



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

ESS



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO NA PESSOA APÓS AVC  
MARISA AMORIM MATOS

## A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA APÓS AVC

2019

Escola Superior de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

## A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Pessoa Após AVC

Marisa Amorim Matos





**INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO**

**Marisa Amorim Matos**

**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE  
REABILITAÇÃO NA PESSOA APÓS AVC**

**Mestrado em Enfermagem Reabilitação**

**Trabalho efetuado sob a orientação da  
Prof. Doutora Maria de La Saete Rodrigues Soares**

**Julho de 2019**

## RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a principal causa de morte em pessoas acima de 60 anos, e a principal causa de incapacidade em todo o mundo, estima-se que ocorrem 30 novos AVC's e destes morrem 6 pessoas a cada 60 segundos em todo o mundo, segundo a World Stroke Campaign (2014-2016) in Organização Mundial da Saúde (2018).

O AVC é normalmente caracterizado por aparecimento súbito com sinais e sintomas, tais como: desvio da comissura labial; dificuldade em falar e falta de força num braço/perna (hemicorpo). A reabilitação deve iniciar-se entre as 48 e as 72 horas após o AVC, sendo que o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é primordial na intervenção motora, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação e sexualidade, de forma a maximizar as capacidades funcionais (Ordem Enfermeiros, 2017).

Como metodologia optou-se pelo Trabalho Projeto tendo como objetivo principal conhecer o nível de independência da pessoa após o AVC para o autocuidado (Alimentação; Higiene Pessoal; Controlo da eliminação vesical e intestinal e uso de sanitário; Vestuário e Locomoção/Transferência), fazendo a ponte entre a teoria que posteriormente será aplicado na prática, com o intuito de resolver os problemas detetados. De forma a realizar um diagnóstico de situação foi selecionado como instrumento para a recolha de dados a entrevista semiestruturada, através da qual foi colocado um conjunto de questões previamente determinadas e direcionadas para o objetivo do trabalho. Também, recorremos à análise SWOT, onde foi necessário fazer uma pesquisa aprofundada dos pontos fortes e fracos em ambiente interno e identificar as oportunidades e ameaças em ambiente externo. Participaram 10 pessoas que sofreram AVC e seus cuidadores, convocados para a consulta externa de Medicina Interna - AVC, numa Unidade Local de Saúde da região norte do país.

Após o diagnóstico de situação pudemos concluir que 90% da nossa amostra ficou com alguma limitação após AVC, apresentando na sua grande maioria falta de independência nos autocuidados e falta de informação aumentando as dificuldades em arranjar estratégias em ambiente domiciliar. Em paralelo percebemos a importância de envolver o cuidador neste processo de transição saúde-doença. Para resolução dos problemas identificados propomos a criação de uma Consulta de Enfermagem à pessoa após AVC e cuidador, tendo como objetivo geral a promoção da independência para o autocuidado e reintegração familiar e social. Para o efeito foram definidos objetivos específicos e efetuado o planeamento de atividades de forma a permitir uma resposta personalizada aos problemas apresentados pela pessoa após AVC.

**Palavras-chave:** Metodologia de Projeto, Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, Acidente Vascular Cerebral, Autocuidado.

## **ABSTRACT**

The Stroke (AVC) is the leading cause of death in people over 60, and the leading cause of disability worldwide. It is estimated that 30 strokes occur and out of these, 6 people die every 60 seconds throughout the world, according to the World Stroke Campaign (2014-2016) in World Health Organisation (2018).

The stroke is usually characterized by sudden onset of signs and symptoms, such as: deviation of the labial commissure; difficulty in speaking and lack of strength in an arm / leg (hemibody). Rehabilitation should begin between 48 and 72 hours after stroke, and the role of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing is essential when dealing with rehabilitation of motor, sensory, cognitive, cardiorespiratory, feeding, sexual and elimination abilities, in order to maximize its functional capacities (the Nursing Council, 2017).

We opted for Work Project as methodology to carry out this study. The main objective of this project was to know the level of independence of the person after the stroke when it comes to self-care (food, personal hygiene, control of bladder and intestinal elimination and sanitary use, clothing and locomotion / transference) providing a bridge between the theory and the practice that will later be applied, in order to solve the problems detected. To carry out a diagnosis of the situation, a semi-structured interview was selected as an instrument for collecting data, through which a set of previously determined questions were assigned to the work objective. We also used the SWOT analysis, where it was necessary to do an in-depth research of the strengths and weaknesses in the internal environment and identify the opportunities and threats in the external environment. Ten people who suffered stroke and their caregivers were invited to the outpatient appointment of Internal Medicine (AVC) at a Local Health Unit in the northern region of the country.

After the diagnosis of the situation, we could conclude that 90% of our sample had some limitation after stroke, most of them lack of self-care independence and lack of information, increasing the difficulties in arranging strategies to apply in the home environment. In parallel, we perceive the importance of involving the caregiver in this process of health-to-illness transition. To solve the identified problems we propose the creation of a Nursing Rehabilitation Consultation for the person after stroke and caregiver, with the general objective of promoting independence for self-care and family and social reintegration. For this purpose, specific objectives were defined and activities were planned in order to allow a personalized response to the problems presented by the person after stroke.

**Keywords:** Project Methodology, Nurses Specialists in Rehabilitation Nursing, Stroke, Self-care.

## **AGRADECIMENTOS**

A todos os que de uma ou outra forma, contribuíram para a realização deste trabalho, quero deixar expresso o meu profundo agradecimento, principalmente:

Há minha família, amigos e colegas de trabalho, por toda a compreensão e apoio que me deram ao longo destes meses de trabalho;

À mentora deste projeto, Professora Doutora Salete Soares, que através dos seus vastos conhecimentos, esclarecimentos e críticas construtivas, enriqueceu a minha formação académica e científica, promovendo em mim ferramentas que me capacitaram desenvolver o presente projeto. Não posso deixar de referenciar o seu apoio, disponibilidade e orientação incansável que me prestou. Assim manifesto-lhe o meu sincero reconhecimento e agradecimento;

A todos os participantes, que de livre vontade, decidiram participar neste estudo, permitindo assim a sua realização. Obrigado, sem eles nada seria possível.

A Todos O Meu Muito Obrigada!

## PENSAMENTO

Em memória da minha querida Mãe que permanecerá para sempre no meu coração, as minhas conquistas são e serão sempre dedicadas à tua pessoa...



## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	15
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	17
1. <b>A Pessoa com AVC</b> .....	18
2. <b>Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com AVC</b> .....	24
3. <b>Autocuidado</b> .....	30
CAPÍTULO II - METODOLOGIA DE PROJETO .....	37
1. <b>Concetualização</b> .....	38
2. <b>Diagnóstico de Situação</b> .....	40
2.1. <b>Contexto do Estudo</b> .....	40
2.2. <b>Problemática</b> .....	42
2.3. <b>Instrumentos de Recolha de Dados</b> .....	42
2.4. <b>Procedimento de Recolha e Análise de dados</b> .....	43
2.5. <b>Apresentação e Discussão dos Resultados</b> .....	46
2.6. <b>Análise SWOT para Consulta de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa após AVC e Cuidador</b> .....	64
3. <b>Objetivos</b> .....	66
4. <b>Planeamento da Ação - Consulta de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa após AVC e Cuidador</b> .....	66
5. <b>Proposta para Avaliação de Projeto</b> .....	70
CONCLUSÕES.....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	74
APÊNDICES .....	80

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Percepção sobre a informação dada pelos EEER sobre a capacitação para o autocuidado.....	52
<b>Figura 2</b> - Dificuldades na realização dos autocuidados após a alta.....	55
<b>Figura 3</b> - Estratégias ou recursos que utilizou para a realização dos autocuidados. ....	59
<b>Figura 4</b> - Limitações ou complicações que interferiram na independência para o autocuidado.....	61
<b>Figura 5</b> - Sentimentos face à doença .....	63

## ÍNDICE DE ESQUEMAS

<b>Esquema 1 - Os algoritmos Via Verde AVC.....</b>	<b>23</b>
<b>Esquema 2 - Etapas Metodologia de Projeto.....</b>	<b>39</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Manifestações clínicas de acordo com a área cerebral afetada.....	21
<b>Tabela 2:</b> Diretrizes para reabilitar a pessoa adulta com AVC.....	26
<b>Tabela 3:</b> Instrumentos de colheita de dados divididos por foco de atenção .....	28
<b>Tabela 4:</b> ABVD – Funcionalidade/Independência.....	31
<b>Tabela 5:</b> O Bem-estar e Autocuidado .....	32
<b>Tabela 6:</b> Programa de Reabilitação à pessoa após o AVC.....	34
<b>Tabela 7:</b> Medical Research Council Muscle Scale – Avaliação da força muscular.....	43
<b>Tabela 8:</b> Definição dos termos.....	45
<b>Tabela 9:</b> Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	46
<b>Tabela 10:</b> Caracterização elementos clínicos dos participantes .....	47
<b>Tabela 11:</b> Análise SWOT para Consulta de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa após AVC e Cuidador.....	65
<b>Tabela 12:</b> Planificação da Consulta de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa após AVC e Cuidador .....	69

## **APÊNDICES**

<b>Apêndice 1</b> - Guião da entrevista .....	81
<b>Apêndice 2</b> - Declaração do Consentimento Informado .....	85
<b>Apêndice 3</b> - Codificação das entrevistas .....	87

## ABREVIATURAS

art.	-	Artigo
et al.	-	<i>est alli</i> (e outros autores)
in	-	Citado por
nº/Nº	-	Número
p.	-	Página

## **SIGLAS**

ABVD	-	Atividades Básicas de Vida Diária
AIT	-	Acidente Isquémico Transitório
AIVD	-	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVC	-	Acidente Vascular Cerebral
AVD	-	Atividades de Vida Diária
CIPE	-	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CODU	-	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
DGS	-	Direção Geral da Saúde
EEER	-	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
FA	-	Fibrilação Auricular
HTA	-	Hipertensão Arterial
MCEER	-	Mesa de Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação
OCDE	-	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE		Ordem dos Enfermeiros
RNCCI	-	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrado

## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares abrangem um leque alargado de doenças relacionadas com o sistema circulatório, incluindo as doenças cerebrovasculares. O acidente vascular cerebral (AVC) é uma afeção cerebrovascular relacionada com a obstrução ou a hemorragia de uma artéria. O AVC, tem uma prevalência alta em termos mundiais, sendo a segunda causa de morte, assumindo uma grande relevância em termos de saúde pública em Portugal, constitui a primeira causa de morte e de incapacidade permanente e as estimativas apontam que a cada hora, seis pessoas sofrem um AVC, dos quais dois a três resultam em óbito (Programa Nacional para Doenças Cérebro-cardiovasculares, 2017).

A recuperação do doente após o AVC tem representado uma importância fundamental para os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), sendo primordial a sua intervenção, o mais precocemente possível entre as 48 e 72h após o AVC de forma a estimular a sua capacidade funcional e prevenir mais complicações, ou lesões secundárias provocadas pelas sequelas, facilitando a vivência da pessoa com AVC e família no processo de transição, permitindo a adaptação à sua situação de doença e dependência (Marques-Vieira, Sousa e Braga, 2016; Ordem dos enfermeiros (OE), 2017).

Qualquer estudo no domínio da investigação pressupõe a existência de uma problemática, perspetivando a explicação ou melhor compreensão do fenómeno a ela associado. Assim, a caracterização do problema define e identifica o assunto em estudo, ou seja, um problema muito abrangente torna a pesquisa mais complexa quando bem delimitado, simplifica e facilita a maneira de conduzir a investigação (Fortin, 2009).

Mediante um leque variado de temas na área da saúde, procurou-se que o estudo científico fosse de utilidade social, colocando em prática conhecimentos apreendidos ao longo do mestrado e desenvolvendo competências a nível dos procedimentos de investigação e do tema elaborado. A problemática em estudo centra-se na reabilitação da pessoa após ter sofrido um AVC, inserindo-se na metodologia de trabalho de projeto. Perante isto, a realização de um trabalho de investigação científica permite descrever e explicar fenómenos que acontecem no mundo real. Assim, justifica-se a pertinência do presente estudo que se debruça sobre uma realidade específica. Posteriormente, através do conhecimento da realidade, espera-se que possam vir a ser adotadas estratégias através da implementação da consulta Enfermagem de Reabilitação à pessoa após AVC e cuidador, que visem melhorá-lo, pelo menos a nível do contexto do estudo em causa.

O projeto consiste num plano de trabalho que se organiza para resolver/estudar um problema, desta forma, o trabalho de projeto é uma metodologia, pois trata-se de um



conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspeto da realidade social, permitindo prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer.

A metodologia de projeto tornou-se a ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática. Tem como objetivo principal centrar-se na resolução de problemas e adquirir capacidades e competências de características pessoais na elaboração e concretização de projetos em contexto real (Nunes [et al.], 2010).

Para além das motivações académicas surgem também motivações pessoais e profissionais, tais como desenvolver competências na área de investigação em Enfermagem de Reabilitação e aprofundar conhecimentos sobre o tema.

Assim, depois de escolher o tema para este trabalho de projeto de investigação e após uma reflexão profunda sobre a matéria, recorrendo à literatura referente ao assunto, formulou-se aquele que será o objetivo geral: Conhecer o nível de independência da pessoa após o AVC para o autocuidado.

Para deteção das necessidades foi usado como instrumento de recolha de dados a entrevista semiestruturada, participando 10 utentes da consulta de medicina interna – AVC.

Este Trabalho de projeto está organizado em dois capítulos, o primeiro capítulo é referente ao enquadramento teórico, será abordado a pessoa com AVC e os contributos do EEER perante a pessoa com AVC nos autocuidados. No segundo capítulo enquadra-se a metodologia de projeto abordando: Diagnóstico de Situação; Definição dos Objetivos; Planeamento; Execução; Avaliação e Divulgação de resultados, por fim chegamos às conclusões, salientando a perspetiva de continuidade de projeto.

## CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1. A Pessoa com AVC

Ao longo deste trabalho de investigação, será abordado o conceito de Acidente Vascular Cerebral completando com uma breve descrição epidemiológica a nível nacional e por último uma abordagem clínica, descrevendo a etiologia e os fatores de riscos relacionados com o AVC, bem como as consequências e tratamento após um AVC. Por fim, dirigir-se-á a atenção ao EEER na pessoa após AVC e definição dos autocuidados utilizados no estudo. Os conceitos estão relacionados entre si de modo a justificar a importância da intervenção do EEER perante a pessoa que sofreu um AVC.

A Sociedade Portuguesa do AVC (2016, p. 5), define o AVC como a:

“doença vascular cerebral mais frequente e é caracterizado pela perda rápida da função neurológica, causada por uma interrupção do fornecimento de sangue ao cérebro. A irrigação sanguínea do cérebro pode ser interrompida devido a um fenómeno isquémico (obstrução de uma artéria) ou a um fenómeno hemorrágico (rompimento de uma artéria)”.

O Programa Nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares (Portugal, 2017), menciona que a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) refere que em 2010 as doenças cardiovasculares representaram 36% das mortes, sendo a primeira causa de morte nos estados membros da União Europeia. Contudo em Portugal no período de 2011-2016, verificou-se uma grande redução na taxa de mortalidade nas doenças cerebrovasculares (19,7%), mostrando maior evidência no AVC Isquémico abaixo dos 70 anos com uma redução de 39%. Estes resultados são destacados pelo contributo dos novos anticoagulantes não documentários, terapêutica anti trombótica na fibrilação auricular, bem como a consolidação das atividades nas Unidades AVC. Os dados estatísticos revelam que em 2016, 3.386 pessoas foram encaminhados através da via verde do AVC, e 80,7% dos casos decorreram com menos de duas horas entre a identificação dos sinais e sintomas até ao encaminhamento através desta via.

A Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação (Portugal, 2016) menciona que o National Stroke Association de acordo com dados de 2011, refere que 10% dos sobreviventes a um AVC recuperam quase na totalidade, 25% recuperam com sequelas mínimas, 40% ficam com deficiência moderada a grave, necessitando de cuidados especializados, 10% precisam de cuidados a longo prazo justificando institucionalização e 15% morreram no primeiro mês após o episódio vascular agudo.

Em Portugal, de acordo com Menoita (2012) prevê-se que em 2023 haverá um aumento absoluto do número de primeiros AVC na ordem dos 30%, comparado com o ano 1983. A

prevalência rondará os 5/1000 na população, e um ano após o AVC, 65% dos sobreviventes será dependente.

Mediante estes dados estamos perante um grave problema de saúde pública, não esquecendo que a maior parte das vítimas de AVC sobrevivem com variadíssimos graus de incapacidade temporária ou permanente, tendo aqui a enfermagem de reabilitação um papel fulcral.

O AVC é uma patologia de etiologia diversa, caracterizado por uma interrupção ou bloqueio da irrigação sanguínea que danifica ou destrói parte do cérebro, resultando num conjunto de sintomas de deficiência neurológica, tendo um início súbito que se prolonga até às 24 horas (Menoita, 2012). Do ponto de vista clínico podem distinguir-se dois tipos fundamentais de AVC sendo: os que se exprimem por défices relativamente estáveis e os que se manifestam por sintomatologia neurológica transitória, habitualmente designados por acidentes vasculares isquémicos transitórios. Classicamente o AVC é dividido em três entidades: acidente vascular isquémico (embólico, trombótico e lacunar), hemorrágico (intracerebral, parenquimatoso e subaracnóide) e acidente isquémico transitório (Branco e Santos, 2010).

Os AVC's isquémicos, geralmente representam 85% dos AVC's, ocorrem quando existe um estreitamento das artérias e/ou formação de placas (ateromas) que entopem a irrigação cerebral, impedindo o sangue de passar nessas artérias cerebrais e, portanto, a parte do cérebro que deveria ser irrigada por elas deixa de funcionar. O AVC isquémico embólico cerebral define-se quando a sua origem está na formação de êmbolos de origem cardíaca ou das grandes artérias do pescoço, estes são levados pela corrente sanguínea até ao cérebro causando uma obstrução de uma artéria. O AVC isquémico trombótico consiste num bloqueio natural em que se verifica a formação de um coágulo numa artéria cerebral, ou seja, a obstrução ocorre no próprio local da oclusão. O AVC isquémico lacunar representa cerca de 10% de todos os AVC's, estes devem-se à oclusão aterotrombótico ou à hipohialinose dos pequenos vasos perfurantes das artérias cerebrais (Branco e Santos, 2010; Menoita, 2012).

Os AVC's hemorrágicos são os mais graves, com uma mortalidade até 50% nos primeiros 30 dias, sendo mais frequentes numa população mais jovem. Resulta do extravasamento de sangue no tecido cerebral, em consequência de uma rotura vascular localizada, tendo como fatores predisponentes a hipertensão, arteriosclerose, aneurismas congénitos, tumores, traumatismos cranioencefálicos, entre outros. A hemorragia intracerebral é a mais frequente em pessoas com hipertensão e com arteriosclerose cerebral, o início é frequentemente associado à atividade física ou a eventos muito emocionantes. Nas

hemorragias parenquimatosas a sua ocorrência dá-se nos pequenos vasos perfurantes, nomeadamente nos ramos das artérias cerebrais e nos paramedianos da artéria basilar. A hemorragia subaracnóidea é dos AVC's menos frequentes, afetando pessoas com menos de 35 anos, é causada habitualmente pela rutura de artérias superficiais, malformações vasculares intracranianas, aneurismas saculares, angiomas arteriovenosos ou traumatismos (Branco e Santos, 2010; Menoita, 2012).

