AVC, na UCC de São José de Medelo. A técnica de amostragem é não probabilística e foi selecionada por conveniência, uma vez que foram incluídos os posicionamentos realizados no momento em que o observador estava disponível. Deve-se destacar que as observações foram sempre realizadas pelo mesmo investigador.

Os parâmetros dos posicionamentos em padrão anti-espástico foram registados numa grelha de observação. Elaborada para o efeito e adaptada segundo os posicionamentos descrito por Araújo, et al. (2021), à execução do posicionamento sentado que foi adaptado segundo o descrito por Johnstone (1979). Desta forma nos posicionamentos no leito, foram observados o decúbito dorsal, decúbito lateral para o lado afetado e decúbito lateral para o lado não afetado e na posição de sentado foram observados posicionamento no cadeirão.

Para a realização da recolha de dados foi formalizado o pedido à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Bragança (ANEXO XII), que obteve parecer favorável (referência P486066-R585862-D1682119).

Os aspetos éticos foram ressaltados conforme Declaração de Helsínquia, sendo que todos os dados colhidos durante este estudo foram tratados de forma confidencial, tendo sido apenas recolhidos os dados respeitantes às variáveis em estudo. Toda a informação

colhida foi codificada, sendo a original conservada num local seguro à responsabilidade do investigador. Como tal, foram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos.

Como mencionado anteriormente, foi tido em consideração três posicionamentos no leito: o decúbito dorsal; decúbito lateral para o lado afetado; decúbito lateral para o lado não afetado. Foram também observados os posicionamentos no cadeirão em posição de sentado.

No posicionamento em decúbito dorsal foram avaliados os seguintes parâmetros: o ombro está em protração; o membro superior afetado está sobre uma almofada desde a omoplata; o ombro está rotação externa; o cotovelo está em extensão; o punho está em extensão; o antebraço está em supinação; os dedos da mão estão em extensão; os dedos da mão estão em abdução; a anca está em protração; a anca está em ligeira flexão; a perna está em rotação interna; o joelho está em flexão; o tornozelo está em flexão; com desvio do alinhamento corporal pela protração da anca.

No decúbito lateral para o lado afetado foram avaliados os seguintes parâmetros: o membro superior afetado está apoiado na cama; o ombro está em protração; o ombro está em rotação externa; o cotovelo está em extensão; o antebraço está em supinação; o punho está em extensão; os dedos da mão estão em extensão; os dedos da mão estão em abdução; a anca está em ligeira flexão; a anca está em protração; a perna está em rotação interna; o joelho está em flexão; o tornozelo está em flexão; mantém o alinhamento corporal.

Em relação ao posicionamento em decúbito lateral para o lado não afetado foram avaliados os seguintes parâmetros: o membro superior afetado está apoiado numa almofada; o ombro está em protração; o ombro está em rotação externa; o cotovelo está em extensão; o punho está em extensão; os dedos da mão estão em extensão; os dedos da mão estão em abdução; a anca está em protração; a perna está em rotação interna; a anca está em flexão; o joelho está em flexão; o tornozelo está em flexão; mantém o alinhamento corporal.

Relativamente à posição de sentado em cadeirão foram avaliados os seguintes parâmetros: os joelhos estão fletidos a 90°; o utente tem uma almofada de apoio (substituindo pela mesa no posicionamento descrito por Johnstone (1979)); o tronco está

inclinado para frente; os antebraços estão apoiados na almofada, em vez da mesa descrita no posicionamento de Johnstone, (1979); os antebraços estão inclinados para a frente e paralelos; os punhos estão em extensão; os dedos das mãos estão em extensão e em abdução; mantém o alinhamento corporal.

Foram observados os posicionamentos de todos os segmentos corporais, atribuindo 1 ponto quando não estavam de acordo com o padrão anti-espástico e 2 pontos quando estavam no padrão anti-espástico. A pontuação total de cada posicionamento corresponde à soma da pontuação atribuída à posição de cada segmento corporal, sendo de 14 pontos para nenhum segmento corretamente posicionado e 28 pontos todos os segmentos bem posicionados no posicionamento em decúbito dorsal e no posicionamento em decúbito para o lado afetado, de 13 pontos para nenhum segmento corretamente posicionado e 26 pontos todos os segmentos bem posicionados no decúbito para o lado não afetado e varia de 9 pontos para nenhum segmento bem posicionado e 18 para todos os segmentos bem posicionados na posição de sentado.

De realçar que em todos os posicionamentos são referentes a posicionamentos em padrão anti-espástico, já que se está a observar esta técnica executada a pessoas após um AVC, e as suas observações decorreram no quarto da pessoa com as portas fechadas, de forma a garantir a privacidade.

As observações foram elaboradas ao longo de 15 dias na UCC de São José de Medelo. Para todas as observações foi feita uma análise de frequência absoluta (n) que se converteu em frequência relativa ao número total de observações que foram realizadas. Todas as percentagens foram obtidas da proporção em relação ao número de observações válidas.

Para o tratamento dos dados foram criadas tabelas de dupla entrada com recurso ao programa excel. A análise estatística descritiva efetuou-se com recurso a distribuição de frequência, medidas de tendência central e de dispersão.

A tabela que representa a distribuição dos tipos de posicionamentos é composta por 4 colunas: a primeira indica os diferentes tipos de posicionamento observados em padrão anti-espástico; a segunda indica o número de posicionamentos observados no período pré-formação e a respetiva percentagem; a terceira indica o período pós-formação e a quarta

e última coluna indica o número total de posicionamentos observados e a respectiva percentagem.

As tabelas que representam a distribuição dos parâmetros observados em cada um dos posicionamentos são compostas por 5 colunas; a primeira descreve os diferentes parâmetros que foram avaliados; a segunda e a terceira coluna (pré-formação) indicam o número de observações em que o parâmetro específico estava presente (sim) ou ausente (não), juntamente com a percentagem correspondentes; a quarta e quinta coluna (pós-formação) mostram o número e a percentagem correspondente.

As tabelas que representam a distribuição das classificações, são compostas por 3 colunas, a primeira indica as classificações possíveis de obter em cada posicionamento, a segunda (pré-formação) e a terceira (pós-formação) colunas indicam o número de posicionamentos observados com determinada classificação e a respectiva percentagem.

4. RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos 60 posicionamentos observados neste estudo. No momento pré- formação o posicionamento sentado foi o mais observado, correspondendo a 36,7% das observações e o menos observado foi o posicionamento em decúbito para o lado afetado, representando apenas 13,3% dos casos. No momento pós- formação, tanto o posicionamento em decúbito para o lado afetado como o posicionamento sentado foram os mais observados, sendo que, ambos perfazem 30% das observações. Já os posicionamentos em decúbito dorsal e para o lado não afetado foram os menos observados representando 20% dos casos.

Tabela 1 - Distribuição por tipo de posicionamento

| Tipos de posicionamentos | n pré- formação | % | n pós- formação | % | Total | % |
|---|----------------------------------|----------|----------------------------------|----------|--------------|----------|
| Decúbito dorsal | 9 | 30,0 | 6 | 20,0 | 15 | 25,0 |
| Decúbito lateral para o lado afetado | 4 | 13,3 | 9 | 30,0 | 13 | 21,7 |
| Decúbito lateral para o lado não afetado | 6 | 20,0 | 6 | 20,0 | 12 | 20,0 |
| Sentado | 11 | 36,7 | 9 | 30,0 | 20 | 33,3 |
| Total | 30 | 100 | 30 | 100 | 60 | 100 |

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos parâmetros observados no posicionamento em decúbito dorsal. No período pré- formação, o destaque principal foi o posicionamento dos dedos da mão em extensão, que estava correto em 88,9% das observações. Em seguida, o posicionamento do cotovelo e do punho em extensão apresentou um registro de 55,6% de observações corretas. No entanto, quer o posicionamento do antebraço em supinação quer o posicionamento dos dedos da mão em abdução mostraram um posicionamento incorreto em todas as observações.

No membro inferior afetado, tanto o quadril como o joelho em flexão apresentaram um posicionamento correto em todas as observações. Por outro lado, a perna em rotação interna estava incorretamente posicionada em 88,9% das observações, seguida pelo quadril que não estava em protração e o tornozelo que não estava em flexão, com 77,8% e 55,6% das observações, respetivamente. O desvio do alinhamento corporal por protração do quadril foi registado em apenas 22,2% das observações corretas.

Em relação ao período pós-formação (Tabela 2), foi observado que o posicionamento do membro superior sobre uma almofada com a escápula apoiada, o ombro em protração, o cotovelo e o punho em extensão foram executados corretamente em todas as observações. O posicionamento do ombro em rotação externa foi observado como estando correto em 83,3% das vezes, seguido pelo posicionamento dos dedos da mão em extensão e do antebraço em supinação, registando 66,7% e 50% das observações corretas, respetivamente. Já o posicionamento dos dedos da mão em abdução representou apenas 33,3% das observações corretas.

No membro inferior afetado, tanto o quadril como o joelho em flexão apresentaram um posicionamento correto em todas as observações realizadas. O posicionamento do quadril em protração e a rotação interna da perna apresentaram 83,3% de observações corretas, cada. O desvio do alinhamento corporal foi registado como correto em 83,3% das observações.

Tabela 2 - Distribuição das observações do posicionamento em decúbito dorsal

| Posicionamento em decúbito dorsal | pré-formação | | | | pós-formação | | | |
|---|--------------|------|-----|------|--------------|-------|-----|------|
| | sim | | não | | sim | | não | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| O membro superior afetado está sobre uma almofada com a escápula apoiada | 4 | 44,4 | 5 | 55,6 | 6 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| O ombro em protração | 4 | 44,4 | 5 | 55,6 | 6 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| O ombro está em rotação externa | 2 | 22,2 | 7 | 77,8 | 5 | 83,3 | 1 | 16,7 |
| O cotovelo está em extensão | 5 | 55,6 | 4 | 44,4 | 6 | 100,0 | 0 | 0,0 |

| | | | | | | | | |
|--|---|-------|---|-------|---|-------|---|------|
| O punho está em extensão | 5 | 55,6 | 4 | 44,4 | 6 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| O antebraço está em supinação | 0 | 0,0 | 9 | 100,0 | 3 | 50,0 | 3 | 50,0 |
| Os dedos da mão estão em extensão | 8 | 88,9 | 1 | 11,1 | 4 | 66,7 | 2 | 33,3 |
| Os dedos da mão estão em abdução | 0 | 0,0 | 9 | 100,0 | 2 | 33,3 | 4 | 66,7 |
| O quadril está em protração | 2 | 22,2 | 7 | 77,8 | 5 | 83,3 | 1 | 16,7 |
| O quadril está em leve flexão | 9 | 100,0 | 0 | 0,0 | 6 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| A perna está em rotação interna | 1 | 11,1 | 8 | 88,9 | 5 | 83,3 | 1 | 16,7 |
| O joelho está em flexão | 9 | 100,0 | 0 | 0,0 | 6 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| O tornozelo está em flexão | 4 | 44,4 | 5 | 55,6 | 4 | 66,7 | 2 | 33,3 |
| Com desvio do alinhamento corporal por protração do quadril | 2 | 22,2 | 7 | 77,8 | 5 | 83,3 | 1 | 16,7 |

A Tabela 3 apresenta a distribuição das classificações do posicionamento em decúbito dorsal. Com base na sua observação verifica-se que no período pré-formação, a classificação variou entre 16 e 25 pontos e no períodos pós-formação a classificação variou entre 21 a 28 pontos, de recordar que a variação da classificação seria de 14 pontos para nenhum segmento corretamente posicionado e 28 pontos para todos os segmentos bem posicionados.

No período pré-formação, a distribuição obteve uma média de 20,1 pontos com um desvio padrão de 2,57 e como existe mais de um valor com a mesma frequência máxima, podemos dizer que a amostra não possui uma única moda, mas sim uma distribuição bimodal, com as modas sendo 19 e 20. No período pós-formação, a distribuição obteve uma média de 25,5 pontos com um desvio padrão de 2,43 e a moda 26.

Da observação da Tabela 3 destaca-se que não ocorreu nenhuma situação em que todos os segmentos estavam mal posicionados, tanto no período pré-formação como no período pós-formação. Contudo no período pós-formação verificou-se apenas um posicionamento com a totalidade dos segmentos posicionados de acordo com o padrão anti-espástico, o que representa 16,7% das observações.

Tabela 3 - Distribuição das classificações do posicionamento em decúbito dorsal

| Valores dos parâmetros observados | pré- formação | | pós- formação | |
|-----------------------------------|---------------|-------|---------------|-------|
| | n | % | n | % |
| 14 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 15 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 16 | 1 | 11,1 | 0 | 0,0 |
| 17 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 18 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 19 | 3 | 33,3 | 0 | 0,0 |
| 20 | 3 | 33,3 | 0 | 0,0 |
| 21 | 0 | 0,0 | 1 | 16,7 |
| 22 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 23 | 1 | 11,1 | 0 | 0,0 |
| 24 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 25 | 1 | 11,1 | 1 | 16,7 |
| 26 | 0 | 0,0 | 2 | 33,3 |
| 27 | 0 | 0,0 | 1 | 16,7 |
| 28 | 0 | 0,0 | 1 | 16,7 |
| Total | 9 | 100,0 | 6 | 100,0 |

A Tabela 4 apresenta a distribuição das observações do posicionamento em decúbito para o lado afetado. Pela sua análise no período pré- formação, foi registado que o membro superior afetado apoiado na cama, o quadril e o joelho em flexão, bem como o alinhamento do corpo, apresentaram um posicionamento correto em 100% das observações. Por outro lado, o posicionamento do antebraço em supinação e o quadril em protração mostraram apenas 25% de observações corretas.

No período pós- formação, verificou-se que a maioria dos segmentos corporais (7 segmentos) estavam posicionados de acordo com o padrão anti-espástico. Destacam-se o membro superior afetado apoiado na cama, o ombro em rotação externa, o quadril em protração, o quadril e o joelho em flexão, assim como o alinhamento corporal, todos com

representação em 100% das observações. No entanto, o posicionamento dos dedos da mão em abdução e a flexão do tornozelo foram observados em apenas 22,2% e 11,1% das observações, respectivamente.

Tabela 4 - Distribuição das observações do posicionamento em decúbito lateral para o lado afetado

| Posicionamento em decúbito lateral para o lado afetado | pré-formação | | | | pós-formação | | | |
|--|--------------|-------|-----|------|--------------|-------|-----|------|
| | sim | | não | | sim | | não | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| O membro superior afetado é apoiado na cama | 4 | 100,0 | 0 | 0,0 | 9 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| O ombro em protração | 3 | 75,0 | 1 | 25,0 | 8 | 88,9 | 1 | 11,1 |
| O ombro está em rotação externa | 2 | 50,0 | 2 | 50,0 | 9 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| O cotovelo está em extensão | 2 | 50,0 | 2 | 50,0 | 5 | 55,6 | 4 | 44,4 |
| O punho está em extensão | 3 | 75,0 | 1 | 25,0 | 8 | 88,9 | 1 | 11,1 |
| O antebraço está em supinação | 1 | 25,0 | 3 | 75,0 | 5 | 55,6 | 4 | 44,4 |
| Os dedos da mão estão em extensão | 3 | 75,0 | 1 | 25,0 | 5 | 55,6 | 4 | 44,4 |
| Os dedos da mão estão em abdução | 2 | 50,0 | 2 | 50,0 | 2 | 22,2 | 7 | 77,8 |
| O quadril está em protração | 1 | 25,0 | 3 | 75,0 | 9 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| O quadril está em leve flexão | 4 | 100,0 | 0 | 0,0 | 9 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| A perna está em rotação interna | 2 | 50,0 | 2 | 50,0 | 9 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| O joelho está em flexão | 4 | 100,0 | 0 | 0,0 | 9 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| O tornozelo está em flexão | 2 | 50,0 | 2 | 50,0 | 1 | 11,1 | 8 | 88,9 |
| Corpo alinhado | 4 | 100,0 | 0 | 0,0 | 9 | 100,0 | 0 | 0,0 |

Na Tabela 5, que apresenta a distribuição das classificações do posicionamento para o lado afetado, verificou-se que as classificações variaram de 20 a 25 pontos no período pré- formação e de 22 a 28 pontos no pós- formação.

Observou-se que, no período pré- formação, a distribuição apresentou uma média de 23,25 pontos, com um desvio padrão de 2,22 e moda de 24. Já no período pós- formação, a média da distribuição da classificação foi de 24,78 pontos, com um desvio padrão de 1,92 e moda de 24.

À semelhança do posicionamento em decúbito dorsal, a variação da classificação seria de 14 pontos para nenhum segmento corretamente posicionado e 28 pontos todos os segmentos bem posicionados.

Constatou-se que apenas 11,1% dos casos apresentaram um posicionamento totalmente correto no período pós- formação, não ocorrendo nenhuma situação totalmente incorreta, tanto no período pré- formação quanto no pós- formação (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição das classificações do posicionamento em decúbito lateral para o lado afetado

| Valores dos parâmetros observados | pré- formação | | pós- formação | |
|-----------------------------------|---------------|------|---------------|------|
| | n | % | n | % |
| 14 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 15 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 16 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 17 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 18 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 19 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 20 | 1 | 25,0 | 0 | 0,0 |
| 21 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 22 | 0 | 0,0 | 1 | 11,1 |
| 23 | 0 | 0,0 | 1 | 11,1 |
| 24 | 2 | 50,0 | 3 | 33,3 |

| | | | | |
|--------------|---|-------|---|-------|
| 25 | 1 | 25,0 | 1 | 11,1 |
| 26 | 0 | 0,0 | 1 | 11,1 |
| 27 | 0 | 0,0 | 1 | 11,1 |
| 28 | 0 | 0,0 | 1 | 11,1 |
| Total | 4 | 100,0 | 9 | 100,0 |

A partir da análise da Tabela 6, onde está apresentada a distribuição das observações do posicionamento em decúbito para o lado não afetado. Podemos verificar que o ombro não estava posicionado de acordo com o padrão anti-espástico na totalidade das observações realizadas no períodos pré- formação. Já o quadril e o joelho em flexão foram registrados em 100% das observações como estando corretamente posicionados. O posicionamento do punho em extensão foi registrado em 83,3% das observações seguindo-se o posicionamento dos dedos da mão em extensão, quadril em protração e desvio do alinhamento corporal por protração do quadril, representando 66,7% das observações corretas.

No período pós- formação o posicionamento do membro superior afetado, apoiado numa almofada, o ombro em protração, o punho e os dedos da mão em extensão, o posicionamento correto do quadril, a rotação interna da perna e a flexão do joelho representam 100% das observações. Pela negativa destaca-se o posicionamento dos dedos da mão em abdução, estando correto em 33,3% das observações.

Tabela 6 - Distribuição das observações do posicionamento em decúbito lateral para o lado não afetado

| Posicionamento em decúbito para o lado não afetado | pré- formação | | | | pós- formação | | | |
|---|---------------|------|-----|-------|---------------|-------|-----|-----|
| | sim | | não | | sim | | não | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| O membro superior afetado está apoiado numa almofada | 1 | 16,7 | 5 | 83,3 | 6 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| O ombro em protração | 0 | 0,0 | 6 | 100,0 | 6 | 100,0 | 0 | 0,0 |

| | | | | | | | | |
|--|---|-------|---|-------|---|-------|---|------|
| O ombro está em rotação externa | 0 | 0,0 | 6 | 100,0 | 5 | 83,3 | 1 | 16,7 |
| O cotovelo está em extensão | 2 | 33,3 | 4 | 66,7 | 4 | 66,7 | 2 | 33,3 |
| O punho está em extensão | 5 | 83,3 | 1 | 16,7 | 6 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| Os dedos da mão estão em extensão | 4 | 66,7 | 2 | 33,3 | 6 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| Os dedos da mão estão em abdução | 1 | 16,7 | 5 | 83,3 | 2 | 33,3 | 4 | 66,7 |
| O quadril está em protração | 4 | 66,7 | 2 | 33,3 | 6 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| O quadril está em leve flexão | 6 | 100,0 | 0 | 0,0 | 6 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| A perna está em rotação interna | 3 | 50,0 | 3 | 50,0 | 6 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| O joelho está em flexão | 6 | 100,0 | 0 | 0,0 | 6 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| O tornozelo está em flexão | 2 | 33,3 | 4 | 66,7 | 4 | 66,7 | 2 | 33,3 |
| Com desvio do alinhamento corporal por protração do quadril | 4 | 66,7 | 2 | 33,3 | 5 | 83,3 | 1 | 16,7 |

Na Tabela 7 está representada a distribuição das classificações do posicionamento em decúbito para o lado não afetado. No período pré- formação, a distribuição variou entre 18 e 21 pontos e no período pós- formação variou entre 23 e 26 pontos, de lembrar que a variação da classificação seria de 13 pontos para nenhum segmento corretamente posicionado e 26 pontos todos os segmentos bem posicionados.

A distribuição da classificação do posicionamento em decúbito para o lado não afetado obteve uma média de 19,33 pontos com desvio padrão de 1,03 e moda 19 no período pré- formação. Relativamente ao período pós- formação a classificação obteve uma média de 24,33 pontos com desvio padrão 1,03 e moda 24.

Este posicionamento retrata 6 observações tanto no período pré como no período pós- formação sendo que nenhuma delas registou a pontuação máxima sendo a maior frequência (23,6%) de pontuação no valor 24 (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição das classificações do posicionamento para o lado não afetado

| Valores dos parâmetros observados | pré-formação | | pós-formação | |
|-----------------------------------|--------------|-------|--------------|-------|
| | n | % | n | % |
| 13 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 14 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 15 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 16 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 17 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 18 | 1 | 16,7 | 0 | 0,0 |
| 19 | 3 | 50,0 | 0 | 0,0 |
| 20 | 1 | 16,7 | 0 | 0,0 |
| 21 | 1 | 16,7 | 0 | 0,0 |
| 22 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 23 | 0 | 0,0 | 1 | 16,7 |
| 24 | 0 | 0,0 | 3 | 50,0 |
| 25 | 0 | 0,0 | 1 | 16,7 |
| 26 | 0 | 0,0 | 1 | 16,7 |
| Total | 6 | 100,0 | 6 | 100,0 |

Da análise da Tabela 8 podemos verificar que em todas as observações os joelhos estavam fletidos a 90°, as pessoas tinham uma almofada de apoio e os antebraços estavam apoiados na almofada, Porém, os antebraços não estavam dobrados para a frente e paralelo em 81,8% das observações e em 63,6% o tronco não estava inclinado para a frente no períodos pré-formação. Relativamente ao período pós-formação, os únicos parâmetros que não foram registados como corretos em 100% das observações foram: o tronco inclinado para a frente (44,4% das observações corretas), dedos da mão em abdução (77,8% das observações corretas) e manter o alinhamento corporal (88,9% das observações corretas).

Tabela 8 - Distribuição das observações na posição de sentado

| Posição de sentado | pré- formação | | | | pós- formação | | | |
|---|---------------|-------|-----|------|---------------|-------|-----|------|
| | sim | | não | | sim | | não | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Os joelhos são dobrados a 90° | 11 | 100,0 | 0 | 0,0 | 9 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| A pessoa tem uma almofada de apoio | 11 | 100,0 | 0 | 0,0 | 9 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| O tronco está inclinado para a frente | 4 | 36,4 | 7 | 63,6 | 4 | 44,4 | 5 | 55,6 |
| Os antebraços estão apoiados na almofada | 11 | 100,0 | 0 | 0,0 | 9 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| Os antebraços são dobrados para a frente e paralelos | 2 | 18,2 | 9 | 81,8 | 9 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| Os punhos estão em extensão; | 9 | 81,8 | 2 | 18,2 | 9 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| Os dedos da mão estão em extensão | 9 | 81,8 | 2 | 18,2 | 9 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| Os dedos da mão estão em abdução | 6 | 54,5 | 5 | 45,5 | 7 | 77,8 | 2 | 33,3 |
| Mantém o alinhamento corporal | 9 | 81,8 | 2 | 18,2 | 8 | 88,9 | 1 | 16,7 |

No posicionamento sentado verificamos uma classificação que variou de 14 a 17 pontos no período pré- formação e variou entre 16 e 18 pontos no período pós- formação, relembremos que a variação da classificação seria de 9 pontos para nenhum segmento corretamente posicionado e 18 pontos todos os segmentos bem posicionados. Verificamos ainda que a distribuição obteve uma média de 15,55 pontos com um desvio padrão de 1,04 e moda 16 no período pré- formação. No período pós- formação as observações registaram uma classificação média de 17,11 pontos com desvio padrão de 0,6 e moda de 17 (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição das classificações da posição sentado

| Valores dos parâmetros observados | pré- formação | | pós- formação | |
|--------------------------------------|---------------|-------|---------------|-------|
| | n | % | n | % |
| 9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 10 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 11 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 12 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 13 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 14 | 2 | 18,2 | 0 | 0,0 |
| 15 | 3 | 27,3 | 0 | 0,0 |
| 16 | 4 | 36,4 | 1 | 11,1 |
| 17 | 2 | 18,2 | 6 | 66,7 |
| 18 | 0 | 0,0 | 2 | 22,2 |
| Total | 11 | 100,0 | 9 | 100,0 |

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo em conta a evidência encontrada, é possível verificar que no posicionamento em decúbito dorsal, houve uma diminuição no número de observações do período pós-formação em relação ao período pré-formação, de 9 (30%) para 6 (20%) observações. Em contraste verificou-se um aumento do número de observações, de 4 (13,3%) para 9 (30%), relativamente ao posicionamento em decúbito lateral para o lado afetado do período pré-formação para o pós-formação.

Este aumento poderá estar relacionado com os conhecimentos transmitidos durante a formação realizada e que foram apreendidos de forma evidente pelos enfermeiros que a frequentaram, pois foi abordado que o decúbito dorsal deve ser o posicionamento menos utilizado, uma vez que promove uma atividade reflexiva anormal agravando a espasticidade caso não seja executado corretamente (Araújo, et al., 2021).

No que concerne o posicionamento em decúbito lateral para o lado afetado, vários autores defendem que este é o que mais proporciona estímulos sensitivos, devendo ser utilizado várias vezes ao longo do dia, uma vez que impede a instalação da espasticidade, particularmente quando as pessoas apresentam perda da sensibilidade no hemitorço afetado (Johnstone, 1979).

A posição de sentado foi o posicionamento mais observado, tanto no período pré como no pós formação, representando 33,3% das observações (20 posicionamentos).

Num estudo realizado por Pinto (2020), onde foi realizada a análise dos posicionamentos executados pelos enfermeiros, em pessoas doentes após um AVC, internadas num serviço de neurologia de um hospital da região do norte de Portugal, descreve que o posicionamento mais vezes observado foi o posicionamento em decúbito dorsal, seguido do posicionamento em decúbito lateral para o lado afetado, o terceiro mais observado foi o posicionamento em decúbito lateral para o lado não afetado e por último a posição de sentado. Afirma ainda que este último posicionamento foi o menos observado, sendo executado no turno da manhã. Por ter sido realizado num serviço de internamento hospitalar onde o doente se encontra em situação aguda, a realização do primeiro levante após o AVC pode demorar alguns dias e depende de indicação médica (Pinto, 2020).

O facto da posição de sentado ter sido o posicionamento mais observado neste estudo, poderá ser justificado pela maioria das observações terem sido feitas no turno da manhã, onde após os cuidados de higiene o doente é transferido para o cadeirão. Os doentes internados em UCC já se encontram numa fase pós aguda do AVC, não apresentado, na maioria dos casos, contraindicações para a realização de levante.

Por outro lado, o posicionamento menos observado foi em decúbito lateral para o lado não afetado, representando apenas 20% das observações, equivalente a 12 posicionamentos. Ao longo das observações realizadas neste estudo foi possível verificar que muitas vezes os doentes eram posicionados mais em decúbito semi-lateral e não propriamente em decúbito lateral, o que pode justificar o menor número de observações.

No que respeita à análise dos parâmetros observados em cada posicionamento no período pós-formação, no posicionamento em decúbito dorsal, o parâmetro que mais vezes foi registado como errado foi a abdução dos dedos da mão e a supinação do antebraço representando 66,7% e 50% das observações respetivamente. Pinto (2020), demonstrou que no posicionamento em decúbito dorsal também a supinação do antebraço foi o parâmetro com mais inconformidade.

No posicionamento em decúbito para o lado afetado, é imprescindível um correto posicionamento do ombro, já que neste decúbito é mais passível de desencadear alterações, como a síndrome do ombro doloroso, o que pode condicionar o processo de recuperação e levar à incapacidade (RainesGass e Smith, 2018). Ao analisar a estatística descritiva do posicionamento em decúbito lateral para o lado afetado, no período pós-formação, podemos constatar que o ombro estava em protração em 88,9% dos casos, estando em rotação externa em 100% dos casos, o que aponta para uma preocupação dos enfermeiros para a necessidade de realizar o correto posicionamento do ombro. Em contraste, o posicionamento do tornozelo em flexão e dedos da mão em abdução foi registado como incorreto em 88,9% e 77,8% das observações respetivamente. Também no posicionamento em decúbito lateral para o lado afetado, Pinto (2020) afirma que a posição que mais falhou foi a flexão do tornozelo. Ainda no posicionamento em decúbito lateral para o lado afetado, o cotovelo em extensão, o antebraço em supinação e os dedos da mão em extensão não estavam corretamente posicionados em 44,4% das observações.

O posicionamento em decúbito lateral para o lado não afetado é o posicionamento que mais inibe a espasticidade e promove a integração do esquema corporal (Branco e Santos,

2010). Os parâmetros menos executados foram, mais uma vez, a abdução dos dedos da mão, com 66,7% das observações incorretas, seguido da extensão do cotovelo e flexão do tornozelo com 33,3% das observações incorretas no período pós-formação.

Os motivos da não execução do posicionamento em padrão anti-espástico podem ser diversos. Para executar um posicionamento em padrão anti-espástico é necessário que os doentes tenham alguma mobilidade para que o enfermeiro coloque os membros na posição correta, no caso de a pessoa apresentar um maior grau de espasticidade nas partes afetadas, estas mostram-se rígidas à flexão ou extensão o que impossibilita a execução de um correto posicionamento (Pinto, 2020). O que justifica, por exemplo, que a abdução das mãos seja o parâmetro que mais vezes foi registado como incorretamente posicionado em todos os posicionamentos.

No posicionamento terapêutico do membro inferior, abordado pela OE (2013), ao contrário do anti-espástico, difere pela colocação de almofadas nas regiões aquilianas para que os calcâneos se encontrem elevados, sem pressão e para que o pé fique em ângulo reto deve-se utilizar almofadas de auxílio. De constatar que a não flexão do tornozelo, pode aumentar o risco de pé equino, o que leva a várias complicações como dificuldades na marcha.

O posicionamento de sentado está descrito segundo Johnstone (1979), que pode ser utilizada uma mesa de apoio que possibilite a inclinação do tronco e a colocação dos antebraços para a frente e paralelos. De relembrar que na UCC de São José de Medelo os doentes realizam levante para cadeirão, o que dificulta a utilização de uma mesa para apoio dos braços, sendo substituída por uma almofada de volume adequado. Pela análise da distribuição das observações da posição de sentado foi possível verificar que o parâmetro que se destacou pela negativa foi o posicionamento do tronco inclinado para a frente com 55,6% das observações. Isto pode ser justificado pelo facto de não se utilizar uma mesa de apoio, o que facilita a inclinação do tronco para frente.

Fazendo a análise da distribuição das classificações dos posicionamentos, é possível concluir que houve uma melhoria da média das classificações, em todos os posicionamentos, do período pré-formação para o período pós-formação, com maior destaque para o posicionamento em decúbito dorsal, que foi o posicionamento que obteve o valor maior de melhoria (5,4 pontos), seguido do posicionamento em decúbito lateral

para o lado não afetado (5 pontos), apesar de ter sido o posicionamento menos observado como já referido anteriormente.

Da análise do período pós-formação, é possível concluir que o posicionamento em decúbito lateral para o lado afetado foi o que mais se distanciou do seu valor máximo, ou seja, foi o posicionamento em que mais vezes não foi cumprido o padrão anti-espástico, contrariamente à posição de sentado que foi o posicionamento que mais se aproximou do seu valor máximo, sendo o que mais vezes cumpria o padrão anti-espástico.

No estudo de Pinto (2020), o posicionamento em decúbito dorsal foi o que mais vezes não foi cumprido o padrão anti-espástico em oposição ao posicionamento em decúbito lateral para o lado afetado, sendo este o melhor executado.

De realçar que no período pós-formação, tanto no posicionamento em decúbito dorsal como no decúbito lateral para o lado afetado, foi observado, em cada um deles, apenas 1 posicionamento com a classificação máxima, representado 16,7% e 11,1% das observações respetivamente. No que concerne a posição de sentado, foram observados 2 posicionamentos totalmente corretos, representando 22,2% das observações, contrariamente ao período pré-formação, onde não houve nenhum posicionamento com a classificação máxima.

Num estudo realizado por De & Wynn (2014), evidenciou que as enfermeiras de enfermaria precisam ser instruídas com o conhecimento mais atualizado, baseado em evidências, habilidades e confiança para implementar uma posição eficaz dos membros e cuidados de reabilitação eficazes para pacientes de AVC. Desta forma a formação contínua, através de atividades como ações de formação teórico-práticas promove a atualização de conhecimento, melhora e uniformiza a prática clínica.