Os Acidentes isquémicos transitórios, são causados pela interrupção temporária da circulação sanguínea numa zona do cérebro e são sinais de alarme de enfarte cerebral (Marques-Vieira, Sousa e Braga, 2016).

As causas dos AVC's nem sempre são claras, no entanto, existe fatores de risco modificáveis e não modificáveis. Os principais fatores de risco modificáveis consistem: na hipertensão arterial (HTA), dislipidemia, na diabetes mellitus, no tabagismo, fibrilação auricular (FA), estenose carotídea, AIT ou AVC prévio, doença de células falciformes, alcoolismo, obesidade, distribuição abdominal da gordura corporal, sedentarismo, nutrição / dieta e terapia hormonal de substituição. Os fatores de risco não modificáveis consistem: na idade, no género, origem geográfica, baixo peso ao nascer e fatores genéticos. No entanto, ainda existem os fatores de risco potencialmente modificáveis menos bem documentados tais como: síndrome metabólica, contraceptivos orais, gravidez, drogas de abuso, síndrome da apneia do sono, enxaqueca, hiperhomocisteinémia ou hiperhomocistinémia, lipoproteína, razão Apo B/Apo A1 e lipoproteína associada a fosfolipase A2, alterações hematológicas com risco potencial de AVC, cardiopatias e embolismo aórtico, arteriopatias, inflamação e infeção (Menoita, 2012; Sociedade Portuguesa do AVC, 2011).

Cada AVC é diferente assim como cada pessoa, por isso o modo como cada um é afetado pela doença varia muito, nomeadamente com a zona do cérebro que é afetada, com o tipo de AVC, com os fatores de risco presentes, com o estado da saúde antes da doença e com o apoio que cada doente terá na reabilitação. A Sociedade Portuguesa do AVC (2016), menciona que dependendo do local do cérebro que foi afetado pode-se encontrar as seguintes sequelas:

- Motoras: falta de força e espasticidade num dos lados do corpo, a perda da coordenação do movimento dos membros, a perda da marcha ou mesmo a disfagia;
- Cognitivas: lentificação de processos mentais, afasia, problemas de memória, dificuldade na concentração no planeamento e execução de tarefas;
- Comportamentais: apatia, desinteresse por novas atividades, depressão, ansiedade, entre outras;

- Sistema Sensorial: perda de sensibilidade numa parte do corpo, dor neuropática, alterações do controlo esfinteriano.

Na Campanha Mundial de AVC (2014-2016) in World Stroke Organization, salientaram que na pessoa afetada pelas sequelas descritas, ocorre com alguma frequência processos de depressão, sendo muito comum depois de qualquer doença grave, nomeadamente o AVC, interferindo na capacidade para a reabilitação e prejudicando a qualidade de vida. Além disso, ela não afeta apenas os sobreviventes de AVC, mas também os seus familiares mais próximos e seus cuidadores.

A depressão e a ansiedade são um mau prognóstico funcional no AVC, representado um grave entrave para a reabilitação, sendo importante o acompanhamento psicológico (Sociedade Portuguesa do AVC, 2016).

Segundo Menoita (2012) existe uma diversidade de manifestações clínicas consoante a área cerebral afetada como podemos observar na Tabela 1.

**Tabela 1:** Manifestações clínicas de acordo com a área cerebral afetada

Artéria Cerebral Anterior	Hemiparesia contralateral; Perda sensorial contralateral, mais acentuada no membro inferior e pé; Hemianopsia contralateral; Alterações do funcionamento esfinteriano anal e vesical; Confusão mental; Alterações do comportamento, se o AVC do lobo frontal for intenso.
Artéria Cerebral Média	Afasia (se no hemisfério dominante); Hemiplegia e/ou hemiparesia contralateral, mais acentuada na face e membro superior Hemianopsia homónima; Hemihipostesia; Apraxia; Alexia.
Artéria Cerebral Posterior	Alterações de memória (lesão bilateral); Hemianopsia homónima contralateral; Hemihipostesia contralateral; Ataxia; Agnosia visual e para cores (hemisfério esquerdo); Prosopagnosia (hemisfério direito).
Artéria Carótida Interna	Hemiplegia contralateral; Hemipostesia e afasia (se hemisfério cerebral dominante); Hemianopsia homónima contralateral.

Artéria Basilar	Hemiplegia contralateral ou tetraplegia; Paralisia facial; Disartria e disfagia; Síndrome de Hornes homolateral; Perda de consciência e presença de vertigem.
Artéria Vertebro-Basilar	Sinais de lesão de nervos cranianos; Lesões do trato sensitivo; Lesão do trato espinal; Síndrome de Weber; Paralisia homolateral do nervo oculo-motor comum; Hemiplegia contralateral; Coma.
Hemorragia Subaracnoídea	Cefaleia súbita, intensa e generalizada; Náuseas e vômitos; Alterações de vigília; Sinais de irritação meníngea.
Hemorragia Intracerebral	Náuseas e vômitos; Cefaleias e vertigens; Hemianopsia de neglect; Hemiparesia contralateral; Coma (nos mais graves).

Fonte: Adaptado Menoita, 2012

A pessoa com suspeita de AVC, segundo as normas da Via Verde AVC no adulto emanado pela Direção-Geral da Saúde (Portugal, 2017), deve ser recebido no serviço de urgência hospitalar pela equipa Via Verde AVC intra-hospitalar e deve realizar com caráter de urgência:

- Avaliação ABC

- Manutenção da via aérea com controlo da coluna cervical (A-Airway maintenance with cervical spine control);
- Ventilação (B - Breathing);
- Circulação com controlo hemorrágico e acesso venoso (C-Circulation with haemorrhage control);

- Validação da suspeita de AVC, incluindo revisão da hora e circunstâncias do início dos sintomas;

- História médica prévia;

- Exame objetivo geral;

- Exame neurológico;

- Quantificação do defeito neurológico, através de National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS);

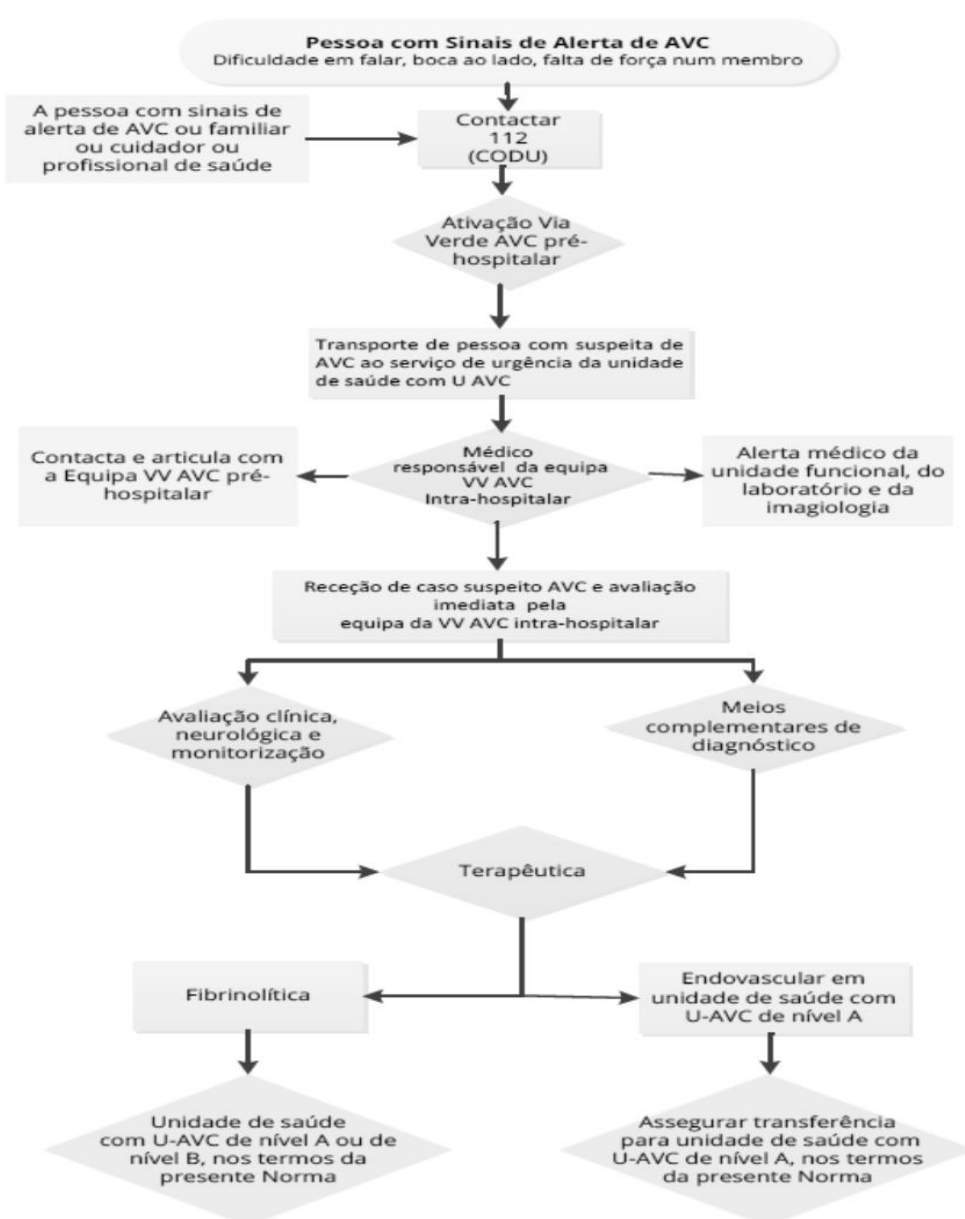
- Meios complementares de diagnóstico:

- Tomografia computadorizada crânio-encefálica;

- Ressonância magnética crânio-encefálica na dúvida do diagnóstico;
- Realização de Eletrocardiograma;
- Avaliação laboratorial.

A DGS produziu um algoritmo representado no esquema 1, com procedimentos específicos, mecânicos e eficientes na pessoa com sinais de alerta de AVC (Portugal, 2017).

**Esquema 1 - Os algoritmos Via Verde AVC**



Fonte: (Portugal, 2017), Norma DGS nº 015/2017



O tratamento intensivo nas primeiras seis horas é essencial para limitar as lesões. Se o AVC tiver sido provocado por um trombo ou um êmbolo, podem ser administrados medicamentos que dissolvam os coágulos, nos casos clínicos onde necessitam de terapêutica endovascular, o doente deve ser transferido para uma UAVC de nível A (Portugal, 2017).

Podem ser administrados outros fármacos para baixar a tensão arterial, regular o ritmo cardíaco e evitar o edema cerebral. Logo que a pessoa esteja estabilizada a atenção volta-se para a reabilitação que quanto mais precocemente for iniciada maior a probabilidade de uma recuperação total. Após ultrapassada a fase aguda em contexto hospitalar, existe a continuidade do tratamento na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), sendo um marco na evolução do sistema de saúde em Portugal (Costa, Gomes e Martins, 2010).

## **2. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com AVC**

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2015, p.119) define Reabilitar como: “Restabelecer: restituir eficácia às funções ou a vida normal, através do treino, especialmente após uma doença”.

Segundo a Direcção-Geral da Saúde (Portugal, 2011, p. 6) a

“reabilitação é um processo centrado no doente e orientado por objetivos, que começa no dia após o AVC, com a finalidade de melhorar a funcionalidade e alcançar o maior nível de independência possível, física e psicologicamente, mas, também, social e economicamente”.

Para a recuperação da pessoa com AVC a reabilitação tem de ser fundamentada em mecanismos fisiológicos. Hoje sabe-se que o sistema nervoso central tem uma grande adaptabilidade e que, mesmo no cérebro adulto, há evidências de plasticidade na tentativa de regeneração (Menoita, 2009).

Deste modo, após o diagnóstico, a Reabilitação deve começar o mais precocemente possível entre as 48 e as 72 horas após o AVC, procurando resgatar padrões comportamentais mais próximos da normalidade e, por isso, recomenda-se também a intensificação dos programas numa fase inicial, em que a plasticidade é efetivamente mais intensa, embora se saiba que ela pode durar anos (Menoita, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A reabilitação é uma das inúmeras funções da enfermagem, que busca no indivíduo a independência para a realização do autocuidado. A habilidade para realizá-lo é frequentemente a chave para a independência, para o retorno ao lar e para a vida comunitária. Assim quanto mais precocemente é iniciado o processo de reabilitação, melhores são as possibilidades de recuperação do indivíduo. O EEER traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidade e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O Enfermeiro de Reabilitação tem um papel determinante na minimização de eventuais danos que possam ter ocorrido, devolvendo ao indivíduo a capacidade de desenvolver todo o seu potencial, colocando-o ao serviço da sua autonomia e do seu bem-estar, enquanto cidadão de pleno direito. Conforme publicado no Diário da República, 2.ª série – N.º 35 – 18 de fevereiro de 2011 e no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação n.º 125/2011, p. 8658,

“a reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima (...) implementa e monitoriza planos de enfermagem de Reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas”.

Contudo segundo Costa, Gomes e Martins (2010, p.156) “reabilitar não é só reeducar a função, mas tornar de novo válido”, ainda, segundo o mesmo autor o sucesso da reabilitação depende das capacidades, bem como das respostas da pessoa, pois é ele que sabe o que é melhor para si, e o Enfermeiro deve assumir o seu papel de facilitador e orientador no processo de recuperação. No entanto, segundo Branco e Santos (2010) o sucesso de um programa de reabilitação em pessoas vítimas de AVC depende de um crescimento lento, repetitivo e persistente, com rotinas de exercícios.

A American Heart Association/American Stroke Association in Marques-Vieira, Sousa e Braga (2016), desenvolveram diretrizes para reabilitar a pessoa adulta com AVC e orientar os profissionais de saúde, que serão sintetizadas na Tabela 2 que se segue.

**Tabela 2:** Diretrizes para reabilitar a pessoa adulta com AVC

<b>Classe e Nível de Evidência</b>	<b>Resumo de Algumas diretrizes</b>
Classe 3, nível de evidência A	A reabilitação deve ser precoce, mas é importante considerar que a mobilização prematura de alta intensidade, nas primeiras 24 horas pós-AVC pode reduzir a possibilidade de um outcome favorável aos três meses, pelo que não é recomendado.
Classe IIB, nível de evidência B	A alta precoce para um ambiente de reabilitação na comunidade, em pessoas em situação de doença selecionados, pode promover outcomes semelhantes aos alcançados num serviço de reabilitação em regime de internamento.

Fonte: Adaptado de Winstein [et al.] in por Marques-Vieira, Sousa e Braga (2016)

Os cuidados do EEER, numa fase inicial podem centrar-se mais na prevenção de complicações, uma vez que a mortalidade associada ao AVC deve-se maioritariamente a pneumonias de aspiração, infeções urinárias, trombose venosa profunda e embolia pulmonar (Marques-Vieira, Sousa e Braga, 2016).

Logo, que se conheça a etiologia do AVC e se alcance a estabilidade, deve-se obrigatoriamente centrar a intervenção no programa de reabilitação de retorno à vida ativa. Estes programas têm permitido a melhoria da independência funcional, benefícios na realização de autocuidados, mobilidade e locomoção e consequentemente qualidade de vida. Segundo Serra e Cruz in Marques-Vieira, Sousa e Braga (2016, p. 467) os fatores preditores de qualidade de vida em pessoa com AVC são: “idade, estado civil, nível socioeconómico, número de dias de internamento, presença de dor e manutenção de programa de reabilitação após a alta”.

Para iniciar o processo de reabilitação na pessoa após AVC com vista ao retorno das funções é necessário primeiro partir da compreensão das fases de recuperação motora a que o doente está sujeito, pelo que a intervenção do EEER começa pela avaliação minuciosa, que lhe vai permitir formular os diagnósticos e prescrever programa de cuidados de enfermagem de reabilitação adaptados a cada situação. Segundo Johnstone (1986,

p.21) o posicionamento que o doente adota evidencia: “retração do ombro, com queda e rotação interna, cotovelo em flexão, dedos fletidos e pressionados, retração do quadril, acompanhada de rotação externa da coxa, quadril, joelho e tornozelo em linha reta, terço anterior do pé e dedos do pé apontado para baixo”. As articulações em flexão ou extensão, rígidas, deformadas e em posições não funcionais, são favorecedoras de uma paralisia espástica e como consequência da imobilidade desenvolve-se atrofia articular que pode conduzir a contractura com ou sem espasmo. O enfermeiro de reabilitação tem um papel fulcral na prevenção da atividade reflexa indesejável e o programa de reabilitação deve ser planeado após a avaliação inicial, tendo sempre em consideração a gravidade da situação clínica.

De acordo com Johnstone (1986) a reabilitação da pessoa com AVC deve ter, em consideração: a disposição da mobília; a organização da unidade que deve estar sempre de forma a favorecer o estímulo do lado afetado; aos posicionamentos antispásticos em todos os decúbitos; as mobilizações; as transferências e o treino de marcha.

Os EEER, aludem a necessidade permanente da utilização de instrumentos de medida que permitam quantificar e evidenciar os resultados obtidos. Assim, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER) segundo a Ordem dos Enfermeiros (2016), elaborou um documento, que tem por base um conjunto de instrumentos de suporte ao exercício profissional, auxiliando o EEER numa avaliação abrangente, mensurável e evolutiva.

Opta-se por apresentar na Tabela 3 os testes e instrumentos para avaliar as incapacidades da pessoa, no intuito de constituir uma motivação para novos trabalhos de investigação. Estes testes e instrumentos são fundamentais para uma avaliação rigorosa e vão contribuir na tomada de decisão.