Pinto (2020), defende que a frequência regular das ações de formação, são benéficas, pois identificou que enfermeiros a trabalhar entre os 6 e 10 anos tiveram pior classificação no posicionamento em decúbito dorsal em relação aos restantes, justificando com a não atualização ou revisão dos conhecimentos.

De uma forma global podemos referir que no período pós a formação houve uma melhoria nos posicionamentos executados em padrão anti-espástico pelos enfermeiros da UCC de São José de Medelo, o que demonstra a importância da formação contínua e a necessidade de integração de EEER nas equipas de enfermagem.

6. CONCLUSÃO

Os resultados obtidos através da estratégia de intervenção adotada, realização de formação versando a espasticidade com componente prática sobre posicionar em padrão anti-espástico, demonstraram alterações relativas aos conhecimentos adquiridos pelos enfermeiros da equipa da UCC de São José de Medelo associados à intervenção do EEER.

Realizando uma análise aos dados obtidos antes e após a formação ministrada, constata-se que os enfermeiros passaram a executar melhor os posicionamentos em padrão anti-espástico, principalmente o posicionamento em decúbito dorsal.

Embora o EEER tenha competências acrescidas para cuidar da pessoa com espasticidade pós-AVC, os posicionamentos devem ser executados durante as 24 horas. No entanto, na realidade dos serviços em Portugal não existe um EEER disponível para a prestação de cuidados nas 24 horas, pelo que este deve contribuir para a capacitação dos enfermeiros de cuidados gerais para a execução do posicionamento de forma a contrariar o padrão espástico. Cabe ao EEER a elaboração de estratégias junto da equipa de enfermagem para desenvolver conhecimentos e capacidades sobre o posicionamento em padrão anti-espástico, de forma a melhorar e uniformizar os cuidados de enfermagem prestados e prevenir a espasticidade.

Foram estabelecidos como objetivos para este estudo: observar a prática clínica dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com espasticidade; identificar as lacunas na prática clínica dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com espasticidade; contribuir para a melhoria da prestação de cuidados à pessoa com espasticidade através da apresentação de uma formação teórico-prática; comparar a prática clínica dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com espasticidade antes e após a apresentação da formação teórico-prática; avaliar a eficácia da formação teórico-prática. Com base na realização do presente estudo e dos resultados obtidos, podemos concluir que os objetivos inicialmente definidos foram atingidos.

Com a realização deste trabalho, foi possível concluir que a formação teórico-prática teve uma ação importante na melhoria da prática clínica dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com espasticidade, traduzida pela análise das médias da distribuição as

classificações dos diferentes tipos de posicionamentos antes e após a sua apresentação, onde houve uma melhoria das classificações no período pós-formação.

Conclui-se que, nesta intervenção em concreto, que a enfermagem de reabilitação contribuiu para a adoção de boas práticas à pessoa com espasticidade, através da observação e registo da prática clínica dos enfermeiros, com a finalidade de atuar a nível da equipa para a promoção da melhoria das mesmas conforme as lacunas identificadas.

Na realização deste estudo tivemos algumas dificuldades, particularmente relacionadas com o reduzido número de doentes com espasticidade pós-AVC que estavam internados na UCC de São José de Medelo no período em que este foi realizado, resultando numa amostra mais pequena do que a esperada previamente à sua realização, o que pode ser identificado como uma fragilidade do estudo.

Em trabalhos futuros sugere-se a replicação desta metodologia, para, desta forma, se poder contribuir para a melhoria dos cuidados prestados a doentes com espasticidade pós-AVC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, J. (2015). Minimizar a Espasticidade na Pessoa Acometida por AVC. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalMarmeleiros_MinimizarEspasticidadePessoaAcometidaAVC_Madeira.pdf

Allison, R., Shenton, L., Bamforth, K., & et al. (2016). Incidence, time course and predictors of impairments relating to caring for profoundly affected arm after stroke: A systematic review. *Physiother Res Int.* pp. 21: 210-227.

Almeida, L. B. (2018). Introdução à neurociência: Arquitetura, função, interações e doença do sistema nervoso (2.ª Edição revista); Climepsi.

Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idososa com compromisso no sistema nervoso. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 183-203). Lisboa: Lidel.

Bavikatte, G., Subramania, G., Ashford, S., Allison, R., & Hicklin, D. (9 de julho de 2021). Early Identification, Intervention and Management of Post-stroke Spasticity: Expert Consensus Recommendations. *Journal of Central Nervous System Disease*, 13: 1-8. doi:10.1177/11795735211036576

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

Canteiro, M. (2003). Educação Terapêutica In M.Gomes e R. Sotto Mayor (Coords). Em S. P. *Pneumologia, Tratado de Pneumologia - Volume II*. Lisboa.

Cacho, R., Cacho, E., Loureiro, A., Cirne, G., Pereira, S., Freitas, R., . . . Borges, G. (2017). A espasticidade no comprometimento motor e funcional de hemiparéticos pós acidente vascular cerebral, *Fisioter.* pp. 30(4), 745-752. doi:10.1590/1980-5918.030.004.AO09

Cordeiro, M., & Menoita, E. (2014). Em Reeducação funcional respiratória. Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas. (pp. 61-115). Loures: Lusociência.

Couto, G., Silva, R., Maria João, d., & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema cardiorrespiratório. Em Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas.

De, D., & Wynn, E. (2014). Preventing muscular contractures through routine stroke patient care. *British Journal of Nursing*, 781-786.

Direção Geral de Saúde . (2011). Norma n.º 054/2011 - Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação.

Direção Geral de Saúde. (2010). Acidente Vascular Cerebral – Itinerários Clínicos.

Doussoulin, A., Rivas, C., Bacco, J., Sepúlveda, P., Carvalho, G., Gajardo, C., & al., e. (2020). Prevalence of Spasticity and Postural Patterns in the Upper Extremity Post Stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* pp. 29 (11); 105-253. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105253

Ferreira, C., Pita, F., Ferreira, I., Rodrigues, M., & Cruz, V. T. (2 de janeiro de 2011). Factores de risco para Acidentes Vasculares Cerebrais. Obtido de <https://static.lvengine.net/spavc2013/Imgs/pages/publicacoes/FRV%20AVC%20Jan%202011.pdf>

Ferro, J., & Pimentel, J. (2013). *Neurologia Fundamental. Princípios, diagnóstico e tratamento* (2ª ed. rev.). Lisboa: Lidel.

Flannery, J., & Bulecza, S. (2010). Problemas Vasculares e Degenerativos do Cérebro. Em F. D. Monahan, J. K. Sands, M. Neighbors, J. F. Marek, & C. J. Green, *Enfermagem médico-cirúrgica : perspectivas de saúde e doença; rev. cient.* Maria Helena Lopes Ribeiro, Cristina Maria Silva Saraiva ; - 8ª ed. (L. C. Isabel Moura Ribeiro, Trad., Vol. III, p. 1464). Loures: LUSODIDATA.

Glaess-Leistner, S., Ri SJ, Audebert, H., & et al. (2020). Early clinical predictors of post-stroke spasticity. *Top Stroke Rehabil.* pp. 1-11.

Gorelick, P. (2019). The global burden of stroke: persistent and disabling. *Lancet Neurol.* pp. 18(5): 417-8.

Hall, P., Williams, D., Hickey, A., & et al. (2016). Access to rehabilitation at six months post stroke: A Profile from the action on secondary prevention interventions and rehabilitation in stroke (ASPIRE-S) study. *Cerebrovasc Dis* 2016. pp. 42:247-254.

Hotter, B., Padberg, I., Liebenau, A., & et al. (2018). Identifying unmet needs in long-term stroke care using in-depth assessment and the post-stroke checklist – the managing at tertiary care for stroke (MAS-I) study. *Euro Stroke J.* pp. 3(3):237-245.

INCP. (2019). INCP Browser. Obtido de <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Instituto Nacional de Estatística. (2023). Obtido de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=10862&tipoSelecao=0&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true

Johnstone, M. (1979). *Restauração da Função Motora no Paciente Hemiplégico*. São Paulo: Manole.

Kumar, S., & Selim, M. (2010). Medical complications after stroke. *Lancet Neurol.* pp.9: 105-118.

Kuo, C., & Hu, G. (2018). Post-stroke spasticity: A review of epidemiology, pathophysiology, and treatments *Int J Gerontol.* pp. 12: 280-284.

Lessman, J., Conto, F., Ramos, G., Boreinstein, M., & Meirelles, B. (2011). Nursing activities in self-care and rehabilitation of patients who suffered stroke. *Revista Brasileira de Enfermagem*.

Lindsay, C., Kouzouna, A., Simcox, C., & et al. (2016). Pharmacological interventions other than botulinum toxin for spasticity after stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* p. 10(10):CD010362.

Marques-Vieira, C., Sousa, L., & Braga, R. (2017). Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. In C. Marques-Vieira; L. Sousa (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidata.

Martin, A., Abogunrin, S., Kurth, H., & et al. (2014). Epidemiological, humanistic, and economic burden of the illness of lower limb spasticity in adults: a systematic review. *Neuropsychiatric Dis Treat.* pp. 10; 111-122.

Martins, J. A., Castilho, A. d., & Simões, I. H. (2000). Cuidados de Enfermagem ao Doente Traqueostomia. Em *Revista de Enfermagem Referência Iª Série* (pp. 75- 76).

Meleis, A., & et al. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle - range theory. *Advances in Nursing Science.*

Menoita, E., Pão-Alvo, I., Sousa, L., & Marques-Vieira, C. (2012). Reabilitação da Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente. Loures: Lusociência.

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). Reabilitação da pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Lusociência.

Moskowitz, M., Lo, E., & Iadecola, C. (2010). The science of stroke: mechanisms in search of treatment. *Neuron.* 67.

OCDE / Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. (2021). *Desempenho do Sistema de Saúde. Estado da Saúde na UE - Portugal - Perfil de saúde do país*, 12.

Oliveira, A., Fernandes, A., Nascimento, L., Pellense, M., Carvalho, G., & Santana, P. (2018). O papel do enfermeiro no cuidado a pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. *Rev Hum Ser.* p. 3 (1).

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Obtido de Ordem dos Enfermeiros:https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolh aDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º392/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República.

Ordem dos Enfermeiros. (06 de fevereiro de 2019). Regulamento n.º140/2019 - Diário da República n.º26, Série II. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Orem, D. (2001). Nursing: Concepts of Practice.

Organização Mundial da Saúde. (2003). Promovendo qualidade de vida após acidente vascular cerebral. Porto Alegre: Artmed.

Orsini, M. (2012). Reabilitação nas Doenças Neuromusculares - Abordagem Interdisciplinar. GUANABARA KOOGAN.

Petronilho, F. (2012). Autocuidado - Conceito Central da Enfermagem.

Pinto, E. (2020). O Posicionamento do Doente Acidente Vascular Cerebral - Um Olhar Sobre as Práticas. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/32889>

Plantin, J., Pennat, G., Rosa, P., Baron, J.-C., Laurencikas, E., Weber, K., & et, a. (2019). Quantitative Assessment of Hand Spasticity After Stroke: Imaging Correlates and Impact on Motor Recovery. *Front Neurol.* pp. 10:1-11. Obtido de <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00836>

RainesGass, D., & Smith, N. (2018). *Stroke Complications: Hemiplegia, Shoulder.* Cinahl. <https://research.ebscomedical.com/eds/detail?db=nup&an=T702881&isbn=#citation-info>

Raluy-Callado, M., Cox, A., MacLachlan, S., Bakheit, A., Moore, A., Dinet, J., & al., e. (2018). A retrospective study to assess resource utilization and costs in patients with post-stroke spasticity in the United Kingdom. *Curr Med Res Opin*, 34(7):1317-1324.

Ribeiro, M., Dultra, M., & Toralles, R. (out./dez. de 2015). Prospecção tecnológica de um equipamento para tratamento da espasticidade. *Cad. Prospec.* pp. 8(4): 656- 665. Obtido de https://periodicos.ufba.br/index.php/nit/article/view/11613/pdf_144

Ribeiro, O., Moura, M., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialista em enfermagem de reabilitação. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas* (pp. 48-55). Lidel.

Rodrigues, M. d., Santana, L. F., & Galvão, I. M. (2017). Fatores de risco modificáveis e não modificáveis do AVC isquêmico: uma abordagem descritiva. *Rev Med (São Paulo)*, 96(3): 187-92.

Silva, D. M., & Silva, E. V. (2016). *Ensino Clínico na Formação em Enfermagem.* Journal of Education, Technologies and Health.

Silva, M. B. (2013). Método quantitativo para avaliar a espasticidade baseado no limiar de reflexo de estiramento tônico. Dissertação para obtenção do grau de mestre em ciências. Obtido de <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/14529/1/MaristellaBorges.pdf>

Sommerfeld, D., & Welmer, A. (2012). Pain following stroke, initially and at 3 and 18 months after stroke, and its association with other disabilities. *Eur J Neurol.* pp. 19 (10): 1325-1330.

Sousa, L., Martins, M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*.

Spundik, S., McCabe, J., Skelly, M., & et al. (2019). Association of spasticity and motor dysfunction in chronic stroke. *Annal Phys Rehab Med*. pp. 62: 397-402.

Tavares, D., & Dias, F. (2012). *Texto & Contexto - Enfermagem. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos*.

Teasell R, H. N. (2020). *Stroke Rehabilitation Clinical Handbook [PDF]*; . Obtido de *Clinician's Handbook EBRSR - Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation*

Teixeira, P. M., Henriques, A. A., Pereira, A. G., Teixeira, C. S., Margato, D. C., & Sousa, L. M. (maio de 2017). Instrumentos de Avaliação da Intensidade do Tónus Muscular na Pessoa Após Acidente Vascular Cerebral. *Revista Investigação em Enfermagem*, 9-21. Obtido de <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/2720/1/Rev%20Invest%20Enferm%202017%209.pdf>

Volny, O., Justanova, M., Cimflova, P., Kasickova, L., Svobodova, I., Muzik, J., & Bares, M. (2018). 24-Hour Alberta Stroke Program Early CT Score Assessment in Post-Stroke Spasticity Development in Patients with a First Documented Anterior Circulation Ischemic Stroke. pp. 240-245.

Watkins, C. (2002). Prevalence of spasticity post stroke. *Clin Rehabil*. pp. 16(5): 515-22.

Wissel, J., Schelosky, L. D., Scott, J., Christe, W., Faiss, J. H., & Mueller, J. (2010). Early development of spasticity following stroke: a prospective, observational trial. *J. Neurol*. pp. 1067-1072. Obtido de <https://doi.org/10.1007/s00415-010-5463-1>

ANEXOS

ANEXO I – Objetivos definidos para o campo de estágio UHD/UMAD

**OBJETIVOS DE ESTÁGIO MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO**

**UNIDADE MÓVEL DE APOIO DOMICILIÁRIO (UMAD) / UNIDADE
DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIARIA (UHD)**

HOSPITAL DA SENHORA DA OLIVEIRA – GUIMARÃES

Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

1ºano/2ºsemestre

Ano letivo 2021/2022

Opção estágio de natureza profissional em Enfermagem de Reabilitação
(Opção 1)

Realizado por:

Rui Ribeiro

Guimarães, junho de 2022

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Opção 1 (opção estágio de natureza profissional em Enfermagem de Reabilitação) do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, surge a sua realização no serviço Unidade de Apoio Domiciliário (UMAD) / Unidade de Hospitalização Domiciliaria (UHD) do Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães. Este decorrerá no período de 6 de junho a 15 de julho, com uma carga horária obrigatória de 105h em contexto clínico, sob tutoria do Enfermeiro Especialista Pedro Gomes e sob a orientação pedagógica da Docente Eugénia Mendes.

O presente documento visa cumprir a definição dos objetivos específicos e individuais de estágio a que me proponho atingir.

OBJETIVOS DE ESTÁGIO

Objetivos Gerais:

- Desenvolver conhecimentos e competências, saberes teórico-práticos de forma a potenciar a promoção da prática especializada em Enfermagem de Reabilitação nos diferentes contextos de intervenção necessários para a prestação de cuidados de enfermagem especializados;
- Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada em Enfermagem de Reabilitação, evidenciando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as necessidades humanas, processos de vida e problemas de saúde;
- Promover a tomada de decisões que orientem um exercício profissional autónomo baseado em evidências científicas e nos referenciais éticos e deontológicos.

Guimarães, junho de 2022

Objetivos Específicos:

- Conhecer a estrutura física, a equipa e a estrutura organizacional da UMAD/UHD do HSO, Guimarães;
- Conhecer os recursos disponíveis na UMAD/UHD do HSO, Guimarães;
- Compreender o papel do enfermeiro de reabilitação em contexto domiciliário;
- Desenvolver competências comportamentais de promoção da imagem do enfermeiro de reabilitação;
- Integrar a equipa multidisciplinar na tomada de decisões sobre o processo de cuidados de reabilitação do utente e família/cuidador;
- Desenvolver uma prática segura em ambiente domiciliário
- Identificar barreiras arquitetónicas que coloquem em risco a segurança do utente, sugerindo reajustes conforme as suas necessidades;
- Desenvolver competências na promoção à mobilidade, acessibilidade e participação social ao utente e família/cuidador;
- Identificar focos de ação e formular diagnósticos de enfermagem de reabilitação para o utente e família/cuidador;
- Planear intervenções de enfermagem de reabilitação para o utente e família/cuidador;
- Executar cuidados de enfermagem de reabilitação para o utente e família/cuidador;
- Avaliar com recurso a escalas, os resultados de enfermagem decorrentes do processo de cuidados ao utente e família/cuidador;
- Incorporar os valores éticos e princípios deontológicos no processo de cuidados de enfermagem de reabilitação;
- Garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais;
- Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades do utente e família/cuidador;
- Elaborar registos de enfermagem de reabilitação no SClinico;
- Promover um plano de treino específico para que o utente com o apoio do cuidador/família possam dar seguimento ao plano de reabilitação

Guimarães, junho de 2022

instituído para a realização na ausência do enfermeiro especialista de reabilitação, no sentido de promover o autocuidado;

- Realizar ensinamentos ao utente e à família/cuidador relativos ao autocuidado (cuidados de higiene; alimentação; eliminação vesical e intestinal; transferências), executando de forma conjunta e com supervisão mediante as necessidades demonstradas;
- Dar continuidade ao projeto "Dotações Seguras em Hospitalização Domiciliária".

ANEXO II – Objetivos definidos para o campo de estágio UF4/UAVC

OBJETIVOS DE ESTÁGIO
MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

MEDICINA 4 – UNIDADE DE AVC

HOSPITAL PADRE AMÉRICO - PENAFIEL

Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

2ºano/1ºsemestre

Ano letivo 2022/2023

Opção 2

(Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Reabilitação)

Realizado por:

Rui Ribeiro

Penafiel, outubro de 2022

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Opção 2 (Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Reabilitação com relatório), do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, surge a sua realização no serviço Unidade de AVC do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa - Hospital Padre Américo, Penafiel. Este decorrerá no período de 17 de outubro a 25 de novembro de 2022, com uma carga horária de 105h em contexto clínico, sob tutoria da Enfermeira Especialista Brígida Cavadas e sob a orientação pedagógica da Docente Maria José Gomes. O presente documento visa cumprir a definição dos objetivos específicos e individuais de estágio a que me proponho atingir.

OBJETIVOS DE ESTÁGIO

Objetivos Gerais:

- Desenvolver conhecimentos e competências, saberes teórico-práticos de forma a potenciar a promoção da prática especializada em Enfermagem de Reabilitação nos diferentes contextos de intervenção necessários para a prestação de cuidados de enfermagem especializados;
- Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada em Enfermagem de Reabilitação, evidenciando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as necessidades humanas, família, processos de vida e problemas de saúde;
- Promover a tomada de decisões que orientem um exercício profissional autónomo baseado em evidências científicas e nos referenciais éticos e deontológicos.

Penafiel, outubro de 2022

Objetivos Específicos:

- Conhecer e integrar a dinâmica de funcionamento e a equipa de enfermagem do serviço Unidade de AVC do CHTS, Penafiel;
- Conhecer a estrutura física, os recursos humanos e materiais existentes;
- Consultar protocolos, normas e procedimentos existentes;
- Conhecer a dinâmica de funcionamento da equipa de enfermagem e de enfermagem de reabilitação;
- Integrar a equipa multidisciplinar na tomada de decisões sobre o processo de cuidados de reabilitação do utente e família/cuidador;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com problemas e/ou deficiências de causa neurológica, incentivando a participação do utente, quando possível;
- Identificar focos e formular diagnósticos de enfermagem à pessoa com incapacidade e família/cuidador;
- Planear intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com incapacidade e família/cuidador;
- Executar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com incapacidade e família/cuidador;
- Avaliar os resultados de enfermagem decorrentes do processo de cuidados à pessoa com incapacidade e família/cuidador;
- Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa e família/cuidados;
- Incorporar os valores éticos e princípios deontológicos no processo de cuidados de enfermagem de reabilitação;
- Desenvolver uma prática segura em ambiente seguro;
- Garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais;
- Elaborar registos de enfermagem de reabilitação no SClinico.

ANEXO III – Objetivos definidos para o campo de estágio ECCI

Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

2ºano/1ºsemestre

Ano letivo 2022/2023

Opção 2

(Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Reabilitação)

OBJETIVOS DE ESTÁGIO

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UCC CUIDAR MONDIM - ECCI DE MONDIM DE BASTO

Realizado por:

Rui Ribeiro

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Opção 2 – Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Reabilitação do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Bragança do Instituto Politécnico de Bragança, surge a sua realização no ACES do Alto Ave na UCC Cuidar Mondim - ECCI de Mondim de Basto. Este decorrerá no período de 16 de janeiro a 24 de fevereiro de 2023, com uma carga horária obrigatória de 105h em contexto clínico, sob orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação Sónia Carvalho e sob orientação pedagógica da Docente Eugénia Mendes.

O presente documento visa a definição dos objetivos individuais de estágio que me proponho atingir ao longo do campo de estágio na UCC Cuidar Mondim - ECCI de Mondim de Basto.

OBJETIVOS DE ESTÁGIO

Objetivos Gerais:

- Desenvolver conhecimentos e competências, saberes teórico-práticos de forma a potenciar a promoção da prática especializada em Enfermagem de Reabilitação nos diferentes contextos de intervenção necessários para a prestação de cuidados de enfermagem especializados;
- Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada em Enfermagem de Reabilitação, evidenciando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as necessidades humanas, processos de vida e problemas de saúde;
- Promover a tomada de decisões que orientem um exercício profissional autónomo baseado em evidências científicas e nos referenciais éticos e deontológicos.

Objetivos Específicos:

- Conhecer a estrutura física, a equipa, a dinâmica e os recursos disponíveis na ECCI de Mondim de Basto:
 - Conhecer a estrutura física do serviço;
 - Conhecer a equipa multidisciplinar e a dinâmica de trabalho da equipa de enfermagem de reabilitação;
 - Compreender o papel do enfermeiro de reabilitação em contexto domiciliário;
 - Compreender o processo de articulação dos utentes e o seu encaminhamento entre as equipas de referência da RNCCI;
 - Acompanhar a equipa de enfermagem de reabilitação na visita domiciliária e na prestação de cuidados ao utente;
 - Identificar os diferentes materiais de apoio utilizados em contexto domiciliário;
 - Consultar as normas, procedimentos e protocolos existentes no serviço.
- Desenvolver competências ao nível de promoção da imagem do enfermeiro de reabilitação:
 - Demonstrar interesse, iniciativa e responsabilidade;
 - Estabelecer uma comunicação eficaz com a equipa, utente e cuidador/família;
 - Refletir acerca do meu processo de aprendizagem e de desempenho ao longo do estágio.
- Desenvolver competências na promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social do utente e cuidador/família:
 - Aprofundar conhecimentos sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica;
 - Identificar e promover a otimização as barreiras arquitetónicas;
 - Identificar focos e formular diagnósticos de enfermagem ao utente e cuidador/família:
 - Participar no processo de admissão do utente e realizar registos de enfermagem no SClínico e no aplicativo da RNCCI – GestCARE;
 - Avaliar a capacidade funcional da pessoa na realização de atividades de vida diária (AVD), utilizando escalas e instrumentos de medida;

- Identificar alterações a nível motor, sensorial, cognitivo e sistema cardiopulmonar de forma a otimizar e/ou reeducar a função;
 - Instrui o utente e cuidador/família para a colaboração do plano de reabilitação, individualizado e específico;
 - Ensinar sobre os fatores que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade.
- Planear intervenções de Enfermagem de Reabilitação ao utente e cuidador/família:
- Discutir práticas de risco com o utente e cuidador/família e selecionar intervenções para o aumento da autonomia do utente;
 - Selecionar intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elaborar um plano de reabilitação em contexto domiciliário;
 - Avaliar e reformular as intervenções implementadas de acordo com os resultados obtidos.
- Executar cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao utente e cuidador/família:
- Explicar os procedimentos ao utente/cuidador informal sobre os cuidados prestados e sua finalidade;
 - Executar os cuidados de enfermagem de reabilitação com rigor técnico e científico;
 - Implementar planos de reeducação funcional respiratória, reeducação funcional motora, sensitiva e cognitiva reeducação alimentar e na eliminação;
 - Implementar planos de treino específico e individualizado visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida;
 - Selecionar os produtos de apoio de acordo com as necessidades do utente;
 - Realizar ensinamentos ao utente e cuidador/família relativos a autogestão da doença, auto-cuidado e aquisição de hábitos de vida saudável.
- Avaliar os resultados de enfermagem decorrentes do processo de cuidados à pessoa com incapacidade e família:
- Analisar de forma crítica as atividades desenvolvidas;

- Garantir a continuidade dos cuidados de enfermagem, efetuando os registos de enfermagem no SClínico e no aplicativo da RNCCI – GestCARE e o agendamento de nova visita domiciliária.
- Incorporar os valores éticos e princípios deontológicos no processo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação:
 - Garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e a responsabilidade profissional.
 - Garantir a segurança, a privacidade e a dignidade do utente e cuidador/família;
 - Assegurar a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional;
 - Assegurar o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas da pessoa.

ANEXO IV – Estudo de caso sobre síndrome de desuso, estágio UHD/UMAD

ESTUDO DE CASO - SÍNDROME DE DESUSO

**UNIDADE DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIAR (UHD) /
UNIDADE DE APOIO DOMICILIÁRIO (UMAD)**

HOSPITAL DA SENHORA DA OLIVEIRA – GUIMARÃES

Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

1ºano/2ºsemestre

Ano letivo 2021/2022

Opção estágio de natureza profissional em Enfermagem de Reabilitação (Opção 1)

Realizado por:

Rui Ribeiro

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO..... | 3 |
| HISTÓRIA | 4 |
| ESCALAS A AVALIAR | 5 |
| Escala Visual Analógica da dor (EVA)..... | 6 |
| Escala de Coma de Glasgow..... | 6 |
| Índice de Barthel..... | 7 |
| Amplitudes Articulares..... | 9 |
| Escala da Avaliação da Força Muscular (Medical Research Council)..... | 10 |
| Escala de Berg | 11 |
| Escala de Morse – Risco de Queda..... | 16 |
| Short Physical Performance Battery | 17 |
| Escala de Percepção de Esforço de Borg (dispneia)..... | 18 |
| Escala de Borg Modificada..... | 18 |
| Modified Medical Research Council Dyspnea Scale (Questionário mMRC)..... | 19 |
| Nutritional Risk Screening (NRS-2002) (Risco de Ingestão Nutricional) | 19 |
| APGAR familiar de Smilkstein | 20 |
| PLANO DE REABILITAÇÃO DE EXERCÍCIO FÍSICO..... | 21 |
| CONCLUSÃO..... | 24 |
| BIBLIOGRAFIA | 25 |

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular, opção estágio de natureza profissional em Enfermagem de Reabilitação (Opção 1) do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, no serviço Unidade de Hospitalização Domiciliária / Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UHD/UMAD) do Hospital da Senhora da Oliveira em Guimarães, foi proposta a realização de um estudo de caso de um utente à minha escolha.

A minha escolha recaiu num utente que foi admitido na UMAD no dia 07/06/2022 com o diagnóstico de síndrome de desuso.

Para a realização deste estudo de caso recolhi informação pertinente relativa ao internamento, medicação instituída para o domicílio e características do domicílio e quem seria o seu cuidador. De seguida para avaliação do utente recorri a aplicação de escalas próprias e validadas pela Ordem dos Enfermeiros de forma a caracterizar as necessidades do utente e implementar um plano de reabilitação e respetivos ensinamentos com o objetivo de promover uma maior autonomia ao utente.

HISTÓRIA

Utente de 43 anos, trabalha na produção de calçado de segurança, sem antecedentes pessoais conhecidos, para além da obesidade mórbida. Sem alergias medicamentosas.

Recorreu ao SU por dor abdominal, tendo sido anteriormente submetido a cirurgia bariátrica. Esteve 76 dias internado (55 dias no Serviço de Medicina Intensiva) por sépsis com ponto de partida em peritonite purulenta secundária a deiscência da anastomose gastrojejunal e fistula do "pouch", com necessidade de laparoscopia e laparotomia exploradora e tratamento com prótese esófago-gástrica. Durante o tempo de internamento desenvolveu síndrome de desuso.

Iniciou treino com fisioterapia ainda em internamento. Sem plano para o domicílio.

Admitido pela Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD) para Tratamento de Pressão Negativa (TPN) na ferida operatória com deiscência parcial.

Após alta hospitalar ficou com medicação de domicílio;

- Furosemida 40mg 1+1/2+0;
- Sertralina 50 mg 1+0+0;
- Nebivolol 5 mg 1+0+0;
- Amlodipina 10mg 1+0+0;
- Domperidona 10 mg 1+1+1;
- Fenofibrato 267 mg 0+0+1;
- Rosuvastatina 10 mg 0+0+1
- Lorazepam 2,5 mg ceia;
- Zolpidem 10mg ceia;
- Brometo de ipratrópio 20 µg 1 puff 1+1+1.

Reside em casa com a esposa que é quem lhe presta apoio temporário desde a alta hospitalar. Aquando da primeira visita a senhora aparenta um grande envolvimento e auxílio nas atividades de vida diária do utente. Não foram identificadas quaisquer barreiras ou limitações arquitetónicas no domicílio do utente.

ESCALAS A AVALIAR

1. Escala Visual Analógica da dor (EVA);
2. Escala de Coma de Glasgow;
3. Índice de Barthel (Autocuidado);
4. Amplitudes articulares;
5. Escala da Avaliação da Força Muscular (Medical Research Council);
6. Escala de Equilíbrio de Berg;
7. Escala de Morse - Risco de queda;
8. Short Physical Performance Battery (Capacidade Funcional);
9. Escala de Perceção de Esforço de Borg (Dispneia);
10. Modified Medical Research Council Dyspnea Scale (Questionário mMRC);
11. Nutritional Risk Screening (NRS-2002) (Risco de Ingestão Nutricional);
12. APGAR familiar de Smilkstein;

Foi realizada a avaliação do utente com recurso às escalas acima indicadas antes da implementação de qualquer plano de reabilitação da minha parte.

Foram avaliadas em duas visitas domiciliárias diferentes.

Escala Visual Analógica da dor (EVA)



Sem dor no local da ferida operatória.

Escala de Coma de Glasgow

| | | |
|-----------------|--|----------------------------|
| Abertura ocular | Espontânea À voz À dor Nenhuma | 4 3 2 1 |
| Resposta verbal | Orientada Confusa Palavras inapropriadas Palavras incompreensivas Nenhuma | 5 4 3 2 1 |
| Resposta motora | Obedece comandos Localiza dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma | 6 5 4 3 2 1 |
| Total: | | 15 |

Consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa. Colaborante na avaliação das escalas.

Memória preservada.

Utente apresenta potencial para a realização de ensinamentos e planos de reabilitação de enfermagem.

Índice de Barthel

| | | |
|---|-------------------------------------|-----------|
| 1. Alimentação | | |
| Independente | <input checked="" type="checkbox"/> | 10 |
| Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Dependente | <input type="checkbox"/> | 0 |
| 2. Transferências | | |
| Independente | <input checked="" type="checkbox"/> | 15 |
| Precisa de alguma ajuda | <input type="checkbox"/> | 10 |
| Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Dependente, não tem equilíbrio sentado | <input type="checkbox"/> | 0 |
| 3. Toalete | | |
| Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Dependente, necessita de alguma ajuda | <input checked="" type="checkbox"/> | 0 |
| 4. Utilização do WC | | |
| Independente | <input checked="" type="checkbox"/> | 10 |
| Precisa de alguma ajuda | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Dependente | <input type="checkbox"/> | 0 |
| 5. Banho | | |
| Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) | <input checked="" type="checkbox"/> | 5 |
| Dependente, necessita de alguma ajuda | <input type="checkbox"/> | 0 |
| 6. Mobilidade | | |
| Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) | <input checked="" type="checkbox"/> | 15 |
| Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda | <input type="checkbox"/> | 10 |
| Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Imóvel | <input type="checkbox"/> | 0 |
| 7. Subir e Descer Escadas | | |
| Independente, com ou sem ajudas técnicas | <input checked="" type="checkbox"/> | 10 |
| Precisa de ajuda | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Dependente | <input type="checkbox"/> | 0 |
| 8. Vestir | | |
| Independente | <input type="checkbox"/> | 10 |
| Com ajuda | <input checked="" type="checkbox"/> | 5 |
| Impossível | <input type="checkbox"/> | 0 |
| 9. Controlo Intestinal | | |
| Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar | <input checked="" type="checkbox"/> | 10 |
| Acidente ocasional | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Incontinente ou precisa de uso de clisteres | <input type="checkbox"/> | 0 |
| 10. Controlo Urinário | | |
| Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho | <input checked="" type="checkbox"/> | 10 |
| Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho | <input type="checkbox"/> | 0 |
| TOTAL | Dependente em Grau Reduzido | 80 |

| Resultado IB | Grau de Dependência |
|--------------|---------------------|
| <20 | Total |
| 20-35 | Grave |
| 40-55 | Moderado |
| ≥ 60 | Leve |
| 100 | Independente |

Segundo o utente, tem mais dificuldade em fazer a barba por alterações a nível da motricidade fina e vestir roupa dos membros inferiores, calças e meias devido à diminuição do equilíbrio. A esposa auxilia-o nestas tarefas.