**Tabela 3:** Instrumentos de colheita de dados divididos por foco de atenção

---

---

**Andar; Andar com auxiliar de marcha; Equilíbrio corporal; Pôr-se de pé; Transferir-se; Posicionar-se.**

- Berg Balance Scale - Escala de Equilíbrio de Berg;
- Fullerton Advanced Balance Scale - Escala avançada de Equilíbrio de Fullerton;
- Functional ambulation categorie - Categorias Funcionais de Marcha;
- Functional Independence Measure - Medida de Independência Funcional;
- Timed up and go;

---

**Autocontrole: continência intestinal.**

- Functional Independence Measure - Medida de Independência Funcional;
- Rapid Assessment Faecal Incontinence Score;
- Wexner Fecal Incontinence Score - Score de Wexner;

---

**Autocontrole: continência urinária.**

- Functional Independence Measure - Medida de Independência Funcional;
- International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form;

---

**Autocuidados: Arranjar-se; Beber; Comer; Higiene; Ir ao sanitário; Vestuário.**

- Barthel Index - Índice de Barthel;
- Functional Independence Measure - Medida de Independência Funcional;
- Karnofsky Performance Status Scale Katz Index of Independence in Activities of Daily Living - Índice de Katz;
- Lawton-Brody Instrumental Activities of Daily Living Scale - Escala de Lawton & Brody;

---

**Comunicação - Montreal Cognitive Assessment;**

---

**Défi ce sensorial - Nottingham Sensory Assessment - Avaliação Sensorial de Nottingham;**

---

**Esquecimento unilateral - Catherine Bergego Scale;**

---

**Espasticidade - Modified Ashworth Scale - Escala de Ashworth Modificada;**

---

**Interação sexual - Global Measure of Sexual Satisfaction;**

---

---

**Deglutição**

- Gugging Swallowing screen (GUSS);
- The Toronto Bedside Swallowing Screening Test;

---

**Intolerância à atividade.**

- Modified Borg Dyspnea Scale - Escala de Borg modificada: avaliação da dispneia;
- Modified Borg Scale (Rating of Perceived Exertion) - Escala de Borg Modificada (Avaliação da Percepção Subjetiva de Esforço);
- Six-minute Walk Test - Teste de Marcha de 6 minutos;
- The Incremental Shuttle Walk Test;

---

**Mover-se em cadeira de rodas - Wheelchair Skills Program**

---

**Movimento muscular; Paresia.**

- Dynamometry - Dinamometria;
- House-Brackmann Score - Escala de House-Brackmann;
- Medical Research Council Muscle Scale;
- Motor Activity Log;

---

**Rigidez articular; Pé equino.**

- Foot and ankle outcome score - Inquérito ao Pé & Tornozelo;
- Goniometry - Goniometria;

---

**Ventilação; Expertorar; Limpeza das vias aéreas.**

- Clinical COPD questionnaire - Questionário Clínico para a DPOC;
- COPD Assessment Test - Teste de Avaliação da DPOC;
- London Chest Activity of Daily Living Scale - Escala London Chest Activity of Daily Living;
- Modified Borg Dyspnea Scale - Escala de Borg modificada - avaliação da dispneia;
- Modified Medical Research Council Dyspnea Scale - Questionário para Avaliação do Grau de Dispneia;
- St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)

---

Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2016)

### 3. Autocuidado

O trabalho projeto será desenvolvido tendo como foco o papel do EEER na capacitação para os autocuidados na pessoa que sofreu AVC, tornando-se pertinente a definição de autocuidado.

A Teoria Geral de Enfermagem de Orem é formada por três constructos teóricos inter-relacionados: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem. A Teoria do Autocuidado é definida pelas atividades que os indivíduos praticam em seu benefício para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. O autocuidado enquanto função humana reguladora, tem de ser aprendido e executado deliberadamente e continuamente, em conformidade com as necessidades de cada indivíduo (Taylor in Alligood e Tomey, 2004).

Segundo a CIPE (2015, p.42) o autocuidado é definido por: “Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”.

As atividades básicas de vida diárias (ABVD) são frequentemente utilizadas para a avaliação do autocuidado. As AVD (atividades de vida diária) são definidas pela Ordem dos enfermeiros (2018, p. 17) como sendo:

“(…) todas as atividades ou tarefas comuns que as pessoas realizam de forma autônoma e rotineira no seu dia-a-dia. Estas atividades podem ser agrupadas em duas tipologias: as atividades básicas de vida diária (ABVD) relacionadas com o cuidado pessoal e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) que dizem respeito às atividades domésticas e comunitárias”.

As atividades de vida podem ser divididas em dois grupos: as atividades básicas de vida diária (ABVD) ou de cuidado pessoal, e nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) ou atividades domésticas e comunitárias.

A Ordem dos Enfermeiros emitiu o parecer N° 12/2011 pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2011), sobre as AVD, descrevendo seis ABVD apresentadas na Tabela 4, sendo estas as utilizadas no estudo em causa.

**Tabela 4:** ABVD – Funcionalidade/Independência

ABVD	Funcionalidade/ Independência.
Alimentação	Uso dos talheres; fragmentar os alimentos no prato; dirigir a comida do prato (ou similar) à boca.
Higiene Pessoal	Uso do chuveiro, da banheira e ato de lavar o corpo; higiene oral; arranjo pessoal (barbear-se, pentear-se, colocar maquiagem...).
Controlo da eliminação vesical	Ato inteiramente autocontrolado de mictar ou defecar; ir ao sanitário para a eliminação e higienizar-se após.
Vestuário	Ir buscar as roupas ao armário, bem como vestir; roupas íntimas, roupas externas, apertar os botões, fechos e cintos, calçar meias e sapatos.
Locomoção	Deslocar-se autonomamente.
Transferência	Sair da cama e sentar-se numa cadeira e vice-versa; transferir-se de uma cadeira para a outra, para a sanita, banheira ou outra superfície.

Fonte: Ordem dos Enfermeiros: Parecer MCEER 12/2011 (2011)

Os objetivos finais das atividades do EEER, direcionam-se no sentido de ajudar a pessoa a conseguir ou a manter o máximo de independência e autonomia no desempenho seguro das AVD's, na sua nova condição motora e cognitiva (Rodrigues, 2008).

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação mediante a Ordem dos Enfermeiros (2018) publicaram um documento com o tema Bilhetes de identidade dos indicadores que integram o core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, com o objetivo de proporcionar aos EEER e às unidades e organizações de saúde, informação sobre a prestação de cuidados especializados em ER que sustente a tomada de decisão na prática de cuidados, na organização e gestão, garantindo ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e cumprindo a missão de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados ao cidadão/população.

Existem vários testes e instrumentos que auxiliam o EEER numa avaliação abrangente, mensurável e evolutiva. Estes testes e instrumentos são fundamentais na tomada de



decisão com a avaliação adequada da ajuda necessária na mobilidade na cama, transferências, sentar, andar e nos autocuidados (comer, sanitário, lavar-se, vestir-se e vida doméstica). Os principais instrumentos de avaliação mais utilizados em Portugal para avaliar as ABVD são; o Índice de Barthel; o Índice de Katz; e a Medida de Independência Funcional (Marques-Vieira, Sousa e Braga, 2016).

Uma vez que a Enfermagem de Reabilitação, detém competências legais para intervir de forma autónoma, devem estes profissionais, levar para o terreno todo o seu conhecimento científico, aplicá-lo de forma sólida, e ter a capacidade de demonstrar resultados em saúde, obtidos também devido às suas intervenções. Na Enfermagem de Reabilitação não existe caminhos, eles fazem-se à medida que caminhamos.

De forma a dar resposta às necessidades identificadas na pessoa após AVC perante os autocuidados propostos, é necessário elaborar um programa de reabilitação no treino dos autocuidados, tendo em conta a situação atual e as potencialidades, bem como as suas capacidades emocionais e de desenvolvimento, necessidades e prioridades tendo como meta a máxima autonomia resultando numa melhor qualidade de vida.

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação elaborou os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação, de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem, promovendo a reflexão sobre o exercício profissional e integrando um ponto de partida para a construção e implementação de programas seguros de melhoria contínua da qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, assumindo-se como uma matriz orientadora. No que respeita aos autocuidados a Ordem dos Enfermeiros (2018) definiu como padrões de qualidade no bem-estar e no autocuidado apresentados na Tabela 5.

**Tabela 5:** O Bem-estar e Autocuidado

---

---

**Cuidados Gerais:**

A referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo nos cuidados de saúde;

A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e

---

---

avaliar intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar e suplementar – complementar atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente;

A prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas identificados;

O rigor técnico – científico na implementação das intervenções de enfermagem;

A supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro;

A responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e pelos que delega.

---

### **Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação:**

Todos os definidos para os Cuidados Gerais;

A identificação, o mais rapidamente quanto possível, dos problemas reais ou potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro de reabilitação tem conhecimentos para prescrever, implementar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação. Estas contribuem para aumentar o bem-estar e suplementar / complementar atividades de vida diária relativamente às quais o cliente é dependente;

Análise com o cliente e pessoas significativas das alterações na funcionalidade, definindo com ela as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e qualidade de vida;

A prescrição das intervenções para otimizar e reeducar a função: motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;

A prescrição a implementação e avaliação das intervenções de enfermagem de reabilitação, baseadas na evidência, face aos diagnósticos identificados;

A seleção e prescrição de produtos de apoio “Ajudas Técnicas e dispositivos de compensação”;

O ensino e supervisão da utilização de produtos de apoio “Ajudas Técnicas e de dispositivos de compensação” tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa;

A conceção de planos e programas, seleção e prescrição de intervenções de enfermagem de reabilitação para a redução do risco de alterações de funcionalidade;

O ensino, instrução e treino do cliente e pessoas significativas sobre técnicas que promovam o autocuidado e continuidade de cuidados nos diferentes contextos;

---

---

O rigor técnico / Científico na implementação das intervenções de enfermagem de reabilitação;

A supervisão das atividades que concretizam as intervenções da enfermagem de reabilitação e que sejam suscetíveis de serem delegadas no enfermeiro de cuidados gerais ou outros, pelo enfermeiro de reabilitação;

A referenciação para outros enfermeiros especialistas de situações problemáticas identificadas, de acordo com a sua área de intervenção e com os perfis de competências de cada especialidade;

A capacitação da pessoa, família cuidadora em resposta ao bem-estar e melhoria da qualidade de vida.

---

Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2018)

A definição dos padrões de qualidade são uma mais-valia para os EEER, facilitando o desenvolvimento profissional especializado, assente na prática clínica. A Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação propôs a elaboração de um padrão documental que traduzisse as práticas do EEER. Perante isto, foi elaborado um programa de reabilitação, contudo devemos salvaguardar que este deve ser individualizado e ajustado mediante as necessidades da pessoa, tendo em consideração aos padrões de qualidade, como descrito na Tabela 6.

**Tabela 6:** Programa de Reabilitação à pessoa após o AVC

<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Promover a autonomia e reintegração familiar e social;</li><li>- Recuperar a máxima funcionalidade;</li><li>- Conceber, implementar e monitorizar planos de reabilitação diferenciados;</li><li>- Capacitar a pessoa e cuidador em resposta ao bem-estar e melhoria da qualidade de vida</li><li>- Avaliar capacidade aeróbica e endurance; Ajudas técnicas e dispositivos de compensação; Controlo de esfíncteres; Postura, equilíbrio; locomoção e transferência; Integridade articular e mobilidade; amplitudes articulares; Função motora; Tónus muscular – força / endurance; Dor; autocuidados.</li></ul>
------------------	---

<b>Quando iniciar</b>	- Indo de encontro à bibliografia apresentada a Reabilitação deve começar o mais precocemente possível entre as 48 e as 72 horas após o AVC, com intensificação dos programas.
<b>Que Exercícios</b>	- Mediante avaliação, terá de ser construído um programa adaptado a cada pessoa e prestador de cuidados.
<b>Autocuidados</b>	
<b>Vestuário</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O treino deve ser feito preferencialmente sentado numa cadeira;</li> <li>- Roupa confortável adequada à nova condição: mais larga, com elasticidade; ter molas de pressão, botões grandes, fecho éclair ou velcro, o soutien deverá abrir à frente; para vestir meias e calçar sapatos pode recorrer a dispositivos adaptativos: calcadeira de cabo longo;</li> <li>- No calçado deve substituir atacadores por tiras de velcro;</li> <li>- Ensinar/ Instruir / Treinar a vestir/despír: vestir primeiro o lado afetado; despír primeiro o lado não afetado; na parte inferior: sentar-se e cruzar o MI parético sob o MI não afetado.</li> </ul>
<b>Controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O treino deve ser na casa de banho sempre que possível;</li> <li>- Transferência cadeirão / sanitário;</li> <li>- Estratégias para promover o controlo de esfíncteres.</li> </ul>
<b>Alimentação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A pessoa deve estar sentada, alinhada, mantendo os princípios da biomecânica; com o MS parético apoiado na mesa, rotação interna da anca, flexão do joelho, posição anatómica do pé;</li> <li>- Incentivar o doente a comer sozinho/usar dispositivos adaptativos se necessário: talheres de cabo grosso, talher com configuração de garfo e faca num só, pratos com rebordo, material antiderrapante, chávenas de configuração especial...;</li> <li>- Estratégias relativas à preparação/ consistência, de acordo com a severidade da disfagia.</li> </ul>

<p><b>Locomoção/ Transferência</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Na presença de hemiparesia deve ser treinada marcha controlada;</li> <li>- Os treinos de marcha podem ser auxiliados por: canadianas, bengala simples ou com tripé, andariço, cadeira de rodas de forma a alcançar maior independência;</li> <li>- Treino de equilíbrio</li> <li>- A pessoa deve sair pelo lado lesado e entrar pelo menos lesado;</li> <li>- A cadeira de rodas deve ser colocada com um ângulo de 30º ou paralela à cama;</li> <li>- Transferência cama / cadeirão;</li> <li>- Transferência cadeirão / sanitário;</li> <li>- Na técnica de transferência o enfermeiro deve colocar-se à frente da pessoa, trancando com os seus joelhos o joelho do lado mais lesado;</li> <li>- Na cadeira de rodas deve estar sentada com o membro superior afetado em padrão antiespástico, apoiado numa superfície de trabalho;</li> <li>- Subir e descer escadas pode ser feito com ou sem auxiliares de marcha, sobe primeiro o membro não afetado, para descer é o inverso.</li> </ul>
--	---

Fonte: Adaptado Vigia, Ferreira e Sousa (2016) e Ribeiro [et al.] (2015)

Em suma, ao longo deste capítulo podemos constatar que a intervenção do EEER perante a pessoa com AVC, visa assegurar a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, prevenção de complicações, manter ou recuperar independência nos autocuidados, minimizando o impacto das incapacidades instaladas.

## CAPÍTULO II - METODOLOGIA DE PROJETO

## 1. Concetualização

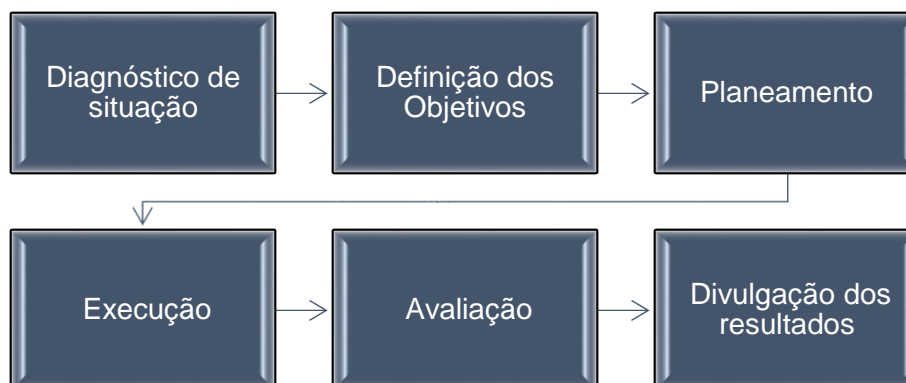
Para a elaboração do projeto de investigação, é necessário fazer um planeamento de como este irá decorrer, de modo a que se definam, logo à partida, quais as atividades imprescindíveis de se desenvolver. A fase metodológica é a segunda fase do processo de investigação, ao longo da qual “(...) o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação (...)” (Fortin, 2009, p. 53). Esta fase compreende “(...) os processos, as técnicas, as práticas, utilizadas para recolher, processar e analisar os dados”, procedimentos fundamentais para a estruturação, fundamentação e conclusão do estudo (Ribeiro, 2010, p. 51).

A problemática do estudo centra-se na reabilitação da pessoa após AVC, desde a informação à sua capacitação, insere-se na metodologia de projeto com a perspetiva de identificar problemas e criar respostas aos mesmos. Atendendo à problemática, enquadra-se no paradigma qualitativo, sendo exploratório e descritivo. O método qualitativo é amplamente usado na investigação em saúde, centrando-se na compreensão dos problemas analisando comportamentos e valores, nas experiências vividas, nos processos de pensamento, emoções e sentimentos (Sousa e Baptista, 2014). O investigador ao utilizar este método ambiciona aprofundar o fenómeno em estudo de forma a perceber como as pessoas pensam, sentem, interpretam e experienciaram acontecimentos passados (Fortin, 2009).

É um estudo de natureza exploratório descritivo porque permite ao investigador aumentar o conhecimento em determinado problema pouco explorado, segundo Fortin (2009, p. 34), a “investigação descritiva é utilizada quando os conhecimentos acerca do fenómeno são inexistentes ou escassos.”

A seleção da metodologia a utilizar é uma etapa essencial, na medida em que determina o sucesso, ou não, da investigação. A metodologia de projeto segundo Nunes [et al.], (2010) é constituída por seis etapas apresentadas no esquema 2.

## Esquema 2 - Etapas Metodologia de Projeto



Diagnóstico de situação – sendo a primeira etapa, visa elaborar um modelo descritivo da realidade permitindo elaborar um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificado, da qual se pretende atuar e mudar. A caracterização é contínua, permanente e com atualizações constantes, tratando-se de uma etapa bastante dinâmica, sendo de extrema importância a realização da mesma em tempo útil para o sucesso da mesma. Neste sentido, o diagnóstico de situação é dividido em quatro etapas, nomeadamente:

1. Na identificação dos problemas existentes no seio da população em estudo;
2. Estudo da evolução prognóstica dos problemas, prevendo as repercussões que eles possam vir a ter em termos de estado da população;
3. Estudo da rede da causalidade dos problemas, determinando as causas e os fatores de risco que condicionam a sua existência;
4. Determinação das necessidades, identificando a magnitude da diferença entre o estado atual e o desejado.

Em suma nesta etapa definem-se os problemas quer quantitativamente quer qualitativamente. A definição do problema constitui o início da concretização de uma investigação ou elaboração de um projeto. Os instrumentos de diagnóstico para identificação e validação dos problemas mais utilizados na prática clínica são: a entrevista, o questionário, bem como os métodos de análise da situação, nomeadamente a análise SWOT (técnica mais utilizada na investigação social, quer na elaboração de diagnósticos, quer na análise organizacional, baseia-se num início de ordenamento através de um quadro, subdividido em quadrantes sendo constituído pelas: fraquezas, ameaças, forças e oportunidades).

Definição dos Objetivos – vão apontar os resultados que se pretende alcançar, partindo do geral para o específico.



Planeamento – consiste na elaboração de um plano detalhado cobrindo as várias vertentes da gestão: engenharia do software, calendarização das atividades, recursos necessários, riscos e qualidade. Ainda nesta etapa são definidas as atividades a desenvolver pelos diferentes elementos do grupo e são definidos os métodos e técnicas de pesquisa bem como o respetivo cronograma. Em todas estas atividades os enfermeiros têm um papel fulcral no desenvolvimento de competências de pesquisa que poderão proporcionar contributos fundamentais para o avanço da prática de enfermagem.

Execução e avaliação – Na execução coloca-se em prática tudo o que foi planeado, é rutura entre o real mental e o real construído. Após a recolha de dados estes são tratados tendo como finalidade a resolução do problema levantado. Na avaliação pode-se distinguir vários momentos: avaliação intermédia/depuração que constitui um momento de pausa e de reflexão sobre o percurso desenvolvido até ao momento e por fim a avaliação final que deve ser globalizada avaliando o produto final.

Divulgação dos resultados redação do relatório final – estamos na última etapa do projeto, contudo não menos importante das já referidas, na medida que esta fase dá a conhecer à população em geral e a outras entidades a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema. Na área da saúde esta divulgação serve para sensibilizar as pessoas e outros profissionais acerca dos problemas que estavam em causa, servindo como caminhos a seguir. Uma das formas de divulgação de resultados é através do relatório, este irá consistir num trabalho escrito onde se concretiza todo o processo de desenvolvimento do mesmo, como tal não deve ser desvalorizada a sua importância.

## **2. Diagnóstico de Situação**

A metodologia de projeto inicia-se pelo diagnóstico de situação, sendo uma etapa vital, permitindo elaborar um mapa cognitivo sobre a situação/problema.

### **2.1. Contexto do Estudo**

O trabalho de projeto foi desenvolvido numa Unidade Local de Saúde da região norte do país que integra duas unidades hospitalares, doze centros de saúde, uma unidade de saúde pública e duas unidades de convalescença, abrangendo uma área territorial de 2.213 Km<sup>2</sup> com uma população residente de 233.813 habitantes, representando cerca de

6,5% da população da região norte em 2016 (3.577.902 habitantes). Nos últimos censos (2001-2011) a população decresceu 2,2% nesta Unidade, enquanto a população da região se manteve praticamente inalterada. O índice de envelhecimento (207,1 em 2016) tem aumentado de forma mais acentuada sendo que na região norte é representada por 146,1 habitantes. A esperança média de vida à nascença é de 81,7 anos no triénio 2014-2016 tendo aumentado em ambos os sexos. A taxa de natalidade é de 6,8 nados vivos por 100 habitantes tendo aumentado nos últimos anos apesar da tendência global decrescente (Perfis de Saúde, 2017).

Segundo dados dos Perfis de Saúde (2017), as principais causas de morte prematura padronizada pela idade inferior a 75 anos na Unidade Local de Saúde onde decorre o estudo, no triénio 2012-2014 no género masculino são por ordem crescente: doenças isquémicas do coração, doenças cerebrovasculares, tumor maligno laringe, traqueia, brônquios e pulmões. No sexo feminino, surgem como principais causas: tumor maligno laringe, traqueia, brônquios e pulmões, as doenças cerebrovasculares e tumor maligno da mama.

As pessoas com AVC assistidas nesta Instituição, após o internamento hospitalar terão alta para Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) ou para o domicílio, dependendo dos défices apresentados. Serão ainda acompanhados através da consulta externa de Medicina Interna – AVC por um médico da especialidade, local onde se desenvolve este estudo.

Nestes doentes a capacidade funcional está altamente comprometida, esta reporta-se à independência da pessoa para a realização de tarefas de autocuidado que fazem parte do quotidiano e que lhes permitem a independência no domicílio.

No presente estudo a população será constituída pela pessoa após AVC e cuidador seguidos na consulta externa de Medicina Interna – AVC, numa Unidade Local de Saúde da região norte do país.

Consideram-se como critérios de inclusão para seleção da amostra deste estudo, pessoas com AVC com as seguintes características:

- Frequentarem consulta externa de Medicina Interna - AVC, sendo a primeira consulta até 2 meses após a alta;
- Admitidos na UAVC após AVC;
- Ausência de doença aguda;
- Ausência de afasia global.

Tendo em conta a formulação dos critérios para a seleção dos elementos da amostra, recorre-se a uma amostragem não probabilística, mais especificamente uma amostragem

intencional. Segundo Fortin (2009, p. 329) a amostragem não probabilística “(...) não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhido para formar a amostra”, pois como foi referido anteriormente, estabelece-se alguns critérios para a seleção da amostra.

## **2.2. Problemática**

Qualquer estudo no domínio da investigação pressupõe a existência de uma problemática, perspetivando a sua explicação ou melhor compreensão do fenómeno a ela associado. A fase metodológica é a segunda fase do processo de investigação, ao longo da qual “(...) o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação (...)” (Fortin, 2009, p. 53). Esta fase compreende “(...) os processos, as técnicas, as práticas, utilizadas para recolher, processar e analisar os dados”, procedimentos fundamentais para a estruturação, fundamentação e conclusão do estudo (Ribeiro, 2010, p. 51).

A problemática do estudo centra-se na reabilitação da pessoa após AVC perante os autocuidados propostos, desde a informação à sua capacitação, sendo responsável por uma significativa percentagem de incapacidades. Os números são alarmantes, quando analisados sob o prisma da saúde pública, mas o impacto é ainda maior quando o AVC é experimentado no seio de uma família. Insere-se na metodologia de projeto, com a perspetiva de identificar problemas e criar respostas aos mesmos.

## **2.3. Instrumentos de Recolha de Dados**

O instrumento selecionado para a recolha de dados foi a entrevista semiestruturada (Apêndice 1), uma vez que visa colocar um conjunto de questões previamente determinadas com intenção de obter respostas direcionadas para o objetivo do trabalho, mas dando liberdade ao entrevistado. A entrevista é composta por duas partes, sendo que a primeira será referente à caracterização sociodemográfica (género, idade, escolaridade, cuidador informal) e clínica (Diagnóstico Médico; Antecedentes Pessoais e défices no momento da alta), salvaguardando que os dados clínicos foram retirados do processo clínico, a avaliação da força muscular é avaliada com recurso ao instrumento Medical Research Council Muscle Scale representado na Tabela 7.

**Tabela 7:** Medical Research Council Muscle Scale – Avaliação da força muscular

0/5	Sem contração muscular palpável ou visível;
1/5	Contração palpável ou visível, mas sem movimento do membro;
2/5	Movimento sem vencer a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular;
3/5	Movimento que vence a gravidade ao longo da quase totalidade da amplitude articular, mas não vence resistência;
4/5	Movimento contra resistência moderada ao longo da totalidade da amplitude articular, que vence a gravidade;
5/5	Força normal.

Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2016).

A segunda parte engloba questões referentes ao estudo. A escolha dos instrumentos para a recolha de dados deve-se ao facto de serem os mais adequados a um projeto cujo método de investigação se situa no paradigma qualitativo.

Também, recorreremos à análise SWOT sendo acrónimo de Strengths, Weaknesse, Opportunities, Threats, em Português denomina-se por análise FOFA que significa Pontos fortes, Oportunidades, Pontos Fracos e Ameaças, pois esta possibilita a perceção dos pontos fortes e fracos a nível interno e ameaças ou oportunidades a nível externo. Para que houvesse sucesso na realização desta análise foi necessário, fazer uma pesquisa aprofundada dos pontos fortes e fracos em ambiente interno e identificar as oportunidades e ameaças em ambiente externo. A análise SWOT foi efetuada com recurso a documentos e orientações da Ordem dos Enfermeiros, DGS, recorrendo a protocolos, normas do serviço, dados estatísticos e organização da instituição onde decorreu o estudo.

#### **2.4. Procedimento de Recolha e Análise de dados**

O presente projeto de investigação visa promover o cumprimento de padrões éticos na investigação realizada. Após autorização da Comissão de Ética (parecer nº70/2018) e do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde da Região Norte, onde decorreu o estudo, a recolha de dados foi realizada após cumprir os princípios éticos, os

participantes foram informados acerca dos objetivos e do procedimento de investigação, da garantia do anonimato e confidencialidade, sendo que a sua participação era livre podendo desistir a qualquer altura sem qualquer prejuízos, os participantes assinaram o consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2), para participação na investigação, como prevista na declaração de Helsínquia, visando garantir o cumprimento das normas éticas da investigação clínica.

A partir de uma população alvo constituída por 10 pessoas após AVC e seu cuidador seguidos na consulta externa de Medicina Interna - AVC numa Unidade Local de Saúde da região norte do país, a colheita de dados foi efetuada no período compreendido entre o mês de Novembro e o mês de Dezembro de 2018, durante a primeira consulta externa de Medicina Interna – AVC. As entrevistas foram áudio gravadas num gabinete cedido para o efeito, sendo que a mais longa durou cerca de 20 minutos.

Foi realizado um pré-teste com o mesmo guião de entrevista respeitando os critérios de inclusão, a fim de entender a perçetibilidade do mesmo e a pertinência das perguntas, concluindo não haver necessidade de alteração do mesmo.

Após a transcrição das entrevistas áudio-gravadas toda a informação foi analisada com recurso à técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (2011, p.44):

“(...) conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção (varáveis inferidas) destas mensagens”.

Estando organizada em três fases; Pré-análise; Exploração do material; Tratamento dos resultados e a interpretação. A análise de conteúdo invoca a credibilidade para o tratamento de dados, porque se baseia nas respostas diretas da pessoa após AVC e cuidador, finda a etapa de recolha de dados, inicia-se a fase de tratamento e análise e interpretação dos resultados, cada entrevista foi transcrita na sua totalidade, sendo identificadas com um número de registo, à medida que se iam realizando. Da análise de conteúdo das entrevistas surgiram cinco áreas temáticas, sendo classificadas em categorias, onde permitiram tratar de forma metódica os relatos dos participantes (Apêndice 3).

Para uma melhor compreensão e interpretação dos dados, tornou-se importante definir o significado dos termos utilizados (Tabela 8) na identificação das categorias.

**Tabela 8:** Definição dos termos

<b>Categoria</b>	<b>Regra Aplicada</b>
Sim	Exprime afirmação (por oposição a não); exprime consentimento ou concordância, certamente (Dicionário Porto Editora, 2019).
Não	Partícula negativa oposta à afirmativa sim; de modo nenhum; negativamente (Dicionário Porto Editora, 2019).
Não me lembro	Não - Partícula negativa Lembrar – suscitar lembrança, recorda-se (de pessoa ou coisa) (Dicionário Porto Editora, 2019).
Alimentação	Uso dos talheres; fragmentar os alimentos no prato; dirigir a comida do prato (ou similar) à boca (OE, 2011).
Higiene Pessoal	Uso do chuveiro, da banheira e ato de lavar o corpo; higiene oral; arranjo pessoal (barbear-se, pentear-se, colocar maquilhagem...) (OE, 2011).
Controlo da eliminação vesical	Ato inteiramente autocontrolado de mictar ou defecar; ir ao sanitário para a eliminação e higienizar-se após (OE, 2011).
Vestuário	Ir buscar as roupas ao armário, bem como vestir; roupas íntimas, roupas externas, apertar os botões, fechos e cintos, calçar meias e sapatos (OE, 2011).
Locomoção e Transferência	Deslocar-se autonomamente; Sair da cama e sentar-se numa cadeira e vice-versa; transferir-se de uma cadeira para a outra, para a sanita, banheira ou outra superfície (OE, 2011).
Presente	Tempo atual; instante ou linha ideal que separa o passado, que não é, do futuro, que não é ainda; porção do tempo de que podemos ter consciência imediata (...) (Dicionário Porto Editora, 2019).
Ausente	Que não está presente; afastado; distraído; absorto (...) (Dicionário Porto Editora, 2019).

Vergonha	Emoção negativa: sentimentos de perda de autorrespeito causados por um comportamento errado, desonroso ou insensato; os sentimentos de vergonha são dirigidos para o próprio, não para os outros” (CIPE, 2015).
Tristeza	“Emoção negativa: sentimento de desalento e de melancolia associados com falta de energia” (CIPE, 2015).

## 2.5. Apresentação e Discussão dos Resultados

Neste capítulo, fazemos apresentação e análise dos resultados obtidos com base nas entrevistas efetuadas.

### Caraterização dos Participantes

Participaram no estudo 10 pessoas que sofreram um AVC cujas características sociodemográficas e alguns elementos clínicos se encontram expressas na Tabela 9 e 10.

**Tabela 9:** Caraterização sociodemográfica dos participantes

Entrevistados	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
<b>Idade</b>	62	86	85	83	80	86	73	83	82	72
<b>Género</b>	♂	♀	♂	♀	♀	♀	♀	♂	♀	♀
<b>Formação Académica</b>	Curso Superior	1º Ciclo	1º Ciclo	1º Ciclo	1º Ciclo	1º Ciclo	1º Ciclo	Não Sabe Ler	1º Ciclo	1º Ciclo
<b>Cuidador Informal</b>	Esposa	Filha	Filho	Filha	Filha	Filha	Filha	Filha	Filha	Marido

A faixa etária dos participantes foi variável oscilando entre o valor mínimo dos 62 anos e o valor máximo 86 anos. Também, se constatou que dos 10 elementos que constituíam a amostra, 7 (70,00%) são do género feminino e 3 (30,00%) do género masculino.

Segundo um estudo levado a cabo por Sousa-Uva e Dias (2014) observaram que o AVC aumenta com a idade, no entanto segundo os indicadores de 2011-2015 do Programa Nacional para Doenças Cérebro-vasculares (2017) verificou-se em Portugal uma grande redução de mortalidade ocorrida nas Doenças Cerebrovasculares (19,7%) e em particular no Acidente Vascular Cerebral Isquémico abaixo dos 70 anos (redução de 39%), ainda segundo o mesmo autor os homens têm maior taxa de mortalidade com maior números de óbitos tanto no AVC Hemorrágico como no Isquémico face às mulheres nos anos 2013-2015. Sousa-Uva e Dias (2014) calcularam a prevalência em género mais elevada na população com AVC residente em Portugal Continental com telefone fixo e ou móvel, sendo o género masculino.

Relativamente ao nível académico verificamos que na globalidade tinham o 1º ciclo de escolaridade e que na totalidade da amostra (100%) a família intitulava-se como cuidador informal. Após análise de vários estudos pode-se constatar que maioritariamente a família assume o papel de cuidador informal. De acordo com Melo, Rua e Santos (2014), a função de cuidador informal, pode ser assumido por amigos, vizinhos ou outros, mas normalmente é a família que assume esta responsabilidade, pois desempenha, desde os tempos mais remotos, um importante papel na prevenção e ou tratamento da doença ou incapacidade e organização da prestação de cuidados.

Procedemos, ainda, à caracterização clínica dos participantes, cujos dados apresentamos na Tabela 10 que se segue.

**Tabela 10:** Caracterização elementos clínicos dos participantes

	Diagnóstico Médico	Antecedentes Pessoais	Défices Momento da Alta
E1	AVC Isquémico	Excesso de Peso.	Paresia membro superior direito força muscular – 4+/5; Paresia membro inferior Direito força muscular – 4/5; Marcha com apoio, com desequilíbrio para a direita; Afasia motora.



E2	AVC Isquémico; Lesão renal aguda.	HTA; DL; Hipoacusia grave; Estenose aórtica severa; Oforectomia e histerectomia.	Paresia membro superior direito força muscular – 4/5; Paresia membro inferior direito força muscular – 3+/5; Marcha com apoio.
E3	AVC Isquémico; Lesão renal aguda.	HBP; Síndrome de ansiedade.	Submetido a trombólise recuperando défices;
E4	AVC Isquémico cardioembólico (FA de novo); Insuficiência cardíaca descompensada com hipoxemia.	HTA; DM2; Insuficiência cardíaca.	Ligeiro nistagmo; Paresia membro superior direito força muscular – 4/5; Paresia membro inferior direito força muscular – 4/5; Ligeira dismetria na prova dedo-nariz; Protusão da língua com ligeiro desvio para a direita; Marcha com apoio unilateral.
E5	AVC Isquémico (Lacunar direita)	HTA; DM tipo 2; DL; Estenose aórtica severa; Consumo de álcool moderado; AVC Isquémico (Lacunar, 2014) – Hemiparesia à direita sequelar 4/5	Disartria ligeira; Protusão da língua na linha média; Ligeiro apagamento sulco nasolabial esquerda; Paresia membro superior esquerdo força muscular – 3/5; Paresia membro inferior esquerdo força muscular – 3/5;

		(deambulava com bengala).	Hemipostesia à esquerda; Marcha com apoio bilateral.
E6	AVC Isquémico com trombose basilar (submetido a trombólise e trombectomia).	HTA; DL; Obesidade; Fratura transversal de olecrâneo direito (2016).	Disartria ligeira; Protusão da língua na linha média; Paresia facial ligeira à direita.
E7	AVC Isquémico Direita – oclusão da carótida à direita.	HTA; DL.	Desorientada no tempo e no espaço; Hemianopsia homónima esquerda; Neglect; Anosognosia; Plegia 0/5 membro superior esquerdo; Paréria membro inferior esquerdo força muscular 1/5; Hipostesia à esquerda.
E8	AVC Isquémico Cardioembólico com transformação Hemorrágica FA novo	HTA; DM2; DL; Adenocarcinoma prostático; AVC Isquémico prévio (2006) resultando afasia motora, hipostesias, paresia com força muscular de 3/5 à direita;	Afasia mista de predomínio motor, Cegueira cortical; Disfagia grave necessidade de SNG; Paresia membro superior esquerdo força muscular – 3/5; Paresia membro inferior esquerdo força muscular – 3/5; Sentado no cadeirão.

E9	AVC Isquémico cerebeloso esquerdo com transformação hemorrágica; Queda com TCE com traço de fratura paramediano occipital à esquerda; Cistite.	Síndrome depressivo; Doença de Parkinson; Cardiopatia isquémica (bypass cardíaco, 2013); Histerectomia e anexectomia.	Períodos de confusão; Força muscular diminuída globalmente 4/5; Marcha hesitante com apoio unilateral.
E10	AVC Isquémico (submetido a trombólise e tromnectomia).	DM tipo 2; HTA; DL; Obesidade; Estenose aórtica severa; Úlcera varicosa; Psoríase; Carcinoma mama à esquerda (2007).	Disartria; Disfagia para líquidos; Plegia à esquerda com negligência parcial; Hipostesia hemicorpo esquerdo.

Com base na Tabela 10, constatou-se que 10 (100%) elementos sofreram de AVC Isquémico, indo de encontro aos dados do Programa Nacional para as doenças cerebrovasculares (Portugal, 2017), atendendo a que em 2016 foram internados em Portugal 4,785 pessoas com diagnóstico de AVC Hemorrágico e 18,659 de AVC Isquémicos.

Os fatores de risco observados vão de encontro à bibliografia já apresentada sendo referida também num artigo de revisão de Correia [et al.] (2018), salientam a Hipertensão arterial; a Dislipedemia; o Tabagismo; a Obesidade; a Diabetes mellitus como fatores de risco para o AVC.

A HTA é um dos mais importantes fatores de risco tanto para o AVC Isquémico como para o Hemorrágico, verifica-se no nosso estudo que 7 (70 %) dos participantes têm em comum hipertensão, existe uma íntima relação entre a HTA e o risco de AVC. A dislipedemia também está presente em 6 (60%) dos estudados, níveis séricos aumentados de colesterol

total e eventos arterotrópicos são um fator de risco para AVC isquêmico. Seguindo-se a diabetes mellitus representada por 4 (40%) pessoas. Foi possível analisar que 3 (30%) partilham em comum a obesidade. Por fim, temos como possíveis etiologias do AVC a aterosclerose de grandes vasos e a FA diagnosticada na admissão sendo representada no nosso estudo em 3 (30%) e 2 (20%) pessoas (Correia [et al.], 2018; SPAVC, 2011).

Os Enfermeiros enquanto agentes promotores de estilos de vida saudáveis, detêm um enorme potencial para a intervenção no controlo dos fatores de risco, assim como na monitorização da adesão à terapêutica, contudo a prática tem demonstrado que uma intervenção insuficiente vai aumentar os comportamentos de riscos. Reveles, Simões e Ferreira (2018) realizaram um estudo com o objetivo de analisar a influência de um programa de ensino estruturado sobre índice de massa corporal, perímetro abdominal, tensão arterial, glicemia capilar, colesterol total e literacia sobre a situação clínica, chegando à conclusão que o acompanhamento dos doentes por meio de consultas de enfermagem uma vez por mês, durante 6 meses, mostrou melhoria da literacia, índice de massa corporal e perímetro abdominal proporcionando resultados positivos no controlo de fatores de risco cardiovasculares, concluíram ainda que para os outros fatores de risco é necessário alargar o acompanhamento.