Amplitudes Articulares

Foram avaliadas as seguintes amplitudes e movimentos articulares:

- **Cervical:**
 - Flexão: Sem alterações
 - Extensão: Sem alterações
 - Latero-flexão esquerda e direita: Sem alterações
 - Rotação do pescoço esquerda e direita: Sem alterações
- **Escapulo-Umeral esquerda e direita:**
 - Abdução: Sem alterações
 - Adução: Sem alterações
 - Flexão: Sem alterações
 - Extensão: Sem alterações
 - Rotação: Sem alterações
- **Cotovelo esquerdo e direito:**
 - Flexão: Sem alterações
 - Extensão: Sem alterações
- **Antebraço esquerdo e direito:**
 - Pronação: Sem alterações
 - Supinação: Sem alterações
- **Punho esquerdo e direito:**
 - Flexão: Sem alterações
 - Extensão: Sem alterações
 - Desvio cubital: Sem alterações
 - Desvio radial: Sem alterações
- **Dedos da mão esquerda e direita:**
 - Flexão: Sem alterações
 - Extensão: Sem alterações
 - Abdução: Sem alterações
 - Adução: Sem alterações
- **Polgar esquerdo e direito:**
 - Abdução: Sem alterações
 - Adução: Sem alterações
 - Oponencia: Sem alterações
 - Flexão: Sem alterações
- **Coxo-femoral esquerda e direita:**
 - Rotação interna: Sem alterações
 - Rotação externa: Sem alterações
 - Flexão: Sem alterações
 - Extensão: Sem alterações
 - Abdução: Sem alterações
 - Adução: Sem alterações
- **Joelho esquerdo e direito:**
 - Flexão: Sem alterações
 - Extensão: Sem alterações
- **Tibio-társica esquerda e direita:**
 - Dorsiflexão: Sem alterações
 - Flexão plantar: Sem alterações
 - Inversão: Sem alterações
 - Eversão: Sem alterações

Escala da Avaliação da Força Muscular (Medical Research Council)

| GRAU | DESCRIÇÃO |
|------|---|
| 0 | Não apresenta movimento muscular nem articular, sem contração muscular. Paralisia total (plegia). |
| 1 | Não move a articulação. Percebem-se contrações musculares, mas sem movimento. |
| 2 | Existe movimento sem vencer a gravidade. |
| 3 | Move a articulação, vence a gravidade, mas não a uma resistência mínima adicional. |
| 4 | Move a articulação frente a uma resistência adicional moderada. |
| 5 | Move a articulação normalmente com a resistência imposta, força normal. |

Foi avaliação da força dos 4 membros sob orientação céfalo-caudal e dos segmentos mais distais para os proximais.

Concluiu-se que o utente possui força normal (grau 5) em todos os segmentos.

Escala de Berg

1. Posição sentada para posição em pé. Instruções: Por favor, levante-se. Tente não usar suas mãos para se apoiar.

- 4 • capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente.
- 3 • capaz de levantar-se independentemente e estabilizar-se independentemente.
- 2 • capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas.
- 1 • necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se.
- 0 • necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se.

2. Permanecer em pé sem apoio Instruções: Por favor, fique em pé por 2 minutos sem se apoiar.

- 4 • capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos.
- 3 • capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão.
- 2 • capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.
- 1 • necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.
- 0 • incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.

Se o paciente for capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, dê o número total de pontos para o item 3. Continue com o item 4.

3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho. Instruções: Por favor, fique sentado sem apoiar as costas, com os braços cruzados, por 2 minutos.

- 4 • capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos.
- 3 • capaz de permanecer sentado por 2 minutos com supervisão.
- 2 • capaz de permanecer sentado por 30 segundos.
- 1 • capaz de permanecer sentado por 10 segundos.
- 0 • incapaz de permanecer sentado sem apoio por 10 segundos.

4. Posição em pé para posição sentada. Instruções: Por favor, sente-se.

- 4 • senta-se com segurança, com uso mínimo das mãos.
- 3 • controla a descida utilizando as mãos.
- 2 • utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida.
- 1 • senta-se independentemente, mas tem descida sem controle.
- 0 • necessita de ajuda para sentar-se.

5. Transferências. Instruções: Arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra, para uma transferência em pivô. Peça ao paciente que se transfira de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa. Você poderá utilizar duas cadeiras ou uma cama e uma cadeira.
- 4 • capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos.
- 3 • capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos.
- 2 • capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão.
- 1 • necessita de uma pessoa para ajudar.
- 0 • necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar a tarefa com segurança.
6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados. Instruções: Por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos.
- 4 • capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança.
- 3 • capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão.
- 2 • capaz de permanecer em pé por 3 segundos.
- 1 • incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé.
- 0 • necessita de ajuda para não cair.
7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos. Instruções: Junte seus pés e fique em pé sem se apoiar.
- 4 • capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com segurança.
- 3 • capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 1 minuto com supervisão.
- 2 • capaz de posicionar os pés juntos, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
- 1 • necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos.
- 0 • necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos.
8. Alcançar à frente com o braço estendido, permanecendo em pé. Instruções: Levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar à frente o mais longe possível. O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos quando o braço estiver a 90°. Ao serem esticados para frente, os dedos não devem tocar a régua. A medida a ser registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar quando o paciente se inclina

para frente o máximo que consegue. Quando possível peça ao paciente que use ambos os braços, para evitar rotação do tronco.

- () 4 • pode avançar à frente mais que 25cm com segurança.
- () 3 • pode avançar à frente mais que 12,5cm com segurança.
- () 2 • pode avançar à frente mais que 5cm com segurança.
- () 1 • pode avançar à frente, mas necessita de supervisão.
- () 0 • perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo.

Item não avaliado.

9. Pegar um objeto do chão a partir de uma posição em pé. Instruções: Pegue o sapato/chinelo que está na frente dos seus pés.

- () 4 • capaz de pegar o chinelo com facilidade e segurança.
- 3 • capaz de pegar o chinelo, mas necessita de supervisão.
- () 2 • incapaz de pegá-lo mas se estica, até ficar a 2-5cm do chinelo, e mantém o equilíbrio independentemente.
- () 1 • incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando.
- () 0 • incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.

10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé. Instruções: Vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima do ombro esquerdo, sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito. O examinador poderá pegar um objeto e posicioná-lo diretamente atrás do paciente para estimular o movimento.

- 4 • olha para trás de ambos os lados com boa distribuição do peso.
- () 3 • olha para trás somente de um lado; o lado contrário demonstra menor distribuição do peso.
- () 2 • vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio.
- () 1 • necessita de supervisão para virar.
- () 0 • necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.

11. Girar 360° Instruções: Gire completamente em torno de si mesmo. Pausa. Gire completamente em torno de si mesmo para o lado contrário.

- () 4 • capaz de girar 360° com segurança em 4 segundos ou menos.
- () 3 • capaz de girar 360° com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos.
- 2 • capaz de girar 360° com segurança, mas lentamente.
- () 1 • necessita de supervisão próxima ou orientações verbais.
- () 0 • necessita de ajuda enquanto gira.

12. Posicionar os pés alternadamente no degrau ou banquinho enquanto permanece em pé sem apoio. Instruções: Toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho. Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho 4 vezes.

- 4 • capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos.
- 3 • capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em mais de 20 segundos.
- 2 • capaz de completar 4 movimentos sem ajuda.
- 1 • capaz de completar mais de 2 movimentos com o mínimo de ajuda.
- 0 • incapaz de tentar ou necessita de ajuda para não cair.

Item não avaliado.

13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente. Instruções: Demonstre para o paciente. Coloque um pé diretamente à frente do outro na mesma linha; se você achar que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro pé e levemente para o lado.

- 4 • capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
- 3 • capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
- 2 • capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30 segundos.
- 1 • necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos.
- 0 • perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar em pé.

14. Permanecer em pé sobre uma perna. Instruções: Fique em pé sobre uma perna o máximo que você puder sem se segurar.

- 4 • capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por mais de 10 segundos.
- 3 • capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 5-10 segundos.
- 2 • capaz de levantar uma perna, independentemente, e permanecer por 3 ou 4 segundos.
- 1 • tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé independentemente.
- 0 • incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair.

TOTAL: 35

Equilíbrio médio

0 = é incapaz de realizar a tarefa
4 = realiza a tarefa de forma independente

Score total:

21-26 = baixo risco de queda / equilíbrio bom

11-20 = risco de queda médio / equilíbrio médio

0-10 = elevado risco de queda / equilíbrio diminuído

Na fase final da avaliação da escala de equilíbrio de berg o utente apresentou palidez cutânea e tremor essencial dos membros inferiores dizendo que se sentia “fraco”, motivo pelo qual foi suspensa a avaliação.

A avaliação da escala não foi concluída por falta de oportunidade. Ainda assim pode-se verificar que o utente apresenta alterações do equilíbrio, suscetíveis de condicionar o tipo de exercícios do plano de reabilitação.

Escala de Morse – Risco de Queda

Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

| Item | Pontuação |
|---|---------------|
| 1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim | 0 25 |
| 2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim | 0 15 |
| 3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apóia-se no mobiliário para andar | 0 15 30 |
| 4. Terapia intravenosa Não Sim | 0 20 |
| 5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilidade Dependente de ajuda | 0 10 20 |
| 6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações | 0 15 |
| Total: Baixo Risco de Queda | 25 |

i. Sem risco (0 e \leq 24 pontos);

ii. Baixo risco (\geq 25 e \leq 50 pontos);

iii. Alto risco (\geq 51 pontos).

Utente com baixo risco de queda pelo que foram realizados ensinamentos ao utente e esposa sobre medidas de segurança e prevenção de queda.

Short Physical Performance Battery



UM PÉ DO LADO DO OUTRO

Pés juntos, um ao lado do outro

1 = 10s

0 = menos de 10s se a pontuação for zero, vá diretamente para o teste de velocidade de caminhada



POSIÇÃO SEMI-TANDEM

O calcanhar de um pé na altura do polegar do outro lado

1 = 10s

0 = menos de 10s, se a pontuação for zero, vá diretamente para o teste de velocidade de caminhada



POSIÇÃO EM TANDEM

O calcanhar de um pé em contato com a ponta do outro

2 = 10s

1 = 3 a 9s

0 = menos de 3s



Meça o tempo que leva para caminhar 3 ou 4 metros em um ritmo normal (use o melhor tempo de duas tentativas)

Caminhada de 3m

+ 3,625s..... 4

3,62-4,65s..... 3

4,66-6,52s..... 2

+ 6,52s..... 1

Incapaz..... 0

Caminhada de 4m

+ 4,82s..... 4

4,82-6,20s..... 3

6,21-8,70s..... 2

+ 8,7s..... 1

Incapaz..... 0

TESTE DE VELOCIDADE DE MARCHA

Pré-teste: Indivíduo deve cruzar os braços sobre o peito e tentar ficar de pé com os braços cruzados nessa posição
0 = incapaz

5 REPS: Meça o tempo que leva para se levantar 5 vezes da posição sentada, com as costas retas e o mais rápido possível com os braços cruzados

| |
|----------------------------|
| 0 = mais de 60s ou incapaz |
| 1 = 16,7-59s |
| 2 = 13,70-50s |
| 3 = 11,20-13,69s |
| 4 = menos de 11,10s |

TESTE DE EQUILÍBRIO

TESTE DE SENTAR E LEVANTAR

- limitação grave (0-4 pontos);
- limitação moderada (5-6 pontos);
- limitação leve (7-9 pontos);
- limitação mínima (10-12 pontos).

Teste não realizado por utente nesse não apresentar condições de segurança para a execução dos parâmetros a avaliar. Não ouve também outra oportunidade para a realização da mesma.

Escala de Perceção de Esforço de Borg (dispneia)

- 6 Sem nenhum esforço
- 7
- Extremamente leve
- 8
- 9 Muito leve
- 10
- 11 Leve
- 12
- 13 Um pouco intenso
- 14
- 15 Intenso (pesado)
- 16
- 17 Muito intenso
- 18
- 19 Extremamente intenso
- 20 Máximo esforço

Escala de Borg Modificada

| Escala de Borg Modificada | |
|----------------------------------|---------------------|
| 0 | Nenhuma |
| 0.5 | Muito, muito, leve |
| 1 | Muito leve |
| 2 | Leve |
| 3 | Moderada |
| 4 | Um pouco forte |
| 5 | Forte |
| 6 | |
| 7 | Muito forte |
| 8 | |
| 9 | Muito, muito, forte |
| 10 | Máxima |

Modified Medical Research Council Dyspnea Scale (Questionário mMRC)

| Escola | Sintoma |
|--------|--|
| 0 | Tenho falta de ar ao realizar exercício intenso |
| 1 | Tenho falta de ar quando apresso o meu passo, ou subo escadas ou ladeira |
| 2 | Preciso parar algumas vezes quando ando no meu passo, ou ando mais devagar que outras pessoas de minha idade |
| 3 | Preciso parar muitas vezes devido à falta de ar quando ando perto de 100 metros, ou poucos minutos de caminhada no plano |
| 4 | Sinto tanta falta de ar que não saio de casa, ou preciso de ajuda para me vestir ou tomar banho sozinho |

Utente apresenta dispneia e cansaço em certas atividades como o caminhar. Este score foi tido em conta na elaboração do plano de reabilitação.

Nutritional Risk Screening (NRS-2002) (Risco de Ingestão Nutricional)

| Tabela 1* - Rastreio inicial | | |
|---|-----|-----|
| | Sim | Não |
| 1 O IMC é < 20,5? | | ✗ |
| 2 O doente perdeu peso nos últimos 3 meses? | ✗ | |
| 3 O doente teve uma redução na sua ingestão alimentar na última semana? | ✗ | |
| 4 O doente está gravemente doente? (p.e. em terapêutica intensiva) | | ✗ |

Utente com risco de ingestão nutricional.

Encontra-se a cumprir um plano de nutrição recomendado pelo Serviço de Nutrição do Hospital Senhora da Oliveira onde consta a quantidade de refeições a realizar ao longo do dia e o tipo de alimentos adequando. A esposa do utente ajuda no cumprimento do mesmo.

APGAR familiar de Smilkstein

Com a avaliação usando a escala de APGAR foi possível observar que havia pouca tolerância e abertura por parte do utente em relação as opiniões da esposa.

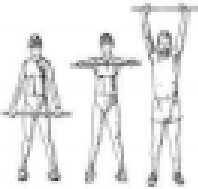
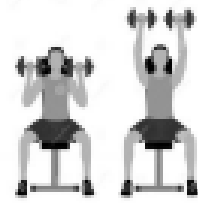
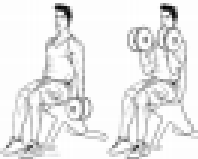
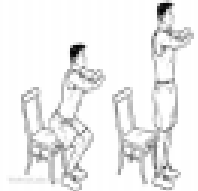
Segundo ela, o utente isola-se muitas vezes no quarto.

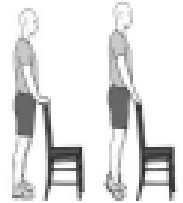
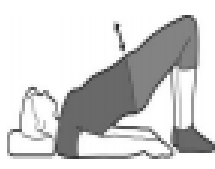

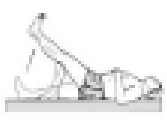

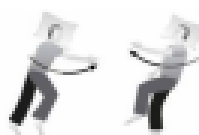

Foi aconselhado ao utente a não se isolar no quarto, fazendo companhia à esposa na sala e colaborar nas tarefas de casa. Foi também reforçada a necessidade de ter mais paciência e abertura para o diálogo em casal.

| | | | |
|--|---|--|-------------|
| A | Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa. | Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca | 2 1 0 |
| B | Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema. | Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca | 2 1 0 |
| C | Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida. | Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca | 2 1 0 |
| D | Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor. | Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca | 2 1 0 |
| E | Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família. | Quase Sempre Algumas Vezes Quase Nunca | 2 1 0 |
| Pontuação de 7 a 10 – Família altamente funcional | | | |
| Pontuação de 4 a 6 – Família com moderada disfunção | | | |
| Pontuação de 0 a 3 – Família com disfunção acentuada | | | |
| TOTAL: 6 – Família com moderada disfunção | | | |

PLANO DE REABILITAÇÃO DE EXERCÍCIO FÍSICO

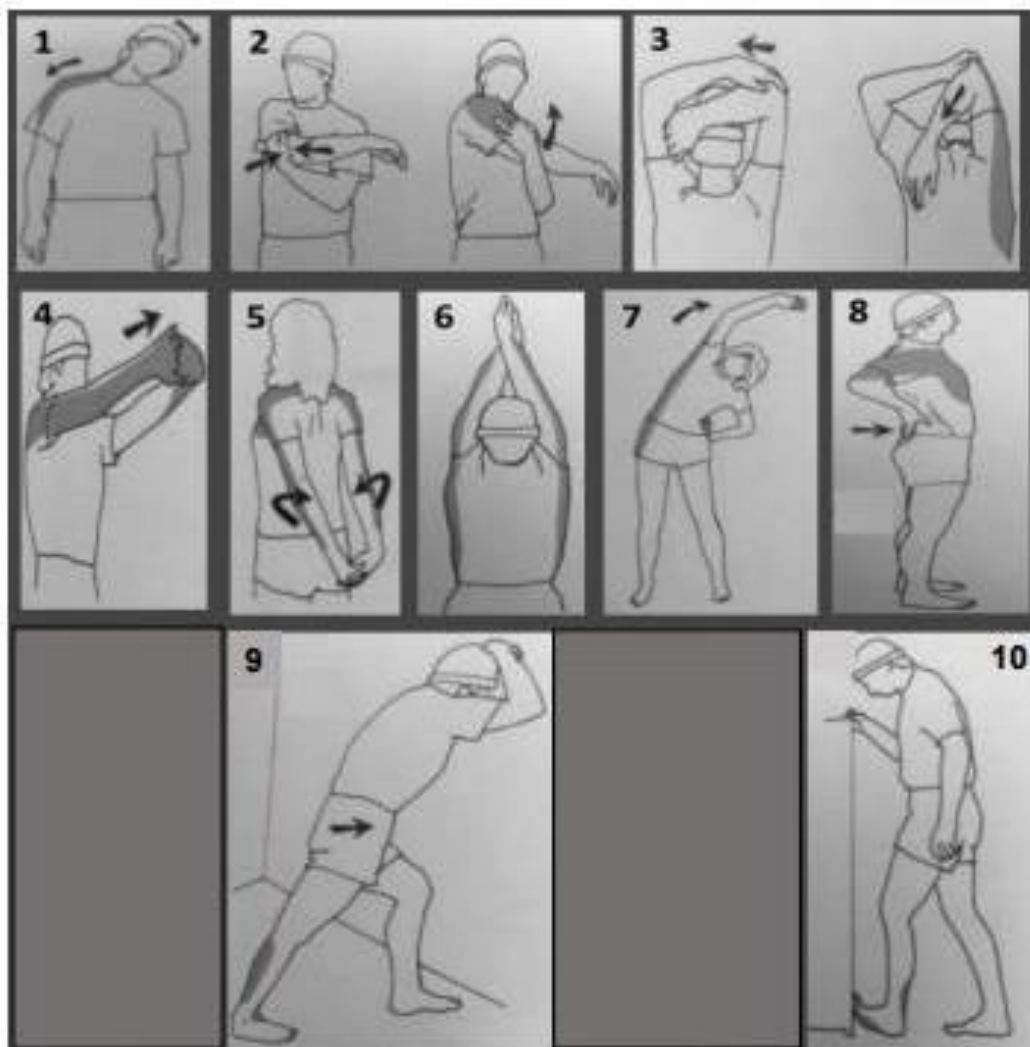
Foi elaborado um plano de exercícios físico dando maior ênfase ao treino de músculos dos membros inferiores de forma a melhorar a capacidade de marcha e equilíbrio.

| Imagem do Exercício | Exercício (Explicação do exercício) | Nº de repetições | Nº vezes / dia |
|---|--|------------------|----------------|
|  | <p>Sentado numa cadeira, com um cabo de uma vassoura nas mãos, levantar e baixar os braços:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Levantar os braços em 5 segundos enchendo o peito com ar como se estivesse a cheirar uma flor; ➤ Baixar os braços em 5 segundos deitando o ar fora como se estivesse a apagar uma vela. | 20 | 2 |
|  | <p>Sentado numa cadeira, com os braços levantados e com os cotovelos fletidos a 90°, levantar e baixar.</p> | 5 | 2 |
|  | <p>Sentado numa cadeira com um pacote de 1kg de arroz nas mãos, fletir e esticar os braços.</p> | 5 | 2 |
|  | <p>Sentado numa cadeira com os braços cruzados ao peito, sentar e levantar da cadeira.</p> | 5 | 2 |

| | | | |
|---|--|-------|---|
|  | <p>De pé, apoiado numa cadeira, levantar os calcanhares do chão, ficando em bicos dos pés durante 5 segundos e voltar a baixar.</p> | 5 | 2 |
|  | <p>Deitado na cama com uma almofada entre as pernas, braços ao longo do corpo, joelhos fletidos e pés bem apoiados, levantar a bacia durante 5 segundos e voltar a baixar.</p> | 5 | 2 |
|  | <p>Deitado na cama com as pernas fletidas. Colocar uma almofada entre os joelhos e apertar a almofada durante 5 segundos e relaxar.</p> | 10 | 2 |
|  | <p>Deitado com a região lombar bem apoiada na cama, levantar o pé até mais ou menos, 2 palmos do chão e voltar a baixar. Repetir para a outra perna.</p> | 5 | 2 |
|  | <p>Deitado na cama, contrair os glúteos durante 5 segundos e relaxar.</p> | 10 | 2 |
|  | <p>Deitado na cama com os joelhos fletidos, rolar o corpo de um lado para o outro.</p> | 10 | 2 |
|  | <p>Caminhar em plano reto, conforme tolerância durante 5 min. IMPORTANTE: Controlar a respiração e abrandar o ritmo ou parar se se sentir muito cansado.</p> | 5 min | 3 |

Realizar alongamentos após a realização do plano de exercícios.

Realizar cada imagem, por ordem numérica durante pelo menos 20 segundos.



CONCLUSÃO

Com a elaboração deste estudo de caso tive a possibilidade de adequar e aplicar escalas validadas que me permitiram fazer uma avaliação objetiva das necessidades do utente. Com base nisso surgiu a elaboração e implementação de um plano de reabilitação e respetivos ensinios dos exercícios.

As dificuldades sentidas na avaliação do utente têm a ver com o facto de só ter tido oportunidade de realizar duas visitas domiciliarias ao utente, o que impossibilitou o acompanhamento adequado, tanto ao nível da execução dos exercícios e a sua correção, como a verificação da evolução das capacidades do utente, fazendo nova avaliação das escalas.

Aquando da saída do internamento o utente não teve acompanhamento pela fisioterapia, o que permitiu fazer a avaliação das escalas numa fase inicial. Só após 3 semanas, o utente começou a ser seguido em consulta e realização de exercícios no ginásio, pelo que o plano de reabilitação instituído ficou sem efeito de forma não haver incompatibilidade com o plano implementado pela fisioterapia. No entanto foi aconselhado ao utente a realização de caminhadas no exterior de sua casa 3 vezes por dia durante 5 minutos.

BIBLIOGRAFIA

Kapanji, A. I. (2000). *Fisiopatologia Articular I - Membro Superior* (5ª Edição ed.). São Paulo: Panamericana.

Kapanji, A. I. (2000). *Fisiopatologia Articular II - Membro Inferior* (5ª Edição ed.). São Paulo: Panamericana.

Ordem dos enfermeiros - Mesa do Colégio da Especial. (julho de 2022). Obtido de

Repositório de Enfermagem de Reabilitação:

<https://repositorioenfereab.com/2018/12/29/instrumentos-de-recolha-de-dados-para-a-documentacao-dos-cuidados-especializados-em-enfermagem-de-reabilitacao-nova-versao/>

Serviço de Medicina Física e Reabilitação. (julho de 2022). Obtido de Hospital de São

João: <https://portal-chsj.min-saude.pt/pages/242>

ANEXO V – Estudo de caso sobre hematoma agudo, estágio UF4/UAVC



**ESTUDO DE CASO – HEMATOMA AGUDO LOBAR CÓRTICO-
SUBCORTICAL FRONTAL POSTERIOR DIREITO**

MEDICINA INTERNA

UNIDADE FUNCIONAL 4 / UNIDADE DE AVC

**CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA – HOSPITAL
PADRE AMÉRICO - PENAFIEL**

Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

2ºano/1ºsemestre

Ano letivo 2022/2023

Opção estágio de natureza profissional em Enfermagem de Reabilitação (Opção 1)

Realizado por:

Rui Ribeiro

LISTA DE ABREVIATURAS

CRN – Centro de Reabilitação do Norte;

CU – Catéter Urinário;

GUSS – Gugging Swallowing Screen;

HTA – Hipertensão Arterial;

MAV – Malformação Arteriovenosa;

MFR – Medicina Física e Reabilitação;

MRC – Medical Research Council;

NIHSS – National Institutes of Health Stroke Scale;

TAC CE – Tomografia Axial Computorizada Cranioencefálica;

SMI – Serviço de Medicina Intensiva;

SU – Serviço de Urgência;

UF4 – Unidade Funcional 4.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| HISTÓRIA | 3 |
| ESCALAS AVALIADAS | 4 |
| 1. Escala de Coma de Glasgow: | 5 |
| 2. Escala de NIHSS | 6 |
| 3. Escala de GUSS | 8 |
| 4. Escala Medical Research Council | 12 |
| 5. Escala Modificada de Asworth | 13 |
| 6. Escala de Equilíbrio | 14 |
| 7. Índice de Barthel | 15 |
| 8. Escala de Morse | 17 |
| PLANO DE REABILITAÇÃO DE EXERCÍCIO FÍSICO | 18 |
| BIBLIOGRAFIA | 21 |

HISTÓRIA

Utente caucasiana, do género feminino com 43 anos, trabalhava como funcionária numa fábrica de produção de casacos. Antecedentes pessoais descritos: HTA e dislipidemia. Medicação habitual do domicílio: Amlodipina+Candesartan 5+8mg e Atorvastatina 20mg.

Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) do Hospital Padre Américo por desvio da comissura labial esquerda, disartria e desvio conjugado do olhar à direita com 30min de evolução. Aquando realização do exame neurológico apresentava-se consciente, orientada e cumpria ordens. Identificados como défices, para além dos acima descritos, paresia facial central à esquerda, hemiparesia à esquerda de grau 1 em 5, segundo a escala Medical Research Council (MRC) e hemipostesia à esquerda com face. Traduzindo assim num score de 14 na escala de NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale).

Realizou exames complementares de diagnóstico, TAC+Angio TAC CE, que revelaram hematoma agudo lobar córtico-subcortical frontal posterior direito com dimensão de 54x42x34mm. Utente sem indicação de tratamento cirúrgico após observação e discussão das imagens com o serviço de Neurocirurgia do Hospital de São João. Após 24h, realizou TAC CE de reavaliação que se encontrava sobreponível ao anterior. Realizou ainda Angiografia que revelou uma malformação arteriovenosa (MAV). Aguarda ainda reavaliação imagiológica, em contexto ambulatorio, após um período de 3 meses para decisão de tratamento cirúrgico se reabsorção do hematoma.

Esteve 1 dia internada no Serviço de Medicina Intensiva (SMI), para maior vigilância do estado clínico. Após este período, foi transferida para o serviço de Medicina Interna - Unidade Funcional 4 (UF4), onde permaneceu 25 dias até à sua alta para o Centro de Reabilitação do Norte (CRN) no Porto.

Foi avaliada pela Medicina Física e Reabilitação (MFR), tendo iniciado treino com equipa de fisioterapia em contexto de ginásio, assim como, a par da equipa de Enfermagem de Reabilitação, que acompanhou a utente durante o internamento no qual foram avaliadas escalas, de forma a identificar as necessidade e focos de atenção com o objetivo de elaborar um plano de reabilitação para promover a autonomia e qualidade de vida da utente.

ESCALAS AVALIADAS

1. Escala de Coma de Glasgow;
2. Escala de NIHSS;
3. Escala de GUSS;
4. Escala Medical Research Council;
5. Escala Modificada de Ashworth;
6. Escala de Equilíbrio;
7. Índice de Barthel;
8. Escala de Morse;
9. Escala Numérica da dor;

Foi realizada a avaliação da utente com recurso às escalas acima mencionadas, sempre com o seu consentimento e colaboração, de forma a estabelecer um plano de reabilitação de enfermagem mais adequado à sua condição.

1. Escala de Coma de Glasgow:

| | | |
|-----------------|--|----------------------------|
| Abertura ocular | Espontânea À voz À dor Nenhuma | 4 3 2 1 |
| Resposta verbal | Orientada Confusa Palavras inapropriadas Palavras incompreensivas Nenhuma | 5 4 3 2 1 |
| Resposta motora | Obedece comandos Localiza dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma | 6 5 4 3 2 1 |
| Total: | | 15 |

Ao longo do internamento a utente manteve-se consciente, orientada no tempo, espaço e pessoa e colaborante na avaliação das escalas e realização de exercícios de reabilitação. Memória preservada.

Na tabela acima apresentada, a pontuação com a cor vermelha, representa a avaliação no primeiro dia e a verde a avaliação aquando da alta hospitalar.

Como já referido anteriormente, na primeira avaliação realizada no SU, a utente apresentava um score de 14 na escala de NIHSS com: desvio conjugado do olhar à direita, paresia facial central à esquerda, disartria, hemiparesia e hemipostesia do hemicorpo esquerdo com face.

A ataxia dos membros não foi testada pela diminuição da força dos mesmos no hemicorpo esquerdo.

Relativamente à linguagem a utente tinha capacidade de fluência, compreensão, nomeação e repetição, o que significa que não tinha afasia.

Na avaliação feita no último dia de internamento, a utente apresentava um score de 12 na escala de NIHSS, não apresentando desvio conjugado do olhar e melhoria da disartria.