Na nossa amostra 9 dos participantes (90%) apresentavam alguma limitação no momento da alta, após terem sofrido o AVC, sendo a perda da força muscular num hemicorpo a mais recorrente, indo de encontro a bibliografia apresentada no enquadramento teórico.

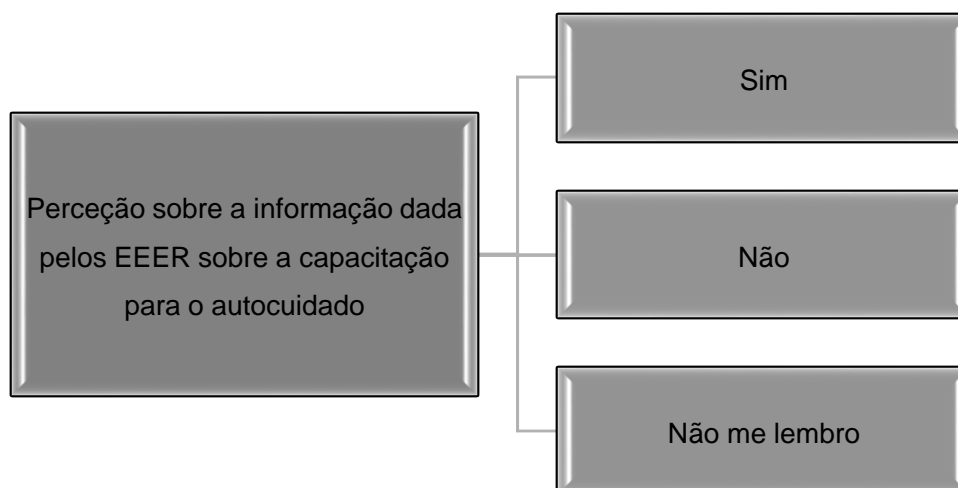
Após análise de conteúdo das entrevistas, constatamos a existência das seguintes áreas temáticas:

- Perceção sobre a informação dada pelos EEER sobre a capacitação para o autocuidado.
- Dificuldades na realização dos autocuidados após a alta.
- Estratégias ou recursos que utilizou para a realização dos autocuidados.
- Limitações ou complicações que interferiram na independência para o autocuidado.
- Sentimentos face à doença.

## Percepção sobre a informação dada pelos EEER sobre a capacitação para o autocuidado

Relativamente à percepção sobre a informação dada pelos EEER sobre a capacidade para o autocuidado, emergiram três categorias: **sim**, **não** e **não me lembro** como se pode observar na figura 1.

**Figura 1** - Percepção sobre a informação dada pelos EEER sobre a capacitação para o autocuidado.



Vivemos numa cultura medicocêntrica, suscetível de má utilização dos recursos da comunidade, falhando na formação para o autocuidado, surgindo readmissões hospitalares subsequentes. Face ao tempo diminuído de internamento hospitalar, verifica-se um aumento da responsabilidade da família, uma vez que a pessoa terá alta com um grau de dependência idêntico ou até superior (Menoita, 2012). Um dos participantes refere não ter havido preparação para a alta:

*"(...) sinceramente acho que foi um despacho (...) ainda voltei atrás para fazer as perguntas (...) há coisas que não me deram (...) a informação como deviam". E5.*

Perante análise das entrevistas podemos constatar que metade dos participantes não se lembram da informação dada, no que diz respeito aos autocuidados:

*“Não me lembro, não me lembro, não me lembro de nada”. (...) “Se não me lembro da informação (...)” “Não me lembra é que alguém deu essa informação, essa parte é que não me lembro”. E1;*

*“Não me lembro”. E3;*

*“Não me lembro de nada”. E5;*

*“Não explicaram nada (...) não me lembro, depois do AVC não sei de mais nada”. E7 [confusa no internamento];*

*“(...) não me lembro (...)” E9.*

Segundo a Sociedade Portuguesa do AVC (2016), dependendo do local do cérebro que foi afetado pode-se encontrar sequelas que dificultaram a captação de informação e aprendizagem tais como: cognitivas: lentificação de processos mentais, afasia, problemas de memória, dificuldade na concentração no planeamento e execução de tarefas; Comportamentais: apatia, desinteresse por novas atividades, depressão, ansiedade, entre outras.

O enfermeiro deve estar consciente e desperto para as diferentes fases do processo de adaptação a uma incapacidade: choque ou descrença, negação, consciencialização e restabelecimento ou reconstrução (Gameiro in Menoita, 2012).

No processo de transição a consciencialização é considerada uma propriedade chave em todo o processo, pois está relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência de transição, permitindo à pessoa encontrar uma coerência para o que está a acontecer e reorganizar-se num novo modo de viver, de responder e de estar no mundo.

Após análise o EEER tem um papel imprescindível na transmissão de informação, aquisição de conhecimento e na capacitação para o autocuidado (Menoita, 2012). Tendo em consideração às sequelas provocadas pelo AVC, desafiando dificuldades na aprendizagem, segundo a mesma autora tem de haver uma participação ativa da família, como parceira e também alvo de cuidados, favorecendo cooperação e responsabilidade partilhada no processo de capacitação da pessoa e da própria família. As alterações provocadas pelo AVC originam muitas vezes uma modificação e alteração do papel que o utente e família desempenham, levando a que todos se tentem adaptar a uma nova realidade gerindo de modo pessoal toda a situação. Conseguimos constatar que os cuidadores informais dos 10 participantes se tratavam de familiares próximos. Neste sentido, podemos observar perante as respostas do cuidador/família, que alguns foram incluídos e informados quanto aos cuidados a ter com a pessoa após AVC nos

autocuidados:

*“(...) davam água com espessante (...)” E4;*

*“Ir ao sanitário ele não vai, ele usa fralda, ele faz tudo na fralda, explicaram-nos como é que se tem que fazer (...) na parte do comer foi da sonda (...) explicaram-nos tudo como é que se deveria dar a comida na sonda, caso ao puxarmos o ar saísse comida como é que tínhamos que fazer (...) Isso foi-nos dado as explicações a 100% (...) ele fica sem calças, só as veste mesmo caso venha ao médico. Em relação à camisola tem de estar sempre bem esticada que é para não ficar com chagas nas costas (...) primeiro o esquerdo e depois o direito, que do direito ele tá morto, ele ajuda-nos primeiro com o esquerdo, por ele próprio mete logo esquerdo e depois introduz o direito (...) [Já pensaram fazer ao contrário] (...) Já experimentámos, mas ele, custa-lhe mais (...) elas disseram-nos que o que desse mais jeito (...) se introduzimos primeiro o direito ele grita a dizer chega (...) damos o banho todo na cama, depois retiramos os lençóis, conforme retiramos metemos o lavado (...) Sim, foi importante claro, nós não sabíamos tivemos que aprender como se fazia (...) Através das informações que nos foram dando, fomos adaptando um pouco, fomos vendo também a maneira como nos é melhor (...)” E8;*

*“ (...) cá no hospital, ela pediu às enfermeiras se a deixavam assistir à maneira como lidavam comigo e aprendeu (...) Vestir primeiro este braço, o preguiçoso, depois meto a cabeça e depois meto o outro (...) Foi, fui a casa a primeira vez pelo natal, mas quando eu a via tão pequenina há minha beira para me tirar e pôr na cama (...) tirou-me da cama punha na cadeira não tem problema nenhum”. E10.*

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2014, p. 2) os EEER: “(...) são os responsáveis pela produção e gestão da informação que influenciam direta e indiretamente a qualidade e os resultados dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação prestados”.

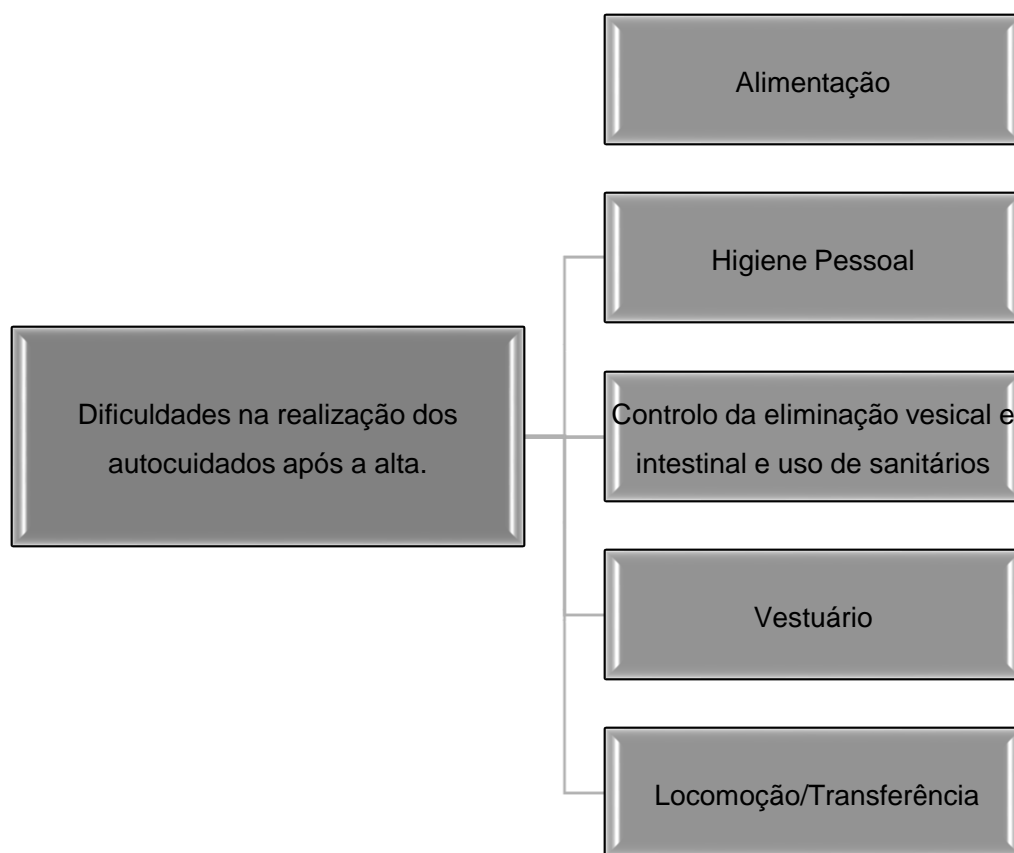
Em síntese podemos concluir que a informação fornecida foi na sua maioria insuficiente para a capacitação dos autocuidados, conseguimos perceber através da literatura e das respostas dos participantes que podem existir inúmeras causas para não se lembrarem da mesma, aumentando a importância da envolvimento e participação do cuidador informal neste processo.

A instalação de um quadro de AVC é inesperada e não permite uma preparação psicológica, no momento de admissão da pessoa, deve-se iniciar de imediato a pré-alta, o EEER deve considerar a necessidade de informação no planeamento nos cuidados de saúde quer à pessoa quer ao cuidador.

## Dificuldades na realização dos autocuidados após a alta

Das entrevistas realizadas emergiram as seguintes dificuldades na realização dos autocuidados após alta: **Alimentação; Higiene Pessoal; Controlo da eliminação vesical e intestinal e uso de sanitário; Vestuário e Locomoção/Transferência** (Figura 2).

**Figura 2** - Dificuldades na realização dos autocuidados após a alta.



Após análise podemos constatar que 90% dos participantes tiveram dificuldades numa ou mais categorias.

A perda da força muscular é responsável por alterações funcionais importantes, na realização das atividades de vida diária, podendo comprometer a sua independência (Afonso, 2012). Nas categorias **Higiene pessoal e Vestuário**, os participantes sentiram dificuldades conforme se pode observar na seguinte unidade de registo:



*“(...) no banho também tinha dificuldades no equilíbrio em pé (...) Uma delas foi realmente o desequilíbrio no banho (...) Os sapatos que usava a princípio tinha um bocado de dificuldade com os cordões, agora já vou conseguindo (...) Abotoar botões era mais complicado, mas com paciência (...) Sim, no abotoar nas camisas, nas calças embora menos porque tem o fecho e só um botão”. E1.*

Assume-se assim, como foco, a pessoa que após um evento gerador de dependência no autocuidado, vive uma transição e inicia, simultaneamente, um processo de adaptação que se verifica também na reconstrução da sua independência.

A diminuição da força muscular é uma das consequências nos indivíduos que sofreram AVC com sequelas motoras. A força muscular é definida como a capacidade do músculo produzir tensão suficiente para provocar movimento ou manter a postura, sendo o resultado de propriedades músculo-esqueléticas ou de ativação neural (Afonso, 2012).

Relativamente à categoria **Alimentação** os participantes relatam que foram surgindo dificuldades, uma vez, que a diminuição da força muscular provoca alterações na face, mandíbula e língua causando dificuldades na mastigação e deglutição, podendo provocar disfagia, sendo que a sua incidência é de 42% a 67% nos três dias após o AVC, podendo variar de grave a muito grave e por norma a recuperação ocorre nas primeiras dez semanas, podendo ocasionar fome, apresentando-se como sinais ou indícios comuns de tosse, pigarro, regurgitação nasal, emagrecimento, resíduos na cavidade oral e fala nasalizada. A sua presença está associada a um aumento do risco de complicações pulmonares por aspiração de saliva e/ou alimento, desnutrição, desidratação, hospitalização prolongada e morte (Itaqui [et al.], 2011; Donovan [et al.] in Marques-Vieira, Sousa e Braga, 2016). Os participantes relatam que:

*“(...) uma vez ou outra a mão marota deitava para fora, mas conseguia (...) o deitar água no copo também tinha dificuldade deitava a água por fora, tremia e ainda treme tenho menos força (...) trincava a língua, a bochecha, tinha menos sensibilidade à direita, agora não trinco, mas ainda tenho isto adormecido”. E1;*

*“No princípio deixava cair metade, não conseguia pegar no copo sozinha porque virava tudo”. E5;*

*“Custava-me a mastigar e ainda me custa a mastigar (...)” E6;*

*“(...) comer devagarinho, eu engasgava-me muito(...)” E10.*

Num estudo realizado por Santos [et al.] in Itaqui [et al.] (2011), a disfagia manifestou-se especialmente durante os primeiros dias após a ocorrência do AVC, estando presente em cerca de 51% dos casos nos primeiros dois dias, reduzindo a sua incidência para 27% nos

sete dias seguintes. Após seis meses, a maioria das dificuldades de deglutição foi sanada, porém cerca de 8% dos pacientes ainda mantiveram o quadro de disfagia orofaríngea com risco de broncoaspiração.

Relativamente às dificuldades sentidas no **controle da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários**, esta categoria foi apontada por dois participantes:

*“À casa de banho ainda não vai sozinha, (...) às vezes faz já pelas pernas abaixo (...) às vezes não nota que faz as fezes e suja-se toda (...) depois há dias em que consegue fazer, só que fica com a fralda em baixo (...)” E5;*

*“No primeiro dia que chegou a casa ela não conseguiu chegar à casa de banho, fez logo no chão (...) quando ia à casa de banho tinha que a ajudar a sentar-se e a levantar-se”. E9.*

O padrão habitual de eliminação pode também ser alterado após AVC, devido a alterações da musculatura do soalho pélvico e/ou da musculatura esfíncteriana anal, condições clínicas e infecciosas. O sistema nervoso central controla o mecanismo de eliminação, qualquer lesão que ocorra no cérebro pode alterar o funcionamento das mesmas. Fatores associados à lesão cerebral podem alterar os movimentos peristálticos e a eliminação de fezes por imobilidade, espasticidade, diminuição da força muscular, perda de independência para usar o wc e a utilização de alguns fármacos que podem contribuir para a disfunção intestinal (obstipação ou incontinência). A disfunção intestinal é uma condição comum e angustiante após o AVC (Dourado; Engler e Oliveira, 2012).

Segundo a SPAVC, a incontinência urinária após AVC é comum, devido à combinação dos défices motores e sensoriais. Leandro [et al.] (2015) mencionam um estudo realizado numa cidade Chinesa em que das 711 pessoas após AVC, 79% sofriam de incontinência urinária. Sendo a incontinência urinária um tema relativamente pouco investigado pelos profissionais de saúde este mesmo autor levou a cabo um estudo de investigação, com 156 participantes, concluindo que as prevalências dos diagnósticos de enfermagem de Incontinência urinária de esforço, Incontinência urinária de urgência, Incontinência urinária funcional, Incontinência urinária por transbordamento e Incontinência urinária reflexa variaram entre 37,8% e 72,4% na pessoa após AVC. Salvaguardado alguns aspetos no que respeita à incontinência funcional uma vez que é designada como perda de urina nos casos em que há impossibilidade ou dificuldade em chegar ao banheiro devido a alterações físicas, cognitivas ou barreiras ambientais.

Ainda no que respeita ao autocuidado, são frequentes alterações no padrão da **locomoção/transferência**, em indivíduos com algum tipo de sequela motora, alguns entrevistados mencionaram:

*“(...) mas tinha dificuldades em subir e descer escadas, (...)” E1;*

*“(...) custa-me a andar (...) e ligeirinha mas perturba no dia-a-dia.” E4;*

*“Subir escada há muito pouco tempo, ela tem muito medo de cair” E9.*

Segundo o estudo realizado por Costa e Castro (2014, p. 982) os participantes descrevem “(...) dificuldades na realização do autocuidado, principalmente pela falta de tempo e apoio de outras pessoas nos cuidados”.

A dependência altera a vida quer da pessoa quer da família, que se terá de reorganizar ao ponto de abandonar vários papéis para cuidar do doente (Costa e Castro, 2014). A reabilitação tem como objetivo desenvolver um grau de independência funcional, que permita retomar o máximo das atividades de autocuidado que o indivíduo desenvolvia anteriormente à doença.

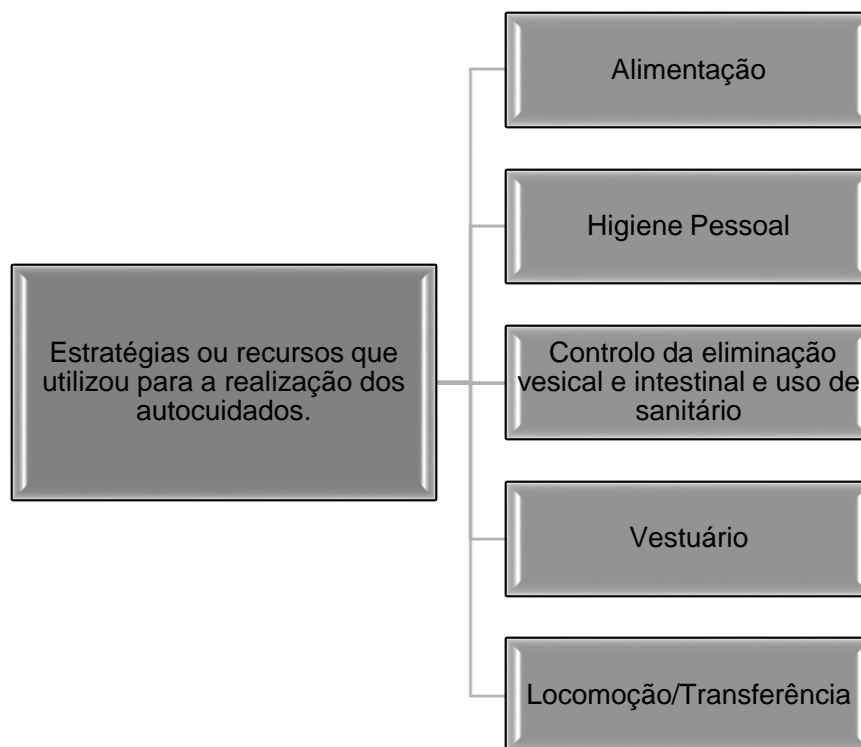
Existe uma revolução no caminho da reabilitação do doente após AVC, que defende o regresso dos doentes ao seu ambiente, o mais rapidamente possível de acordo com o que cada situação permite. Quando o indivíduo reconhece as suas potencialidades, torna-se mais ativo e participativo, refletindo positivamente na autoimagem e autoestima (Lessmann [et al.], 2011).

Todos os participantes do estudo, enfatizaram uma ou mais dificuldades na realização dos autocuidados: Alimentação; Higiene Pessoal; Controlo da eliminação vesical e intestinal e uso de sanitário; Vestuário e Locomoção/Transferência. As dificuldades apresentadas estão diretamente relacionadas com limitações funcionais.

### **Estratégias ou recursos que utilizou para a realização dos autocuidados**

A par das dificuldades sentidas na realização dos autocuidados após alta, apuramos a existência de diversas estratégias ou recursos para a realização dos mesmos de forma mais independente, nomeadamente na **Alimentação; Higiene Pessoal; Controlo da eliminação vesical e intestinal e uso de sanitário; Vestuário e Locomoção/transferência** (Figura 3).

**Figura 3** - Estratégias ou recursos que utilizou para a realização dos autocuidados.



Perante análise das estratégias utilizadas pelos participantes conseguimos perceber que uma grande parte da amostra ficou com alguma limitação sendo obrigados a utilizar estratégias perante os autocuidados, evidenciando-se a necessidade de terceiros (profissionais de saúde ou familiar) a fim de conseguir concretizar os mesmos:

*“(...) o prato já vem preparado para eu comer com a mão direita E7; “(...) é a filha que ajuda a dar banho (...) não tenho barra (...)” E3;*

*“Comia pela minha mão (...) custava a pegar (...) viam que eu não comia, vinham-me meter na boca, até a terapeuta da fala (...) a comida era toda passada, a sopa, a carne, (...) é que se engasgou e então começou a fazer o espessante (...) levou-me à casa de banho e até me custa (...) é um menino tão novinho, limpou-me o rabinho (...) vai uma ou duas enfermeiras” E4;*

*“No princípio deixava cair metade, não conseguia pegar no copo sozinha porque virava tudo” E5;*

*“(...) vem a enfermeira todos os dias, dar-me banho (...) numa cadeira (...) furada e lavam-me as costas e depois limpam-me e vestem-me (...) são as enfermeiras ainda (...) primeiro é a mão que não faz nada e para tirar é ao contrário as calças é a mesma coisa” E7;*

*“Hoje fui ao chuveiro e disse à enfermeira (...) ela tira-me da cama para a cadeira sanitária e eu fui ao chuveiro (...) só tenho que me apoiar um bocado do lado esquerdo (...) pus-me a pé elas lá tiraram a cadeira, acabaram de me dar banho e pronto” E10.*

Lessmann [et al.] (2011), no seu estudo refere que no momento em que os indivíduos se encontravam aptos para caminhar foi recomendado o uso de andarilho e posteriormente da bengala de quatro pontos, para o treino de marcha de forma a realizarem um exercício cerebral, salientando que o treino de marcha se torna completo quando há capacidade de subir e descer as escadas. Perante o nosso estudo podemos confirmar a utilização de algumas estratégias como refere o autor, tais como:

*“Usava a minha esposa, o móvel ou a parede como tripé, dava-me a confiança (...)” E1;*

*“Eu andava numa cadeira de rodas, mas o senhor doutor tirou-me (...) ajuda-me sempre, uma de cada lado” E4;*

*“(...) comprei-lhe um andarilho, mas ela até nem conseguia andar com andarilho, só mesmo agarrada, ela própria não conseguia andar com andarilho sozinha” E5;*

*“(...) começo já a andar um bocadinho, (...) tenho o andarilho (...)” E7;*

*“(...) ela tem que se aperceber que só pode andar com uma coisa na mão, mas pega em duas e quer andar com duas ao mesmo tempo(...)” E9.*

Faria in Marques-Vieira, Sousa e Braga (2016) evidenciam a importância primordial que o EEER tem para a nova condição da pessoa com AVC, sendo facilitador no processo de transição do mesmo e da sua família, permitindo a adaptação à situação de doença e dependência, embora as alterações físicas e cognitivas, possam assumir uma variedade de formas, é no âmbito familiar que cada vez mais elas serão resolvidas; por isso os profissionais precisam de se instrumentalizar para adquirir uma visão crítica para oferecer uma assistência de qualidade.

O papel de prestador de cuidados transmite valores e afetos indo muito além dos cuidados instrumentais, assegurando a continuidade, ensina a autonomia e prevê necessidades que os outros membros da família não sentem (Martins [et al.] in Martins; Martins e Martins, 2016).

Em suma, conseguimos concluir que muitas das estratégias mobilizadas passam pelo auxílio da família, tanto a família como a pessoa redescobrem novas prioridades nas suas vidas, redefinindo o que funciona melhor em contexto domiciliário. As estratégias utilizadas pela pessoa pós AVC e cuidador demonstram-se insuficiente pós alta hospitalar, os recursos são insuficientes no que diz respeito ao apoio fornecido pelos profissionais de saúde nomeadamente enfermeiros de reabilitação. Trazer a família para o hospital e

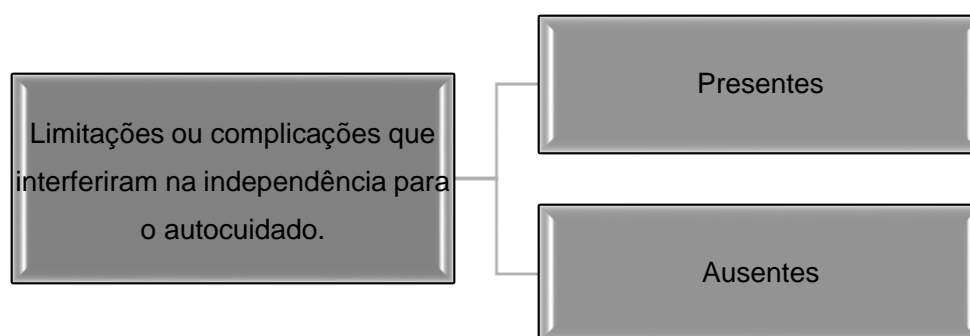
integrá-la nos cuidados, constitui uma alteração de paradigma, desencadeando mudanças na organização de cuidados.

### **Limitações ou complicações que interferiram na independência para o autocuidado**

Perante análise das entrevistas, surgiram um conjunto de limitações ou complicações que interferiram na independência para o autocuidado, dividindo-se em duas categorias:

**presentes e ausentes** (Figura 4).

**Figura 4** - Limitações ou complicações que interferiram na independência para o autocuidado.



Como já foi referido ao longo deste projeto, trata-se de uma doença bastante incapacitante, por trazer impacto em praticamente todas as funções humanas.

*“A única independência que tenho é comer sozinha pela minha mão, de resto sozinha não consigo fazer nada” E10.*

A pessoa após AVC transita da autonomia para a dependência é do tipo saúde-doença, ocorrendo mudanças repentinas, existindo condições facilitadoras e inibidoras. Costa e Castro (2014) descrevem a teoria do autocuidado de Orem, salientando os fatores básicos condicionantes que afetam a capacidade de uma pessoa para se engajar no autocuidado, tais como: a orientação sociocultural, o sexo, os fatores do sistema familiar, os fatores ambientais e disponibilidade de recursos.

Ficou evidente neste estudo que, a pessoa após AVC sofre alterações estruturais que o restringem nos autocuidados e na participação social, tornando o indivíduo fisicamente

dependente, o que está de acordo com os relatos apresentados pelos participantes, sendo que no momento da alta 9 em 10 pessoas após AVC apresentavam limitações ou complicações **presentes** na independência dos autocuidados, como se pode verificar:

*“No início estava um pouco confuso, (...) perguntava a mesma coisa 7/8vezese não me lembrava de nada, (...) até que aos pouquinhos aos pouquinhos, mas em tudo foi melhorando em relação à família, aquilo que ia fazer, em relação a que dia era, ao que íamos comer”E1;*

*“(...) não andava, estava aleijada do braço e da perna.”E7;*

*“(...) doente totalmente dependente, ele não faz nada sozinho (...)” E8;*

*“(...) com o direito só com a ajuda do esquerdo. Ele tenta levantar mas não faz nada sozinho (...) a perna (...) levanta-a muito devagarinho (...) mas quase nada.” E8;*

*“(...) tenho deficiência nesta mão, se é carne partem aos bocadinhos (...) a esquerda às vezes penso que vai pegar em alguma coisa e deixa cair tudo (...) Não vou, faço tudo na fralda (...) o intestino é enganador, eu digo que fiz (...) não tem nada.” E10.*

Oliveira e Silveira (2011) concluíram no estudo que realizaram aos utentes após AVC, que estes sofriam de condição crónica, trazendo experiências de perdas tais como: perdas nas relações sociais, financeiras e na capacidade física. Ainda neste estudo concluíram que a locomoção é uma das funções mais comprometidas, e a impossibilidade de andar e de subir escadas impede o acesso aos ambientes, o que acaba levando ao isolamento social.

Dos resultados encontrados dois dos entrevistados referem **ausência** de limitações ou complicações no momento da consulta:

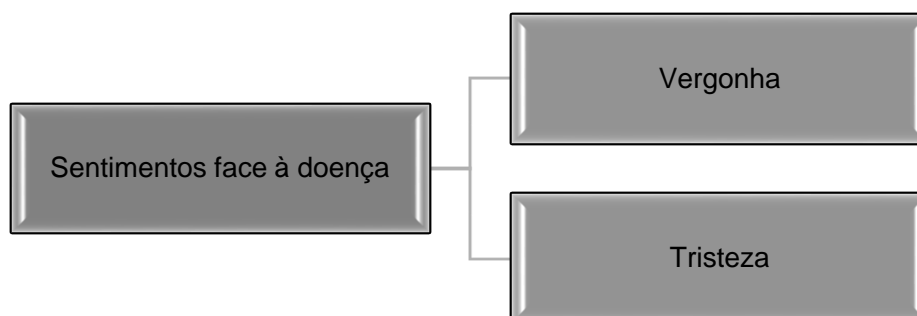
*(...) ela faz tudo completamente sozinha.” E2;*

*“Não, vestia-me, lavava-me, tudo direitinho” E4.*

### **Sentimentos face à doença**

Relativamente aos sentimentos face à doença estes dividiram-se em duas subcategorias: **vergonha e tristeza** (Figura 5).

**Figura 5** - Sentimentos face à doença



Dos resultados obtidos através das entrevistas emergem dois sentimentos face à doença: **tristeza e vergonha**.

Já foram mencionadas as várias consequências que podem surgir após ter sofrido um AVC, estas podem assumir diferentes características físicas, cognitivas e emocionais. Embora as alterações físicas sejam mais visíveis, as alterações emocionais são de extrema importância uma vez que trazem mudanças no comportamento e pensamento, como podemos observar no nosso estudo:

*“O que me custa mais é quando um miúdo (...) me limpa o rabinho (...) limpa à frente ou para me dar banho (...) custa-me muito verem assim a gente, tenho vergonha (...) de um momento para o outro precisar de alguém, não é? Sou franca, fico triste, triste, fico assim oh meu deus” E4;*

*“Não consigo tratar de mim sem ter que pedir tudo, é uma tristeza, coitadinha da minha filha... Quando vou a casa é ela a minha enfermeira” E10.*

No estudo realizado por Oliveira e Silveira (2011), encontraram um ponto comum entre os participantes, pelo facto de não conseguirem retornar à ocupação prévia ao AVC, favorecendo doenças psicológicas, entre os seus possíveis mecanismos fisiopatogênicos evidencia-se o fenómeno do impacto psicológico que o AVC causa no doente devido as incapacidades e limitações que pioram muito as relações familiares e/ou sociais, atividades da vida diária e que, ainda, são responsáveis por um grande número de dias de absentismo no trabalho.

Através da bibliografia podemos concluir que estes sentimentos podem desencadear um diagnóstico de depressão, a DGS (Portugal, 2016. p.1) refere que existem: “(...) acontecimentos de vida que, numas mais facilmente, precipitam doença mental, particularmente a nível de perturbação da ansiedade ou do humor (depressão, isto é, tristeza patológica pela intensidade e/ou duração).” Fernandes (2016), após análise dos



resultados do estudo efetuado a grupos de pessoas no período crónico, concluíram pela evidência de valores menores de depressão e ansiedade nos participantes, ou seja, a incidência destas situações parece ser mais elevada quando se analisa o período superior a dois anos. Foram encontradas evidências de uma menor ansiedade e depressão nos participantes no período de curta duração (0 a 3 meses), sendo maiores os valores nos participantes no período de média duração (4 a 12 meses), assumindo valores mais elevados no género feminino.

O EEER deve proporcionar um ambiente calmo, evitando fatores de stress, deve encorajar a pessoa a expressar os seus sentimentos e frustrações relacionadas com a doença, na premissa de que é possível auxiliar o indivíduo a ultrapassar as limitações causadas pela sua doença de forma a atingir um nível elevado de independência e uma melhor qualidade de vida. Porém em casos concretos a equipa multidisciplinar deve estar envolvida, sendo que ansiedade e a depressão podem requerer o auxílio de medicação ou psicoterapia (Varanda e Rodrigues, 2016).

## **2.6. Análise SWOT para Consulta de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa após AVC e Cuidador**

Recorremos à análise SWOT como forma de contribuir e aferir da viabilidade para a implementação da Consulta de Enfermagem de Reabilitação à pessoa após AVC e cuidador.

Nunes [et al.] (2010, p.14) refere que o método de análise SWOT:

“é técnica mais utilizada na investigação social, quer na elaboração de diagnósticos, quer na análise organizacional, baseia-se num início de ordenamento através de um quadro, subdividido em quadrantes sendo constituído pelas: fraquezas, ameaças, forças e oportunidades”.

A análise SWOT a seguir apresentada é desenvolvida tendo por base, fundamentalmente, a situação atual da pessoa após AVC perante os autocuidados no domicílio e a necessidade de valorizar os resultados das atividades de investigação desenvolvidas.

**Tabela 11:** Análise SWOT para Consulta de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa após AVC e Cuidador

<b>Pontos Fortes</b>	<b>Pontos Fracos</b>
<p>Criação da consulta da Enfermagem de Reabilitação à pessoa após AVC e cuidador.</p> <p>Motivação do gestor do projeto.</p> <p>Níveis de satisfação da pessoa após AVC e cuidadores.</p> <p>Proposta de programa de Reabilitação.</p> <p>Articulação com equipa multidisciplinar.</p> <p>Modificação da prática baseada na evidência.</p>	<p>Falta de recursos humanos.</p> <p>Área geográfica de intervenção muito alargada.</p> <p>Dificuldade na gestão do planeamento da alta.</p>
<b>Oportunidades</b>	<b>Ameaças</b>
<p>Elevar os Padrões de qualidade dos cuidados Enfermeiros de Reabilitação.</p> <p>Reduzir o número de internamentos hospitalar e recorrentes.</p> <p>Novas áreas de investigação com forte potencial de crescimento.</p>	<p>Não deferência do projeto pelo conselho de administração.</p> <p>Descontinuidade de cuidados na comunidade.</p> <p>Escassez de parcerias na comunidade.</p>

A análise SWOT é um instrumento valioso, de grande utilidade para a viabilidade de um projeto, facilitando a sua análise, criação de alternativas de combate aos pontos fracos (fraquezas) e ameaças. Os pontos fortes (forças) dizem respeito às principais vertentes internas permitindo estabelecer estratégias e definir prioridades, das quais se pode tirar partido na maximização na melhoria dos cuidados. Nesta vertente também estão incluídos os pontos fracos (fraquezas) sendo pontos negativos que podem interferir na implementação do projeto. A vertente externa é representada pelas oportunidades, não existe controlo quanto a fatores externos como os aspetos económicos, sociais, técnicos, demográficos, culturais e legais, contudo podem potenciar uma vantagem competitiva. As ameaças apresentadas podem diminuir o potencial da implementação do projeto. Perante a nossa análise SWOT, podemos constatar que as forças e as oportunidades estão

representadas em maioria, sendo aspetos bastante positivos para o sucesso da implementação do projeto em causa.

### **3. Objetivos**

Concluída a fase da elaboração do diagnóstico de situação é necessário a definição dos objetivos onde vão apontar os resultados que se pretende alcançar, partindo do geral para o específico (Nunes [et al.], 2010). No sentido de responder, de uma forma empírica, ao problema de investigação enunciado anteriormente, designou-se como objetivo geral deste projeto o seguinte:

- Conhecer o nível de independência da pessoa após o AVC para o autocuidado.

Com base neste objetivo, definiram-se também Objetivos Específicos que se propõe atingir:

- Avaliar a capacidade da pessoa após AVC para o autocuidado.
- Ensinar e treinar a pessoa após AVC sobre o autocuidado.
- Informar o cuidador da pessoa após AVC sobre o autocuidado.
- Ensinar e treinar o cuidador da pessoa após AVC sobre estratégias para o autocuidado.

Para a concretização destes objetivos propomos a implementação da Consulta de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa após AVC e Cuidador.

### **4. Planeamento da Ação - Consulta de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa após AVC e Cuidador**

Nesta etapa vão ser definidas as atividades que se pretendem desenvolver na Consulta de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa após AVC e Cuidador.

#### **Fundamentação/Justificação:**

A doença cardiovascular é a principal causa de mortalidade em Portugal, sendo que a prevalência do AVC é cada vez maior, tendo em consideração a taxa de sobrevivência com alterações na capacidade funcional, torna-se importante a adoção de formas alternativas de tratamento, com intuito de reduzir as disfunções do doente e família e os custos sociais. A perspetiva de cuidar da pessoa dependente causa medo e ansiedade na família, o que

pode levar a fugas instintivas sendo necessário acentuar as intervenções psicoeducativas à pessoa e ao cuidador. Segundo o estudo efetuado por Costa, Silva e Rocha (2011) os programas de reabilitação após AVC, negligenciam as questões cognitivas da pessoa, dificultando todo o sucesso do tratamento, pois o alcance dos objetivos da reabilitação depende da sua motivação, do suporte social-familiar e principalmente do estado cognitivo.

O EEER leva a cabo um conjunto de ações que compreende a identificação das necessidades, análise de dados, diagnósticos, prescrição de intervenções e avaliação das mesmas, perante esta reflexão escolheu-se como atividade a consulta de enfermagem, por ser a estratégia para deteção precoce das dificuldades instituindo estratégias e continuidade de cuidados. A partir destas considerações podemos minimizar complicações e melhorar a qualidade de vida dando a possibilidade de aproximação, estabelecendo uma relação interpessoal.

Mediante a Ordem dos enfermeiros, Parecer MCEER Nº 11/2014 (2014, p.2) de acordo com a Portaria nº 306 – A/2011, de 20 de dezembro a: “Consulta de Enfermagem é uma intervenção visando a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado”.

Nos cuidados de saúde primários as consultas de enfermagem fazem parte das rotinas nos cuidados de saúde, contudo afunilando para a consulta de Enfermagem de Reabilitação em contexto hospitalar, ainda se encontram pouco desenvolvidas e abrangentes. Neste enquadramento poderá dizer-se que a consulta enfermagem de reabilitação, constitui um meio de prestação de cuidados (Ordem dos enfermeiros, 2014).

#### **Objetivo Geral:**

Promoção da independência para o autocuidado e reintegração familiar e social.

#### **Objetivos Específicos:**

- Recuperar a máxima funcionalidade.
- Avaliar capacidade para o Autocuidado: Alimentação; Higiene Pessoal; Controlo da eliminação vesical e intestinal e uso de sanitário; Vestuário e Locomoção/transferência.
- Capacitar a pessoa e cuidadores nos autocuidados: Alimentação; Higiene Pessoal; Controlo da eliminação vesical e intestinal e uso de sanitário; Vestuário e Locomoção/transferência.
- Conceber, implementar e monitorizar planos de reabilitação diferenciados.

#### **Recursos humanos:**

O Responsável da consulta deve ser o EEER.

**População-Alvo:**

Pessoa após AVC e cuidadores em regime de internados ou ambulatório.

**Calendarização:**

A definir em 2019/2020

**Processo de agendamento de consulta:**

A consulta será realizada de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> feira com horário 9-17h.

**Espaço físico:**

A consulta será realizada em gabinete próprio.

**Operacionalização de registos de Enfermagem:**

A Consulta tem por base um sistema de informação o SClínico prevê a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, de forma a garantir a normalização da informação (Serviço Partilhado de Ministério de Saúde, 2019).

Ainda no que respeita aos registos estes devem seguir os padrões de qualidade e documentais em articulação com os instrumentos de colheita de dados propostos pela MCEER, dando suporte à melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, ajudando a caracterizar a condição de saúde da pessoa. Perante isto acha-se pertinente o uso de alguns instrumentos validados e amplamente usados na caracterização da independência nos autocuidados:

- Índice de Barthel;
- Escala de Equilíbrio de Berg;
- Medical Research Council Muscle Scale;
- Entrevista Follow-up.

**Recursos Necessários**

Computadores do serviço; Dados estatísticos multidisciplinares; Panfletos alusivos ao tema (após validação dos mesmos); Esferográfica; Folhetos informativos; Material Informático; Normas de procedimentos; Papel; Projetor de vídeo; Protocolos; Tela em tripé ou fixa na parede; Pratos com rebordo; Material antiderrapante; Chávenas de configuração especial; Talher com configuração de garfo e faca num só; Talheres de cabo grosso; Material antiderrapante; Espelho Quadriculado; Andarilho; Canadianas; Bengala simples ou com tripé; Cadeira de rodas de ação especial; Casa de banho adaptada com os apoios necessários; Cadeira sanitária; Esponjas de cabo longo; calçadeira (...).

**Tabela 12:** Planificação da Consulta de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa após AVC e Cuidador

<b>Destinatários</b>	<b>Atividades</b>	<b>Sessões / Duração</b>
Pessoa após AVC Cuidador	Avaliar as capacidades da pessoa para o autocuidado.	1 Sessão de 2h  Se possível ainda durante o internamento, ou na primeira semana após a alta.
Cuidador	Ação de formação em grupo, subordinado ao tema  “Autocuidado na Pessoa após o AVC”	1 Sessão de 2h  Se possível ainda durante o internamento da pessoa com AVC, ou na primeira semana após a alta.
Pessoa após AVC Cuidador	Ensino, instrução e treino dos autocuidados.	4 Sessões de 4h  Primeiros 15 dias após a alta.  Na última sessão avaliar os ensinamentos realizados, se necessário reforçar atividade com a 6ª sessão.
Pessoa após AVC Cuidador	Consulta Follow-up através de entrevista via telefone	1 Mês após a alta,  15 Minutos, se necessário agendar visita domiciliar.
Pessoa após AVC Cuidador	Realização de consulta de follow-up  Avaliação da Pessoa com AVC  Avaliação do grau de satisfação da Pessoa e cuidador	1 Sessão de 1h  Aos 2 meses após a alta.

Para a realização desta consulta considera-se fulcral a realização de ações de informação nos serviços que recebem doentes com diagnóstico de AVC, no sentido de divulgar a referida consulta e de incentivar a referência da pessoa e cuidador para a mesma. Estas sessões devem ser regulares de forma a manter as equipas informadas.

## **5. Proposta para Avaliação de Projeto**

É fundamental a produção de indicadores da saúde capazes de traduzir o contributo na melhoria da qualidade dos cuidados e programas dos EEER, tendencialmente priorizam-se como indicadores aqueles que radicam em métricas tradutoras de resultados e ganhos em saúde centrados na pessoa, nomeadamente ao nível da prevenção de complicações e resolução de diagnósticos de enfermagem, desde a admissão até à alta. Foi elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (2015) um documento de core de indicadores por categoria de enunciados descritos dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação sustentados na CIPE. Assim sendo, os EEER dispõem de um vasto leque de indicadores: Satisfação do Cliente; Promoção da Saúde; Prevenção e Complicações (pé equino e rigidez articular); Bem-Estar e o Autocuidado (andar, andar com auxiliar de marcha, arranjar-se, beber, comer, higiene, ir ao sanitário, vestuário, mover-se em cadeira de rodas, pôr-se de pé, posicionar-se, transferir-se e tecido cicatricial); Readaptação Funcional (comunicação, espasticidade e ventilação); Reeducação Funcional (défice sensorial, deglutição, Equilíbrio corporal, esquecimento unilateral, expetorar, limpeza das vias aéreas, intolerância à atividade, movimento muscular e parésia); Promoção da Inclusão Social e Organização dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Os indicadores de qualidade são imprescindíveis na avaliação dos processos de trabalho quer no planeamento como na organização, coordenação/direção e nas atividades desenvolvidas, sendo o autocuidado reconhecido como indicador de qualidade dos cuidados a sua importância é indiscutível, sendo fundamental num moderno sistema de cuidados de saúde que visa a qualidade, segurança e eficácia dos cuidados prestados.

Em suma, adotaremos como indicadores de qualidade os referentes aos autocuidados propostos ao longo deste projeto.

## CONCLUSÕES

No momento final do nosso estudo é de grande importância refletirmos sobre os resultados a que chegamos e a forma como se desenvolveu este estudo. O trabalho de projeto foi desenvolvido numa Unidade Local de Saúde da região norte do país, tendo como população alvo a pessoa após AVC e cuidador seguidos na consulta externa de Medicina Interna – AVC.

A escolha do tema foi de extrema importância, o AVC está entre as principais causas de morte e incapacitação física em todo o mundo, contudo os avanços científicos no tratamento endovascular tem levado à diminuição da taxa de mortalidade, mas não diminuído a sua incidência. Os sobreviventes tornam-se cada vez mais dependentes no autocuidado, com necessidade de apoio permanente, o que produz um grande impacto na sua vida e na dos seus familiares. Sendo uma doença potencialmente incapacitante e crónica, espera-se que os EEER contribuam de forma ativa, uma vez que as vítimas possuem graus de incapacidade temporária ou permanente.

O acesso à Reabilitação constitui um direito humano fundamental, tem sofrido uma mutação, em tempos era vista como o terceiro componente da abordagem da saúde, surgindo apenas depois da prevenção e do tratamento, nos tempos atuais esta visão evoluiu para a integração conjunta destes três componentes, maximizando os benefícios potenciais das intervenções precoces da reabilitação, promovendo a independência funcional quer a nível físico, cognitivo e motivacional. A reabilitação deverá seguir um verdadeiro contínuo de cuidados, abrangendo todas as etapas subseqüentes, englobando a fase aguda (ainda no internamento), no ambulatório e no domicílio ou em unidades apropriadas segundo a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência (Portugal, 2017).

A Reabilitação é eficaz na redução da sobrecarga da incapacidade e na potenciação das oportunidades de vida para os indivíduos incapacitados, devendo ser diferenciadas e imprescindíveis sem atrasos e interrupções que possam comprometer a recuperação.

Nesta sequência de ideias considera-se oportuno apresentar-se as conclusões obtidas com este estudo, relativamente à caracterização da amostra e às categorias que se analisou.

Relativamente à caracterização da amostra, a idade dos participantes está de acordo com os estudos sendo mais frequente sofrer um AVC acima dos 70 anos. Dos indivíduos que participaram no estudo, todos foram diagnosticados com AVC Isquémico, demonstrando significativa diferença em relação à prevalência dos tipos de AVC e confirmando resultados



de outros estudos. Quanto aos dados clínicos nos antecedentes pessoais, os fatores de risco (diabetes mellitus, obesidade, dislipidemia, tabagismo e HTA) foram muito consistentes, indo de encontro à bibliografia pesquisada, sendo HTA a doença crónica mais prevalente em 7 (70%) dos participantes. No momento da alta podemos constatar que 9 dos participantes apresentava alguma limitação após AVC, o processo de adaptação à situação de doença e dependência após AVC foi narrado pelos participantes através da expressão de sentimentos como a tristeza e vergonha.

Em síntese podemos concluir que a informação foi na sua maioria insuficiente, ficando por perceber se por existência de perturbações cognitivas após AVC ou por limitações (recursos humanos e/ou na elaboração de programas adequados) dos EEER para a capacitação dos autocuidados, aumentando as dificuldades por falta de estratégias, concluindo ainda que o cuidador fica maioritariamente à margem dos ensinamentos e treinos efetuados durante o internamento.

Tendo em conta os resultados obtidos com o estudo realizado e após as conclusões a que se chegou, considerou-se importante fazer algumas sugestões no sentido de o desenvolver e aprofundar.

O nosso papel enquanto EEER é preponderante, no sentido de poder ajudar a pessoa e cuidador a lidar com esta nova realidade, nomeadamente através da realização de programas de reabilitação adaptados a cada pessoa de forma a contemplar: avaliação, ensino e treino.

Perante estes resultados mostra-se necessário reforçar e implementar mais programas de prevenção secundária dos fatores de risco, contribuindo para a redução dos mesmos e melhoria da literacia da pessoa. Considera-se essencial a elaboração de procedimentos na uniformização da educação para a saúde nos autocuidados no seio das equipas dos EEER, que prestam cuidados à pessoa com AVC, estas devem ser iniciadas ainda em contexto de internamento na preparação da pré-alta e posteriormente será dada continuidade na consulta de enfermagem de reabilitação. Para além disso podemos concluir que o cuidador, sendo que no nosso estudo foi representado 100% pela família deve estar incluídos, pois constituem o principal apoio do doente após a alta hospitalar.

No entanto é importante que haja melhor articulação de todos os meios e recursos do Sistema Nacional de Saúde, nomeadamente com as Equipas de Cuidados Continuados Integrados podendo representar uma mais-valia quer para a pessoa como para as entidades, diminuindo custos e eventualmente reinternamentos desnecessários.

Este trabalho planeia de forma sustentada e consciente a forma de dar respostas às necessidades detetadas através da implementação da Consulta de Enfermagem de

Reabilitação à pessoa após AVC e cuidador com enfoque na capacitação para os autocuidados. Foi concebido, a fim de demonstrar a utilidade prática que permita a evolução e melhoria da prestação dos cuidados do EEER, nomeadamente aos que prestam cuidados à pessoa com AVC, é intenção divulgar as conclusões e pô-lo à disposição dos profissionais de saúde e ao público em geral.

Após a implementação desta consulta de Enfermagem de Reabilitação, esta pode ser alargada a outros utentes, com outras patologias mas com limitações na independência para os autocuidados.

Ainda que se reconheça que o estudo efetuado evidenciou a importância e a pertinência de conhecer o nível de independência da pessoa após o AVC para o autocuidado, importa salientar as limitações que o caracterizam enquanto estudo científico e que deverão ser tidas em consideração na realização de futuros trabalhos, para assim dar continuidade ao caminho iniciado.

A limitação que se salienta é o facto de a amostra ser reduzida (10 participantes), pois sendo a população alvo pouco abrangente e difícil de aceder, foi necessário seleccionar os elementos acessíveis e disponíveis. Considera-se que se caso estes fossem em grande número, seria impossível considera-los a todos na presente investigação, devido ao carácter do estudo ser académico e ter limites de tempo referenciados na estrutura curricular, contudo esta limitação é atenuada pela natureza inovadora do objetivo do projeto.

Terminando o Projeto de investigação desenvolvido, julga-se imprescindível elevar a congratulação decorrente da sua realização, que se particulariza não só pelo desenvolvimento de competência no domínio da investigação científica, como também pelo reconhecimento da sua importância, nomeadamente na prática dos cuidados de EEER, que permitiram a construção deste documento.

Aspira-se, no final, que este projeto possa contribuir, de alguma forma, para a melhoria dos cuidados do EEER, nomeadamente nos autocuidados na pessoa após AVC e seu cuidador.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, Carla – O acidente vascular cerebral e a força muscular: estudo de revisão. **Revista Medicina Desportiva Informar**. [Em linha]. Nº 3 (2012), p. 19-21. [Consultado 2 dez. 2018]. Disponível na WWW: URL:<[http://www.revdesportiva.pt/files/PDFs\\_site\\_2012/3\\_Maio/Rev\\_15\\_P19\\_21\\_Tema\\_3\\_AVC\\_site.pdf](http://www.revdesportiva.pt/files/PDFs_site_2012/3_Maio/Rev_15_P19_21_Tema_3_AVC_site.pdf)>.

BARDIN, Laurence – **Análise de Conteúdo**. 5ª ed. Lisboa: Edições 70, 2018. ISBN 978-972-44-1506-2.

BRANCO, Teresa; SANTOS, Rui – **Reabilitação da pessoa com AVC**. Coimbra: Formasau, 2010. ISBN 978-989-8269-09-6.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): Versão 2**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015. ISBN 978-898-8444-35-6.

CORREIA, João [et al.] – Investigação Etiológica do Acidente Vascular Cerebral no Adulto Jovem. **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna**. Lisboa. ISSN 2183-9980. Vol. 25, Nº 3 (2018), p. 213-223.

COSTA, Fabrícia; SILVA, Diana; ROCHA, Vera – Estado neurológico e cognição de pacientes pós-acidente vascular cerebral. **Revista Escola Enfermagem USP**. São Paulo. ISSN 0080-6234. Nº 45 (2011), p. 1083-1088.

COSTA, Maria; GOMES, Bárbara; MARTINS, Maria – **Enfermagem de Reabilitação**. Coimbra: Formasau, 2010. ISBN 978-989-8269-12-6.

COSTA, Sibely; CASTRO, Edna – Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN)**. Brasília. ISSN 0034-7167. Nº 67 (2014), p. 979-986.

DICIONÁRIO PORTO EDITORA – **Infopédia**. [Em linha]. Porto:2019. [Consultado 20 mar. 2019]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.infopedia.pt/>>.

DOURADO, Cinthia; ENGLER, Tânia; OLIVEIRA, Sandro – Disfunção intestinal em pacientes com lesão cerebral decorrente de acidente vascular cerebral e traumatismo craniocéfálico: estudo retrospectivo de uma série de casos. **Texto & Contexto Enfermagem**. Santa Catarina. ISSN 1980-265X. Nº 21 (2012), p. 905-911.

FERNANDES, Nicola – **Alterações emocionais no AVC isquémico em diferentes períodos de evolução**. Algarve: [s.n.], 2016. Mestrado em Neurociências Cognitivas e Neuropsicologia na Universidade do Algarve Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

FORTIN, Marie Fabiene – **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 9789-8980-751-85.

ITAQUY, Roberta [et al.] – Disfagia e acidente vascular cerebral: relação entre o grau de severidade e o nível de comprometimento neurológico. **Jornal Sociedade de Brasileira de Fonoaudiologia**. São Paulo. ISSN 2179-6491. Nº 23 (2011), p. 385-389.

JOHNSTONE, Margaret – **Tratamento Domiciliar do Paciente Hemiplégico: vivendo dentro de um esquema**. São Paulo: Atheneu, 1986.

LEANDRO, Telma [et al.] – Diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária em pacientes com acidente vascular cerebral. **Revista Escola Enfermagem USP**. São Paulo. ISSN 0080-6234. Nº 49 (2015), p. 924-932.

LEI nº 125/2011. **DR II 2ª Série**. 35 (2011/02/18) (8658-8659).

LESSMANN, Juliana [et al.] – Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico. **Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN)**. Brasília. ISSN 0034-7167. N º64 (2011), p. 198-202.

MARQUES-VIEIRA, Cristina; SOUSA, Luís; BRAGA, Ricardo – Reabilitar a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. In MARQUES-VIEIRA, Cristina; SOUSA, Luís – **Cuidados de Reabilitação à pessoa ao Longo da Vida**. Loures: Lusodidacta, 2016. ISBN 978-989-8075-73-4. p. 465-474.

MARTINS, Maria; MARTINS Ana; MARTINS, Ana Rita – Reeducação Familiar/ social - Reconstrução da vida familiar e social no processo de reabilitação. In MARQUES-VIEIRA, Cristina; SOUSA, Luís – **Cuidados de Reabilitação à pessoa ao Longo da Vida**. Loures: Lusodidacta, 2016. ISBN 978-989-8075-73-4. p. 351-363.

MELO, Ricardo; RUA, Marília; SANTOS, Célia – Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. Nº 2 (2014), p.143-151.

MENOITA, Elsa – **Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente**. Loures: Lusociência, 2012. ISBN 978-972-8930-78-3.

MENOITA, Elsa – Viver depois de um AVC: contributos da enfermagem de reabilitação. **Sinais Vitais**. Lisboa. ISSN 0872 - 0844. Nº 49 (2009), p. 35-40.

NUNES, Lucília [et al.] – Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. **Percursos**. Setúbal. ISSN 1646-5067. Nº 15 (2010), p. 1-35.

OLIVEIRA, Ana; SILVEIRA, Katyana – Utilização da CIF em pacientes com sequelas de AVC. **Revista Neurociência**. São Paulo. ISSN 1984-4905. Nº 19 (2011), p. 653-662.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Bilhetes de identidade dos indicadores que integram o core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação**. [Em linha]. Lisboa: OE, 2018. [Consultado 10 jun. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5443/enfermagemreabilitacao.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação (PQCER)**. [Em linha]. Lisboa: OE, 2015. [Consultado em 10 jun. 2018]. Disponível na WWW: <URL: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/Core\\_Indicadores\\_por\\_Categoria\\_de\\_Enunciados\\_Descrit\\_PQCER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf)>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação**. [Em linha]. Lisboa: OE, 2016. [Consultado 10 jun. 2018]. Disponível na WWW: <URL: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **O papel do enfermeiro de reabilitação no AVC**. [Em linha]. Lisboa: OE, 2017. [Consultado 5 maio 2019]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/3620/o-avc.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação**. [Em linha]. Lisboa: OE, 2014. [Consultado 10 jun. 2018]. Disponível na WWW: <URL: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade do Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação**. [Em linha]. Lisboa: OE, 2018. [Consultado 10 jun. 2018]. Disponível na WWW: <URL: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4\\_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf)>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Parecer MCEER N.º 11/2014: Consulta de enfermagem no âmbito de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação**. [Em linha].