3. Escala de GUSS

1ª FASE - Avaliação Preliminar/ Teste indireto da deglutição

| | SIM | NÃO |
|--|-----|-----|
| Vigilância: Paciente alerta por mais de 15 minutos | 1 | 0 |
| Tosse voluntária e/ou clearance Tosse voluntária/Deve tossir ou limpar pelo menos 2x a garganta | 1 | 0 |
| Deglutição de Saliva | | |
| • Deglute com êxito | 1 | 0 |
| • Sialorreia | 0 | 1 |
| • Mudança vocal | 0 | 1 |
| TOTAL | | |

Score:

1 a 4 – Parar na 1ª fase

5 – Continuar para a 2ª fase

5

2ª FASE - Teste direto da deglutição

| DEGLUTIÇÃO | *Pastoso→ | **líquidos→ | ***sólidos |
|--|--|---|-------------------------------------|
| • A ingestão não é possível | 0 | 0 | 0 |
| • Aumento do tempo de deglutição (+2seg) (sólidos texturas +10seg) | 1 | 1 | 1 |
| • Ingestão de sucesso | 2 | 2 | 2 |
| TOSSE (involuntária/reflexa) Antes, durante e após a deglutição - até 3 min mais tarde | | | |
| • SIM | 0 | 0 | 0 |
| • NÃO | 1 | 1 | 1 |
| SIALORREIA | | | |
| • SIM | 0 | 0 | 0 |
| • NÃO | 1 | 1 | 1 |
| ALTERAÇÃO DA VOZ Quair a voz do doente antes e depois de engolir - deve falar "Oh" | | | |
| • SIM | 0 | 0 | 0 |
| • NÃO | 1 | 1 | 1 |
| | Soma 1-4 Pesquisar 5- Continuar líquido | Soma 1-4 pesquisar 5- Continuar sólido | Soma 1-4 -Pesquisar 5- Normal |

5

+

6

=

11

A avaliação da escala de GUSS no serviço UF4 é realizada no momento da admissão e é antecedida de exame físico, onde é avaliado: o controlo cervical/tronco, simetria face, sensibilidade mucosa e face, motilidade da língua, reflexo de vômito, elevação laringea, auscultação cervical e saturações periféricas.

| RESULTADOS/score | GRAVIDADE | RECOMENDAÇÕES |
|--|---|--|
| 20 SEMI-SOLIDO/SOLIDO e texturas sólidas bem sucedidas | Sem disfagia Risco mínimo de aspiração | Dieta normal Líquidos - sem restrição Primeira vez- com profissional especializado ou enfermeiro com formação/treino |
| 15-19 Alimentos pastosos e Líquidos bem sucedidos Sólido mal sucedido | Disfagia ligeira Baixo risco de aspiração | Dieta pastosa <ul style="list-style-type: none"> • Líquidos muito lentamente - um gole de cada vez • Avaliações funcionais da deglutição como a avaliação endoscópica de fibra óptica Deglutição (FEES) ou Avaliação videofluoroscópica da deglutição (VFES) • Consultar a Terapeuta Fala |
| 10-14 PASTOSA bem sucedida LÍQUIDOS mal sucedidos | Disfagia Moderada existe risco de aspiração | Dieta: <ul style="list-style-type: none"> • Texturas pastosas, e alimentação enteral/parental adicional • Líquidos com espessante • Comprimidos devem ser triturados e misturados com um líquido espesso • Não administrar medicamentos líquidos! • Além disso recomenda-se avaliações funcionais de deglutição (FEES), (VFES) • Consultar a Terapia Fala <p>Suplemento pela sonda nasogástrica ou parenteral</p> |
| 0-9 PASTOSA mal sucedida | Disfagia Grave Alto risco de aspiração | NPO (nada por via oral) <ul style="list-style-type: none"> • Além disso avaliações funcionais de deglutição (FEES), (VFES) • Consultar a Terapeuta Fala <p>Suplemento pela sonda nasogástrica ou parenteral</p> |

Segundo a avaliação da disfagia recorrendo a escala de GUSS, a primeira avaliação no momento da admissão a utente apresentava um score de 11 que traduzia disfagia moderada e risco de aspiração pelo que inicialmente foi prescrita dieta cremosa com hidratação de líquidos espessados com a consistência mel.

1ª FASE - Avaliação Preliminar/ Teste indireto da deglutição

| | SIM | NÃO |
|---|---------------------|-----|
| Vigilância: Paciente alerta por mais de 15 minutos | 1 | 0 |
| Tosse voluntária e/ou clearance Tosse voluntária/Deve tossir ou limpar pelo menos 2x a garganta | 1 | 0 |
| Deglutição de Saliva | | |
| | • Deglute com êxito | 0 |
| | • Sialorreia | 1 |
| • Mudança vocal | 0 | 1 |
| TOTAL | | |

Score:

1 a 4 – Parar na 1ª fase

5 – Continuar para a 2ª fase

5

2ª FASE - Teste direto da deglutição

| DEGLUTIÇÃO | *Pastoso→ | **líquidos→ | ***sólidos |
|--|--|---|-------------------------------------|
| • A ingestão não é possível | 0 | 0 | 0 |
| • Aumento do tempo de deglutição (>2seg) (sólidos texturas >10seg) | 1 | 1 | 1 |
| • Ingestão de sucesso | 2 | 2 | 2 |
| TOSSE (involuntária/reflexa) Antes, durante e após a deglutição – até 3 min mais tarde | | | |
| • SIM | 0 | 0 | 0 |
| • NÃO | 1 | 1 | 1 |
| SIALORREIA | | | |
| • SIM | 0 | 0 | 0 |
| • NÃO | 1 | 1 | 1 |
| ALTERAÇÃO DA VOZ Quilr a voz do doente antes e depois de engolir – deve falar: "Oh" | | | |
| • SIM | 0 | 0 | 0 |
| • NÃO | 1 | 1 | 1 |
| | Soma 1-4 Pesquisar 5- Continuar líquido | Soma 1-4 pesquisar 5- Continuar sólido | Soma 1-4 -Pesquisar 5- Normal |

5

+

13

=

18

| RESULTADOS/score | GRAVIDADE | RECOMENDAÇÕES |
|--|---|--|
| 20 SEMI-SOLIDO/SOLIDO e texturas sólidas bem sucedidas | Sem disfagia Risco mínimo de aspiração | Dieta normal Líquidos - sem restrição Primeira vez- com profissional especializado ou enfermeiro com formação/treino |
| 15-19 Alimentos pastosos e Líquidos bem sucedidos Sólido mal sucedido | Disfagia ligeira Baixo risco de aspiração | Dieta pastosa <ul style="list-style-type: none"> • Líquidos muito lentamente - um gole de cada vez • Avaliações funcionais da deglutição como a avaliação endoscópica de fibra óptica Deglutição (FEES) ou Avaliação videofluoroscópica da deglutição (VFES) • Consultar a Terapeuta Fala |
| 10-14 PASTOSA bem sucedida LÍQUIDOS mal sucedidos | Disfagia Moderada existe risco de aspiração | Dieta: <ul style="list-style-type: none"> • Texturas pastosas, e alimentação enteral/parental adicional • Líquidos com espessante • Comprimidos devem ser triturados e misturados com um líquido espesso • Não administrar medicamentos líquidos! • Além disso recomenda-se avaliações funcionais de deglutição (FEES), (VFES) • Consultar a Terapia Fala <p>Suplemento pela sonda nasogástrica ou parenteral</p> |
| 0-9 PASTOSA mal sucedida | Disfagia Grave Alto risco de aspiração | NPO (nada por via oral) <ul style="list-style-type: none"> • Além disso avaliações funcionais de deglutição (FEES), (VFES) • Consultar a Terapeuta Fala <p>Suplemento pela sonda nasogástrica ou parenteral</p> |

Ao longo do internamento foi sujeita a várias avaliações de forma a progredir na dieta conforme tolerância.

Na avaliação realizada no dia da alta, a utente apresentava um score de 18, que traduz disfagia ligeira e baixo risco de aspiração, pelo que já tinha prescrita dieta ligeira adaptada com hidratação de líquidos finos fracionados por dificuldade na deglutição de grandes volumes.

4. Escala Medical Research Council

| GRAU | DESCRIÇÃO |
|------|---|
| 0 | Não apresenta movimento muscular nem articular, sem contração muscular. Paralisia total (plegia). |
| 1 | Não move a articulação. Percebem-se contrações musculares, mas sem movimento. |
| 2 | Existe movimento sem vencer a gravidade. |
| 3 | Move a articulação, vence a gravidade, mas não a uma resistência mínima adicional. |
| 4 | Move a articulação frente a uma resistência adicional moderada. |
| 5 | Move a articulação normalmente com a resistência imposta, força normal. |

Segundo a avaliação da força muscular usando a escala MRC, a utente apresentava plegia no membro superior esquerdo em todos os segmentos, não apresentando melhorias ao longo do internamento.

Relativamente ao membro inferior esquerdo apresentava paresia de grau 2 em 5 no segmento proximal. Tanto no segmento medial como no distal apresentava plegia.

5. Escala Modificada de Asworth

| | | |
|--------------|--------|------|
| NOME: | IDADE: | SEXO |
| DIAGNÓSTICO: | | |
| SEQUELAS: | | |

| ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH | |
|--------------------------------|---|
| Classificação da Espasticidade | |
| Grau | Descrição |
| 0 | Sem aumento do tônus muscular |
| 1 | Discreto aumento do tônus muscular, manifestado pelo apreender e liberar, ou por mínima resistência ao final da amplitude de movimento, quando a parte (ou as partes) afetada é movimentada em flexão e extensão. |
| 1+ | Discreto aumento no tônus muscular, manifestado pelo apreender, seguido de mínima resistência através do resto (menos da metade) da amplitude de movimento. |
| 2 | Marcante aumento do tônus muscular através da maior parte da amplitude de movimento, porém as partes afetadas são facilmente movimentadas. |
| 3 | Considerável aumento do tônus muscular; movimentos passivos dificultados. |
| 4 | A parte (ou partes) afetada mostra-se rígida à flexão ou extensão. |

Segundo a avaliação da espasticidade, recorrendo à escala modificada de Ashworth, a utente apresentava um score de 3 no membro superior esquerdo, o que representava uma maior dificuldade na realização de movimentos passivos. No membro inferior esquerdo, apresentava um score de 2.

Sempre que a utente era posicionada no leito, tinha-se em atenção o posicionamento em padrão inibitório da espasticidade de forma a prevenir o seu agravamento.

6. Escala de Equilíbrio

Foi realizada a avaliação do equilíbrio da utente em quatro vertentes: sentado estático, sentado dinâmico, ortostático estático e ortostático dinâmico.

Utente inicialmente sem equilíbrio em nenhuma das vertentes, pelo que quando iniciou levante para cadeirão, tinha necessidade de correção do tronco de forma a promover a simetria e a normalização do tónus postural. Aquando da alta, a utente apresentava só equilíbrio sentado estático.

7. Índice de Barthel

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

| Resultado IB | Grau de Dependência |
|--------------|---------------------|
| <20 | Total |
| 20-35 | Grave |
| 40-55 | Moderado |
| ≥ 60 | Leve |
| 100 | Independente |

Segundo a avaliação do índice de Barthel a utente tinha uma dependência em grau moderado para os autocuidados.

Necessitava de ajuda para lhe chegar e preparar a alimentação, no entanto conseguia comer por mão própria.

Precisava de apoio de terceiros nas transferências e ainda para corrigir o alinhamento do pescoço e tronco. No início do internamento, necessitava de apoio na realização de tarefas como lavar a cara e os dentes. No momento da alta, a utente já as realizava de forma autónoma.

Dependente na utilização do WC e nos cuidados de higiene, onde inicialmente eram prestados os cuidados de higiene no leito com ajuda parcial. Aquando da alta, eram prestados os cuidados de higiene no chuveiro, onde a utente necessitava de apoio na preparação de material e roupa, bem como a lavar e secar as costas e os membros inferiores.

Dependente total em relação à mobilidade e no subir e descer escadas.

Necessitava de ajuda no vestir e no despir.

Utente inicialmente com cateter urinário (CU), sem capacidade de cuidados ao mesmo de forma autónoma. Durante o internamento foi removido o CU e desde então perfeitamente capaz de controlar esfíncteres urinário e intestinal.

8. Escala de Morse

Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

| Item | Pontuação |
|---|---------------|
| 1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim | 0 25 |
| 2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim | 0 15 |
| 3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andador Apoia-se no mobiliário para andar | 0 15 30 |
| 4. Terapia intravenosa Não Sim | 0 20 |
| 5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilidade Dependente de ajuda | 0 10 20 |
| 6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações | 0 15 |
| Total: Baixo Risco de Queda | 35 |

i. Sem risco (0 e \leq 24 pontos);

ii. Baixo risco (\geq 25 e \leq 50 pontos);

iii. Alto risco (\geq 51 pontos).

Utente sem historial prévio de quedas. Não caminhava pela baixa mobilidade e não tinha terapêutica endovenosa prescrita.

Como já descrito anteriormente, utente dependia de ajuda de terceiros para transferências e manteve-se consciente das suas capacidades.

9. Escala Numérica da Dor

| | | | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------------|
| Sem Dor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Dor Máxima |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------------|

Ao longo do internamento a utente referiu não só cefaleia, que revertia com medidas farmacológicas. Referiu ainda queixas álgicas a nível da região cervical direita e joelho esquerdo que reverteu também com massagem local.

PLANO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Desta forma e consoante os resultados obtidos nas escalas avaliadas, foi estabelecido um plano de exercícios de enfermagem de reabilitação adequado às necessidades da utente, de forma a reduzir os défices, promover o autocuidado e melhorar a disfagia e o equilíbrio.

Relativamente ao autocuidado alimentação, a utente comia com a mão dominante e com dieta adaptada segundo a avaliação da escala de GUSS, no entanto inicialmente só conseguia observar a parte mais à direita do tabuleiro da dieta e não comia a sobremesa, pelo que era incentivada a rodar a cabeça para conseguir observar todo o tabuleiro.

Foi realizado também treino de deglutição tendo em conta as alterações objetivas no exame físico prévio à avaliação da escala de GUSS. A utente tinha dificuldade no controlo do tronco que era devidamente corrigido. Apresentava assimetria da face, onde foram realizados treinos de abrir e fechar a boca, “dar beijinhos”, auxiliar com os dedos na realização de expressões faciais, como sorrir e “fazer beicinho”. Na alteração da sensibilidade da mucosa foi usado, por exemplo, um cotonete com sumo de limão para estimular a mesma. Na alteração da sensibilidade da face foram realizados exercícios, como por exemplo, encher as duas bochechas com ar e fazer resistência, usando as mãos. Na motilidade da língua foram realizados exercícios com uma colher de metal, empurrando-a com a língua contra a mucosa oral em todas as direções com o objetivo de promover uma melhor propulsão do bolo alimentar para o esôfago.

As transferências eram realizadas pelo lado esquerdo de forma a encorajar o movimento do lado afetado. Foi ainda incentivada a fazer carga sobre o lado dos défices para promover a normalização do tónus muscular e sensibilidade profunda.

Na higiene pessoal foi instruída a usar a mão esquerda para auxiliar em certas atividades, como por exemplo, segurar a pasta dos dentes contra o lavatório. Nos cuidados de higiene no chuveiro, foi incentivada a lavar e enxaguar o corpo com a mão dominante promovendo a proprioceção e estimulação sensitiva térmica com a temperatura da água.

Instruída a vestir pelo lado afetado e despir pelo lado não afetado.

Foram realizadas mobilizações das articulações do hemicorpo afetado, da região proximal para a distal com o objetivo de manter a amplitude articular, melhorar a função

circulatória, prevenir complicações associadas à diminuição do movimento, preservar a proprioceção e diminuir o grau de espasticidade.

No treino de equilíbrio sentado estático, a utente foi instruída a fazer força com a região abdominal e anca do lado sã, para adotar um correto posicionamento, recorrendo também ao espelho quadriculado de forma a promover a estimulação visual.

No equilíbrio sentado dinâmico foi estimulada a, sentada na beira da cama, corrigir a postura após serem aplicados estímulos externos no tronco da utente. Foi também, gradualmente, removido o apoio da mão direita e ambos os pés, de forma a diminuir a base de sustentação. Outro dos exercícios realizados foi, por exemplo a remoção do estímulo visual, fechando os olhos.