Lisboa: OE, 2014. [Consultado 10 jun. 2018]. Disponível na WWW: <URL: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEER\\_Parecer\\_11\\_2\\_014\\_Consulta\\_de\\_Enfermagem\\_no\\_ambito\\_de\\_cuidados\\_especializados\\_em\\_enfermagem\\_de\\_reabilitacao.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEER_Parecer_11_2_014_Consulta_de_Enfermagem_no_ambito_de_cuidados_especializados_em_enfermagem_de_reabilitacao.pdf)>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Parecer MCEER N.º 12/2011**. [Em linha]. Lisboa: OE, 2011. [Consultado 10 jan. 2019]. Disponível na WWW: <URL: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12\\_MCEER\\_18\\_11\\_2011\\_ActividadesVidaDiaria\\_AVD.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf)>.

PERFIS DE SAÚDE. Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. - **Perfil Local de Saúde 2017 ULS Alto Minho**. [Em linha]. Lisboa: SPAVC, 2017. [Consultado 1 mai. 2019]. Disponível na WWW: <URL: [http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/PeLS2017\\_A21\\_AltoMinho.pdf](http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/PeLS2017_A21_AltoMinho.pdf)>.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde – **Norma nº 015/2017 de 13/07/2017 Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto**. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2017. [Consultado 17 abril 2019]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017.aspx>>.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde – **Programa Nacional para a Saúde Mental: Perguntas e Respostas**. Lisboa: DGS, 2016. ISBN 2184-1179.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde – **Programa Nacional Para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares**. Lisboa: DGS, 2017. ISBN 2184-1179.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. República Portuguesa Saúde – **Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Física e Reabilitação**. [Em linha]. Lisboa: República Portuguesa Saúde, 2016. [Consultado 2 fev. 2019]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-MFR.pdf>>.

REVELES, Anaísa; SIMÕES, Isabel; FERREIRA, Paulo – Consulta de enfermagem e controlo de fatores de risco cardiovasculares na pessoa após síndrome coronária aguda. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. ISSN 2182.2883. Nº 17 (2018), p. 33-42.

RIBEIRO, Alexandre [et al.] – Plano Terapêutico de Reabilitação Individual e a Intervenção da Equipa Multidisciplinar. **Revista da Misericórdia do Porto**. Porto. ISSN 2183-7090. Nº 4 (2015), p. 12-18.

RIBEIRO, José - **Introdução à Psicologia da Saúde**. Coimbra: Editora Quarteto, 2010. ISBN 989-558-045-2.

RODRIGUES, Cristina – A pessoa com AVC atividades de vida diária alternadas: cuidados de enfermagem de reabilitação. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº 239 (2008), p. 14-19.

SERVIÇO PARTILHADO DE MINISTÉRIO DE SAÚDE (SPMS) – **Scĺnico Hospitalar**. [Em linha]. Lisboa: SPMS, 2019. [Consultado 10 jan. 2019]. Disponível na WWW: <URL:<https://spms.min-saude.pt/2019/04/15/sclinico-hospitalar-2/>>.

SOCIEDADE PORTUGUESA DO AVC – **Fatores de risco para Acidentes Vasculares Cerebrais**. [Em linha]. Lisboa: SPAVC, 2011. [Consultado 1 ago. 2018]. Disponível na WWW: <URL:<http://static.lvengine.net/spavc2013/lmgs/pages/publicacoes/FRV%20AVC%20Jan%202011.pdf>>.

SOCIEDADE PORTUGUESA DO AVC – **Guias da Unidade de AVC**. [Em linha]. Lisboa: SPAVC, 2011. [Consultado 21 mai. 2018]. Disponível na WWW: <URL:[http://static.lvengine.net/spavc2013/lmgs/pages/uavc/GUIA%20AVC site 28 11 17.pdf](http://static.lvengine.net/spavc2013/lmgs/pages/uavc/GUIA%20AVC%20site%2028%2011%2017.pdf)>.

SOCIEDADE PORTUGUESA DO AVC – **Tudo o que precisa de saber sobre Acidente Vascular Cerebral**. [Em linha]. Lisboa: 2016. [Consultado 1 ago. 2018]. Disponível na WWW: <URL:[http://static.lvengine.net/spavc2013/lmgs/pages/PUBLICACOES/manual%20digital%20jornalistas\\_url.pdf?fbclid=IwAR0P-FE3WM3YHHRMIBXK6D2OIWv6eXxdUQ6IDTgD3lxv79SufPwmsNKhWU8](http://static.lvengine.net/spavc2013/lmgs/pages/PUBLICACOES/manual%20digital%20jornalistas_url.pdf?fbclid=IwAR0P-FE3WM3YHHRMIBXK6D2OIWv6eXxdUQ6IDTgD3lxv79SufPwmsNKhWU8)>.

SOUSA, Maria; BAPTISTA, Cristina – **Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios**. 5ª edição. Lisboa: Editora Pactor, 2014. ISBN 978-989-693-001-1.

SOUSA-UVA, Mafalda; DIAS, Carlos – Prevalência de Acidente Vascular Cerebral na população portuguesa: dados da amostra ECOS 2013. **Observações Boletim Epidemiológico**. Lisboa. ISSN 0874-2928. Nº 9 (2014), p. 12-14.

TAYLOR, Susan – Teoria do Défice de Auto-Cuidado de Enfermagem. In Alligood, Marth e TOMEY, Ann – **Teóricas de Enfermagem e a sua obra**. Loures. Edições Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6. p. 211-225.

VARANDA, Estela; RIBEIRO, Cristina – Reeducação cognitiva em enfermagem de reabilitação. Recuperar o Bailado da Mente. In MARQUES-VIEIRA, Cristina; SOUSA, Luís – **Cuidados de Reabilitação à pessoa ao Longo da Vida**. Loures: Lusodidacta, 2016. ISBN 978-989-8075-73-4. p. 465-474.

VIGIA, Carla; FERREIRA, Cláudia; SOUSA, Luís – Treino de Atividades de Vida Diária. In MARQUES-VIEIRA, Cristina e SOUSA, Luís – **Cuidados de Reabilitação à pessoa ao Longo da Vida**. Loures: Lusodidacta, 2016. ISBN 978-989-8075-73-4. p. 351-363.

WORLD STROKE ORGANIZATION – **Campanha Mundial de AVC 2014-2016**. [Em linha]. Holanda: WSO, 2018. [Consultado 21 maio 2018]. Disponível na WWW: <URL: [https://www.worldstrokecampaign.org/pt\\_br/sobre-o-campanha-mundial-de-avc/campanha-mundial-de-avc-2014-2016.html](https://www.worldstrokecampaign.org/pt_br/sobre-o-campanha-mundial-de-avc/campanha-mundial-de-avc-2014-2016.html)>.

WORLD STROKE ORGANIZATION – **Distúrbios pós AVC**. [Em linha]. Holanda: WSO, 2018. [Consultado 21 maio 2018]. Disponível na WWW: <URL: [https://www.worldstrokecampaign.org/pt\\_br/sobre-o-campanha-mundial-de-avc/disturbios-pos-avc.html](https://www.worldstrokecampaign.org/pt_br/sobre-o-campanha-mundial-de-avc/disturbios-pos-avc.html)>.



## APÊNDICES

## **Apêndice 1 - Guião da entrevista**

## Guião da Entrevista

<b>Acolhimento</b>	
<p style="text-align: center;"><u>Objetivo:</u></p> <p style="text-align: center;"><u>Informar o participante</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificação do investigador;</li> <li>➤ Informar acerca do tema e da sua pertinência e dos objetivos do estudo;</li> <li>➤ Garantir a confidencialidade e anonimato;</li> <li>➤ Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.</li> </ul>
<b>I Parte – Caracterização do entrevistado</b>	
<p style="text-align: center;"><u>Objetivo:</u></p> <p style="text-align: center;"><u>Caracterização sociodemográfica</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade _____</li>   <li>• Género               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1 Masculino</li> <li><input type="checkbox"/> 2 Feminino</li> </ul> </li>   <li>• Formação académica               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1 – Não Sabe Ler nem Escrever</li> <li><input type="checkbox"/> 2 – Sabe Ler e/ou Escrever</li> <li><input type="checkbox"/> 3 – 1º Ciclo (até à 4ª classe)</li> <li><input type="checkbox"/> 4 – 2º Ciclo (até ao 7º ano)</li> <li><input type="checkbox"/> 5 – 3º Ciclo (até ao 9º ano)</li> <li><input type="checkbox"/> 6 – Ensino Secundário (até ao 12º ano)</li> <li><input type="checkbox"/> 7 - Curso Superior</li> </ul> </li> </ul> <p>Cuidador: _____</p> <p>_____</p>
	<p>Diagnóstico Médico _____</p>

<p><u>Objetivo:</u></p> <p><u>Caracterizar Clínica</u></p>	<hr/> <p>Antecedentes</p> <p>Pessoais _____</p> <hr/> <hr/> <p>Défices no momento da Alta _____</p> <hr/>
--	---

## II Parte – Objetivos/questões orientadoras

**O autocuidado refere-se: Alimentação; Higiene Pessoal; Controlo da eliminação vesical e intestinal e uso de sanitário; Vestuário e Locomoção/Transferência.**

Conhecer a informação dada pelos EEER.	Que tipo de informação lhe foi dada pelos enfermeiros durante o internamento? Quem lhe deu essa informação?
Perceber como é que essa informação foi importante para a capacitação, nos autocuidados face à sua nova condição.	Essa informação foi importante na sua independência nos autocuidados? Como?
Identificar as dificuldades na realização dos autocuidados após a alta.	Quais foram as dificuldades que surgiram após a alta? Como as colmatou?
Identificar que estratégias ou recursos que utilizou na realização dos autocuidados, de forma mais independente.	Que estratégias ou recursos utilizou na sua independência nos autocuidados?
Identificar limitações ou complicações que possam interferir na sua independência nos autocuidados.	Ficou com alguma limitação ou complicação que interfere na sua independência nos autocuidados? Se sim, quais?

## Fecho da Entrevista

- Agradecer a colaboração do participante e referir a importância da sua participação no estudo;
- Resumir os aspetos essenciais abordados durante a entrevista;
- Dar a oportunidade ao participante de acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por referir durante a entrevista.

**Apêndice 2 - Declaração do Consentimento Informado**

## Declaração de Consentimento Informado

Eu, abaixo assinado, (nome completo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, tomei conhecimento do objetivo do presente projeto de investigação centrado na temática “A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa após AVC”, elaborado por uma estudante que frequenta o Mestrado em Enfermagem Reabilitação na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo.

Fui devidamente esclarecido sobre a finalidade do projeto, assim como da forma como vou integrar o referido estudo e as vantagens e desvantagens do mesmo.

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem prejuízo resultante.

Entendo ainda, que toda a informação obtida neste estudo será confidencial, respeitando o princípio do anonimato, salvaguardando os meus dados pessoais, a menos que o autorize por escrito.

Autorizo a gravação da entrevista, assim como aceito responder a todas as questões que me forem colocadas, com a possibilidade de suspender a entrevista, sem que esta decisão acarrete prejuízos para mim, podendo a qualquer momento colocar questões que julgue necessárias.

Assino o presente consentimento informado, concomitantemente com o responsável pela investigação.

*Assinatura do participante:* \_\_\_\_\_

*Assinatura do responsável pela entrevista:* \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

### **Apêndice 3 - Codificação das entrevistas**



Área Temática	Categoria	Unidades de Registo
<p>Perceção sobre a informação dada pelos EEER sobre a capacitação para o autocuidado.</p>	Sim	<p>“Sim. Nunca fiz na fralda.” E4</p> <p>“(…) davam água com espessante (…)” E4</p> <p>“Ir ao sanitário ele não vai, ele usa fralda, ele faz tudo na fralda, explicaram-nos como é que se tem que fazer.” E8</p> <p>“(…) na parte do comer foi da sonda (… ) explicaram-nos tudo como é que se deveria dar a comida na sonda, caso ao puxarmos o ar saísse comida como é que tínhamos que fazer (…).” “Isso foi-nos dado as explicações a 100%.” E8</p> <p>“(…) ele fica sem calças, só as veste mesmo caso venha ao médico. Em relação à camisola tem de estar sempre bem esticada que é para não ficar com chagas nas costas (… ) primeiro o esquerdo e depois o direito, que do direito ele tá morto, ele ajuda-nos primeiro com o esquerdo, por ele próprio mete logo esquerdo e depois introduz o direito (… ) Já pensaram fazer ao contrário? (… ) Já experimentámos, mas ele, custa-lhe mais (… ) elas disseram-nos que o que desse mais jeito (… ) se introduzimos primeiro o direito ele grita a dizer chega.” E8</p> <p>“(…) damos o banho todo na cama, depois retiramos os lençóis, conforme retiramos metemos o lavado.” E8</p> <p>“Sim, foi importante claro, nós não sabíamos tivemos que aprender como se fazia.” E8</p> <p>“Através das informações que nos foram dando, fomos adaptando um pouco, fomos vendo também a maneira como nos é melhor (… )” E8</p> <p>“(…) cá em viana no hospital, ela pediu às enfermeiras se a deixavam assistir à maneira como lidavam comigo e aprendeu (… )” E10</p> <p>“(…) ensinaram a beber, golinhos pequeninos, e a comer, era tudo passado na altura.” E10</p> <p>“Vestir primeiro este braço, o preguiçoso, depois meto a cabeça e depois meto o outro.” E10</p> <p>Foi, fui a casa a primeira vez pelo natal, mas quando eu a via tão pequenina à minha beira para me tirar e pôr na cama (… ) tirou-me da cama punha na cadeira não tem problema nenhum.” E10</p>
	Não	<p>“Ninguém, não me foi nada explicado. Dali disseram que tinha de ir para Ponte de Lima, depois ia para uma unidade e mais nada (… )” E2</p>

		<p>“(…) sinceramente acho que foi um despachar (…) ainda voltei atrás para fazer as perguntas (…) há coisas que não me deram (…) a informação como deviam.” E5</p> <p>“Nenhuma, não me deram nenhuma informação.” (…) nem me disseram o que aconteceu, o que estava cá a fazer (…)” E6</p>
	Não me lembro	<p>“Não me lembro, não me lembro, não me lembro de nada.” E1</p> <p>“Se não me lembro da informação (…)” “Não me lembra é que alguém deu essa informação, essa parte é que não me lembro.” E1</p> <p>“Não me lembro.” E3</p> <p>“Não me lembro de nada.” E5</p> <p>“Não explicaram nada (…) não me lembro, depois do AVC não sei de mais nada.” E7 [confusa no internamento]</p> <p>“(…) não me lembro (…)” E9</p>
Dificuldades na realização dos autocuidados após a alta.	Alimentação	<p>“(…) uma vez ou outra a mão marota deitava para fora, mas conseguia (…) o deitar água no copo também tinha dificuldade deitava a água por fora, tremia e ainda tremo tenho menos força.” “(…) trincava a língua, a bochecha, tinha menos sensibilidade à direita, agora não trinco, mas ainda tenho isto adormecido.” E1</p> <p>“No princípio deixava cair metade, não conseguia pegar no copo sozinha porque virava tudo.” E5</p> <p>“Custava-me a mastigar e ainda me custa a mastigar (…)” E6</p> <p>“(…) a única coisa que eu notei que ela fez sempre muito bem foi o comer pela mão dela (…) no beber, no comer (…)” E9</p> <p>“(…) comer devagarinho, eu engasgava-me muito(…)” E10</p>
	Higiene Pessoal	<p>“(…) no banho também tinha dificuldades no equilíbrio em pe.” E1</p> <p>“Uma delas foi realmente o desequilíbrio no banho (…)” E1</p> <p>“(…) eu não dava banho sozinha (…)” E4</p> <p>“(…) por último já a levavam à casa de banho, coisa que ela sozinha não ia nos primeiros dias (…)” E5</p> <p>“Acho que até nunca lhe deram banho na casa de banho.” E5</p>

		<p>“(...) eu tinha as enfermeiras, levavam-me à casa de banho, davam-me de comer, deitavam-me.” E7</p> <p>“(...) mudar a fralda, costumamos ter um bocadinho de mais dificuldade porque ele queixa-se muito dos ossos (...)” E8</p>
	Controlo da eliminação vesical	<p>“Não nunca tive problemas.” E1</p> <p>“À casa de banho ainda não vai sozinha, (...) às vezes faz já pelas pernas abaixo (...) às vezes não nota que faz as fezes e suja-se toda (...) depois há dias em que consegue fazer, só que fica com a fralda em baixo (...)” E5</p> <p>“No primeiro dia que chegou a casa ela não conseguiu chegar à casa de banho, fez logo no chão (...) quando ia à casa de banho tinha que a ajudar a sentar-se e a levantar-se.” E9</p>
	Vestuário	<p>“Os sapatos que usava a princípio tinha um bocado de dificuldade com os cordões, agora já vou conseguindo (...)” E1</p> <p>“Abotoar botões era mais complicado, mas com paciência (...)” “Sim, no abotoar nas camisas, nas calças embora menos porque tem o fecho e só um botão.” E1</p> <p>“Geralmente a filha (...) ajuda a calçar as meias (...) já não dobro o suficiente para meter a meia.” E3</p> <p>“(...) consegue abotoar? Não.” E10</p>
	Locomoção e Transferência	<p>“(...) mas tinha dificuldades em subir e descer escadas (...)” E1</p> <p>“Ao andar os músculos doem-me muito (...)” E3</p> <p>“(...) custa-me a andar (...) e ligeirinha mas perturba no dia-a-dia.” E4</p> <p>“Subir escada há muito pouco tempo, ela tem muito medo de cair.” E9</p>

<p>Estratégias ou recursos que utilizou para a realização dos autocuidados.</p>	<p>Alimentação</p>	<p>“(…) com os talheres normais (…)” “Treinando.” E1</p> <p>“Sim.” E3</p> <p>“Comia pela minha mão (… ) custava a pegar (… ) viam que eu não comia, vinham-me meter na boca, até a terapeuta da fala (… ) era, a comida era toda passada, a sopa, a carne, (… ) é que se engasgou e então começou a fazer o espessante.” E4</p> <p>“Às vezes até se vem peixe ou carne partem-me tudo aos bocadinhos e deixam-me no prato.” E4</p> <p>“Tinha que ir ajudando, fui insistindo (… )” E5</p> <p>“Não a como ou parto-a muito miudinha para comer.” E6</p> <p>“(…) o prato já vem preparado para eu comer com a mão direita. E7</p> <p>“(…) comer (… ) tudo passado, iogurtes, enjoei dos iogurtes, iogurtes e compotas (… ) eu dizia à minha filha “olha que eu nem quero ver isso no frigorífico” E10</p> <p>“(…) também me habituei a beber golinhos pequeninos (… )” E10</p> <p>“(…) cá disseram-lhe para você quando bebesse água para por um pozinho certo? (… ) no início punha (… ) mas eu não ponho.” E10</p>
	<p>Higiene Pessoal</p>	<p>“Não, agarrava-me, mas era instintivamente (… ) numa primeira fase para tomar banho em pé apoiava-me na parede, tenho uma janela com um parapeito onde me apoiava, e a coisa corria bem.” E1</