BIBLIOGRAFIA



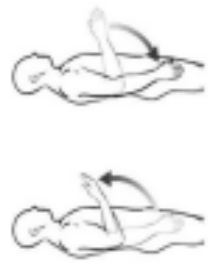




- da Silva Ferreira, A. M. (2017). Avaliação da Deglutição com a Aplicação da Escala de GUSS.
DGS. (2003 de 06 de 14). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da Intensidade da Dor*.
Obtido de Associação Portuguesa para o Estudo da Dor: https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- Duarte, C., & Ramos, S. (2014). *Guia Prático para a Pessoa com Dificuldade na Deglutição*.
Obtido de RCAAP:
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16419/1/Apendice%207%20-%20Guia%20para%20a%20pessoa%20com%20dificuldades%20na%20degluti%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- NIH Stroke Scale*. (s.d.). Obtido de Serviço de Neurologia do HU/UFSC:
<https://neurologiahu.paginas.ufsc.br/files/2012/09/NIH-Stroke-Scale.pdf>
- Ordem dos enfermeiros - Mesa do Colégio da Especial. (julho de 2022). Obtido de Repositório de Enfermagem de Reabilitação:
<https://repositorioenfrecab.com/2018/12/29/instrumentos-de-recolha-de-dados-para-a-documentacao-dos-cuidados-especializados-em-enfermagem-de-reabilitacao-nova-versao/>
- Serviço de Medicina Física e Reabilitação. (julho de 2022). Obtido de Hospital de São João:
<https://portal-chsj.min-saude.pt/pages/242>


ANEXO VI – Plano de reabilitação em doente com diagnóstico de espondilodiscite,estágio UHD/UMAD

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

Início: ____/____/____

| Imagem do Exercício | Exercício (Explicação do exercício) | Nº de repetições | Nº vezes / dia |
|---|---|------------------|----------------|
|  | Deitado com um cabo de uma vassoura/ muleta nas mãos, levantar e baixar os braços. | 20 | 2 |
|  | Deitado com os braços abertos e esticados com uma garrafa de água de 1,5L/ 1 pacote de arroz (1 Kg) nas mãos juntar à frente e voltar a abrir. | 20 | 2 |
|  | Deitado, braços esticados ao longo do corpo com uma garrafa de água de 1,5L/ 1 pacote de arroz (1 Kg) nas mãos, fletir e esticar os braços. | 20 | 2 |
|  | Deitado com a região lombar bem apoiada na cama, levantar o pé até mais ou menos, 2 palmos do chão, ou conforme tolerância e voltar a baixar. Repetir para a outra perna. | 5 | 2 |
|  | Deitado com a região lombar bem apoiada na cama, joelhos fletidos. Colocar uma almofada entre os joelhos e apertar e relaxar. | 10 | 2 |
|  | Deitado com a região lombar bem apoiada na cama, contrair e relaxar os glúteos. | 10 | 2 |
|  | Deitado com os joelhos fletidos, rolar o corpo de um lado para o outro. | 10 | 2 |





| | | | |
|---|---|---|---|
|  | Deitado com os braços abertos e esticados e joelhos fletidos, deixar cair os joelhos para um lado 10 a 15 segundos. Repetir para o outro lado | 5 | 2 |
|---|---|---|---|



ANEXO VII – Plano de reabilitação m doente com diagnóstico de derrame pleural, estágio UHD/UMAD

NOME:

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___

Início: dd/mm/aaaa

| Imagem do Exercício | Exercício (Explicação do exercício) | Nº de repetições | Nº vezes / dia |
|--|--|------------------|----------------|
|  <p>Inspirar</p> <p>Expirar</p> | <p>Deitado de barriga para cima, colocar as mãos atrás da cabeça com os cotovelos juntos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Afastar os cotovelos em 5 segundos enchendo o peito com ar, como se estivesse a cheirar uma flor.• Juntar os cotovelos em 5 segundos deitando o ar todo para fora, como se estivesse a soprar uma vela. | 10 | 2 |
|  <p>Inspirar</p> <p>Expirar</p> | <p>Deitado sobre o lado direito com o braço esquerdo ao longo do corpo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Separar o braço do corpo elevando-o acima da cabeça em 5 segundos enquanto inspira pelo nariz.• Baixar novamente o braço em 5 segundos ao expirar pela boca. | 10 | 2 |
|  <p>Inspirar</p> <p>Expirar</p> | <p>Sentado na cama, costas direitas e os braços ao longo do corpo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Levantar os braços em 5 segundos enquanto inspira pelo nariz.• Baixar os braços em 5 segundos enquanto expira pela boca. | 10 | 2 |
|  | <p>Sentado na cama, costas direitas com um lençol dobrado à volta do corpo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Inspirar pelo nariz durante 5 segundos bloqueando o lado direito.• Expirar pela boca aliviando a pressão. | 10 | 2 |

| | | | |
|---|---|----|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> • Inspirar através do bocal com o objetivo de levantar as três esferas do dispositivo em sequência, mantendo cada uma delas elevada durante vários segundos. • A inspiração deve ser vigorosa e profunda, mas não rápida. • As esferas devem subir com um movimento suave e uniforme. • Se for difícil subir as 3 esferas, começar por levantar a primeira e progressivamente tentar elevar as outras. • Realizar exercício antes de cada refeição. | 10 | 5 |
|  | <p>Ao dormir, <u>deitar preferencialmente</u> sobre o lado direito (lado são) e <u>evitar</u> estar muito tempo sobre o lado esquerdo (lado afetado) de forma a evitar complicações.</p> | | |

ANEXO VIII – Poster sobre o projeto “Respire por si”, estágio Ortopedia

PROJETO “RESPIRE POR SI”



A **reeducação funcional respiratória** previne **complicações** associadas ao processo de envelhecimento e ao processo cirúrgico, como alterações pós-operatórias causadas por **anestesia geral, analgesia, dor, imobilidade** e presença de **patologia respiratória preexistente**.

- OBJETIVOS:**
- Implementação de um programa de reabilitação respiratória no serviço de Ortopedia I;
 - Prevenção de complicações respiratórias relacionadas com a imobilização no idoso com fratura proximal do fémur;
 - Diminuir em 5% o número de dias de internamento do idoso com fratura proximal do fémur.

| CrITÉrios de Inclusão | CrITÉrios de Exclusão |
|---|----------------------------|
| ECG = 15 | ECG ≤ 14 |
| Idade Superior a 65 anos | Instabilidade Hemodinâmica |
| Idosos internados com patologia do foro ortotraumatológico – fratura proximal do fémur: - # Colo do fémur; - # Trocântérica; - # Transtrocântérica; - # Subtrocântérica. | |

Exercícios respiratórios PRÉ-OPERATÓRIO:



- 1º - Dissociação dos tempos respiratórios (turno da manhã);
- 2º - Reeducação abdominodiaphragmática (turno da manhã);
- 3º - Dissociação dos tempos respiratórios + abertura da grade costal, com recurso a “bastão” (turno da manhã);
- 4º - Inspirómetro de incentivo (turno da tarde);
- 5º - Recurso a Cough Assist (se aplicável);

Exercícios respiratórios PÓS-OPERATÓRIO:

1º DIA PÓS-OPERATÓRIO:

- Realização de todos os exercícios ensinados, instruídos e treinados no pré-operatório descritos anteriormente;

Registo no Sistema Informático SClínico:

- Identificação do diagnóstico: “**Ventilação Comprometida**”.

2º DIA PÓS-OPERATÓRIO ATÉ ALTA CLÍNICA:

- Continuação da realização de exercícios ensinados, instruídos e treinados anteriormente;
- Início de exercícios ativo-resistidos com recurso a pesos (com aumento gradual do peso a exercer) em conjunto com dissociação dos tempos respiratórios e abertura da grade costal;



Elaborado por: Rui Ribeiro – Alano do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação; Orientadora: Infª Ana Raquel Pires - Serviço de Ortopedia I CHTS

Referências Bibliográficas: Coimbra, Maria do Carmo Ribeiro, Maria do Carmo (2012). Manual de Res Postura na Reabilitação Respiratória - Conceitos, princípios e técnicas. Associação Lusitana Direcção Geral de Saúde (2009). Otimização funcional sobre reabilitação respiratória em doentes portadores crónicos de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Circular informativa nº 002/09CD, de 27/06/2009. Ordem dos Enfermeiros (2014). Guia Orientador de Res Postura - Reabilitação Respiratória. Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Pineda, M., Schreinerstein, K., Adams, L., Rouse, K., Manning, H., Bradburn, J., Calverley, P., Qi, A., Harvey, A., Lanyon, S., Milder, H., Stark, P. & O’Donnell, D. (2012). An Official American Thoracic Society Statement: Update on the Mechanisms, Assessment, and Management of Dyspnea. *Am J Respir Crit Care Med*, 185 (2):191-202.

ANEXO IX – Pedido à Direção Técnica da Unidade de Cuidados
Continuados de SãoJosé de Medelo

**Exma. Senhora Diretora da Unidade de Cuidados Continuados de São José de Medelo, Fafe
– Guimarães**

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo e formação sobre a prevenção do agravamento da espasticidade

Eu, Rui Miguel Morais Ribeiro, enfermeiro a desempenhar funções no serviço de Urgência Geral do Hospital da Senhora da Oliveira de Guimarães e aluno do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Saúde de Bragança, venho muito respeitosamente solicitar a V.Ex.^a autorização para a realização de uma formação complementada com estudo, sobre a prevenção do agravamento da espasticidade, durante o mês de maio, a fim de ser usado para dissertação de mestrado com o tema “Espasticidade, Cuidar do doente com AVC” sob a orientação da Sr.^a Professora Maria José Gomes.

A Unidade de Cuidados Continuados de São José de Medelo admite doentes com patologia neurológica em dependência funcional e com indicação para reabilitação, pelo que considero pertinente a realização deste estudo, avaliando a prática do posicionamento em padrão antiespástico realizado pelos enfermeiros e investindo na formação dos mesmos com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente com espasticidade, prevenindo o seu agravamento e recuperando a sua autonomia.

A primeira etapa do estudo consiste no registo e avaliação da prática clínica dos enfermeiros que prestam cuidados ao doente com espasticidade na unidade. Esta avaliação tem como parâmetros a abordagem ao doente com AVC, o posicionar em padrão antiespástico e a presença de estímulos nocivos; A segunda etapa é composta pela apresentação de uma formação teórico-prática com o tema “Espasticidade, cuidar do doente com AVC” com carga horária de 1h30; A terceira e última etapa consiste na reavaliação dos parâmetros descritos na primeira etapa e discussão dos resultados.

O trabalho supracitado tem finalidades académicas, pelo que serão salvaguardados a proteção dos direitos e liberdade dos indivíduos que estejam dispostos a colaborar nesta investigação. Serão garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados, assim como não serão utilizados os dados da investigação para outros fins que não aqueles constantes nos objetivos do estudo. Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V.Ex.^a, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que coordena.

Agradeço desde já a atenção dispensada, estando ao dispor para fornecer qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos, Rui Ribeiro.

ANEXO X – Parecer favorável à realização do estudo

Pedido de Autorização para realização de estudo Caixa de entrada x



Rui Ribeiro

18:38 (há 36 minutos)



Boa tarde, Em anexo envio o pedido de autorização para realização de estudo sobre a prevenção da espasticidade. Fico a aguardar o vosso consentimento. Com o mel



Dora Carvalho UCCSMM

19:04 (há 11 minutos)



para Adriana, mim

Olá Rui,

Pedido deferido.

Cumprimentos,

Dora Carvalho

Diretora Técnica/Enfermeira Especialista



ANEXO XI – Folheto sobre disfagia, estágio ECCI

CUIDADOS NA

HORA DA REFEIÇÃO!

- ♦ Estar **bem acordado**;
- ♦ Ter a boca **limpa** e sem resíduos;
- ♦ Ambiente **calmo** e sem distrações (televisão, conversas paralelas);
- ♦ Comer pela **própria mão**;
- ♦ Adotar uma postura **correta**;
- ♦ **Diminuir à quantidade** de alimento e líquidos introduzidos na boca;
- ♦ **Inspecionar e higienizar/lavar** a cavidade oral após cada refeição.



ECCI Mondim de Basto



Travessa da Rua Monte da
Barca, nº 27
4880-168 Mondim de
Basto

Horário de Funcionamento

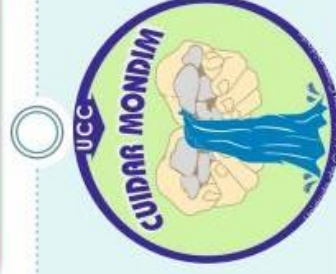
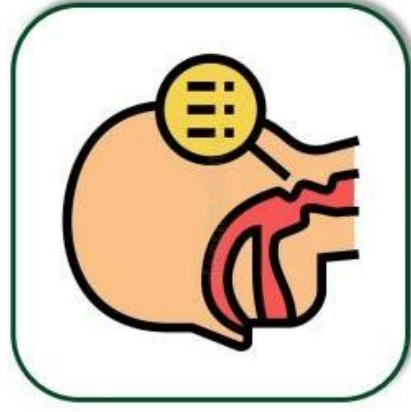
De 2^a a 6^a feira: 08:00 às 20:00
Sábados, domingos e feriados: 09:00
às 17:00

Telefone
255389181

Email
ucc.cuidarmondim@arsnorte.min-saude.pt

DISFAGIA

Alterações na
deglutição



ECCI Mondim de Basto

O QUE É A DISFAGIA?

Dificuldade em deglutir, isto significa que demora mais tempo e implica maior esforço para mover os alimentos sólidos ou líquidos desde a **boca até ao estômago**.



CAUSAS DA DISFAGIA

Doenças do sistema nervoso central: AVC, Demência, Parkinson;

Idade: envelhecimento das estruturas associadas à deglutição;

Psicogénicas: estados emocionais ou comportamentais reativos;

Mecânicas: Inflamações agudas da orofaringe, traumas.

SINAIS DE ALERTA

- Tosse durante a refeição;



- Ruídos respiratórios ou aumento de expectoração;



- Fuga de alimentos pela boca;



- Restos de alimentos na boca;



- Deglutição lenta/cansaço fácil;



- Alteração da voz (fraca/húmida).



PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES

- Malnutrição;
- Desidratação;
- Hospitalização prolongada;
- Pneumonia.

ANEXO XII – Pedido à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Bragança

**Exmo. Senhor Presidente do
Instituto Politécnico de Bragança (IPB)**

Solicito que seja encaminhado para a COMISSÃO DE ÉTICA DO IPB o PEDIDO DE PARECER.

1- IDENTIFICAÇÃO

Nome do/a investigador/a responsável pelo estudo: Rui Miguel Morais Ribeiro

E-mail: ruimiguel.31@gmail.com

Contacto Telefónico: 962523700

Título do estudo: Boas práticas no cuidado à pessoa com espasticidade após AVC; contributos da enfermagem de reabilitação.

Justificação:

A espasticidade resulta numa lesão do sistema nervoso central caracterizada pelo aumento do tónus muscular, o que pode vir a comprometer a realização de determinadas atividades de vida diária, levando a uma maior dependência.

Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra.

A Unidade de Cuidados Continuados de São José de Medelo em Fafe admite doentes com patologia neurológica em dependência funcional e com indicação para reabilitação, pelo que considero pertinente a realização deste estudo, avaliando a prática do posicionamento em padrão antiespástico realizado pelos enfermeiros de cuidados gerais e investindo na formação dos mesmos com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente com espasticidade, prevenindo o seu agravamento e recuperando a sua autonomia.

Objetivos do estudo:

1. Observar a prática clínica dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com espasticidade;
2. Identificar as lacunas na prática clínica dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com espasticidade;
3. Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados à pessoa com espasticidade através da apresentação de uma formação teórico-prática;
4. Comparar a prática clínica dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa com espasticidade antes e após a apresentação da formação teórico-prática;
5. Avaliar a eficácia da formação teórico-prática;

Metodologia

Na primeira fase deste estudo será observado a prática dos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa com espasticidade, identificando as lacunas na sua execução. Após esta observação será dinamizada uma formação teórico-prática para os enfermeiros sobre a prevenção do agravamento da espasticidade. De seguida será feita uma nova observação da prática clínica destes profissionais, após a apresentação da formação teórico-prática e por fim comparar os resultados obtidos nas duas observações.

Tipo de Estudo: Estudo quase experimental, com base na observação e registo da prática nos cuidados à pessoa com espasticidade pelos enfermeiros em dois momentos diferentes: pré e pós formação.

População e Amostra/Informantes: Serão analisados os dados dos parâmetros dos diferentes posicionamentos em padrão antiespástico realizados pelos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa com espasticidade.

Local onde se vai realizar o estudo: Unidade de Cuidados Continuados São José de Medelo, Fafe

Data prevista para início: 01/05/23

e para término: 31/05/2023

Nome do/a orientador/a do estudo: Maria José Gomes

E-mail: mgomes16mgomes@gmail.com ou mgomes@ipb.pt

2- CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Na realização da observação, em contexto de prática clínica, é registada a avaliação dos parâmetros dos diferentes posicionamentos em padrão antiespástico realizados pelos enfermeiros, não sendo registada qualquer informação que identifique o enfermeiro ou o utente que vai ser posicionado, tornando-se desta forma anónima a recolha dos dados e por conseguinte é garantida a confidencialidade de todos os dados, no momento da sua recolha.

3- CONSENTIMENTO INFORMADO

Os aspetos éticos foram salvaguardados conforme Declaração de Helsínquia, sendo que todos os dados recolhidos durante este estudo serão tratados de forma confidencial, tendo sido apenas recolhidos os dados respeitantes às variáveis em estudo. Toda esta informação será codificada, sendo a original conservada num local seguro à responsabilidade do investigador. Como tal, serão garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos.

4- PROPRIEDADE DOS DADOS

O estudo e os seus resultados irão constituir propriedade intelectual dos responsáveis pela investigação.

5- BENEFÍCIOS

Os participantes não serão recompensados, mas a realização do estudo, possibilita a produção de conhecimento científico na área, embora não possa ser dada garantia de que tenham benefícios diretos ou indiretos pela sua participação.

6- DOCUMENTOS NA INSTRUÇÃO DO PROCESSO

- * Protocolo do estudo
 - Instrumento de recolha de dados
 - *Autorização de acesso à informação registada em bases de dados institucionais
 - Consentimento informado
 - Currículo(s) do(s) investigador(es)
 - Parecer detalhado do(s)/da(s) orientador/es/as sobre a exequibilidade do estudo
 - Outros
- (*Obrigatório)

7- COMPROMISSO E HONRA

X Declaro que o presente estudo não foi submetido a outra Comissão de Ética.

X Declaro que as informações prestadas à Comissão de Ética do IPB são verdadeiras e que cumprem a legislação nacional em vigor.

Declaro que, quando aplicável, respeitarei os termos da [Declaração de Helsínquia](#) da Associação Médica Mundial e os previstos na [Convenção de Oviedo](#).

Local:

Data: 21/04/2023

Nome:

Assinatura:

Orientador:

Investigador: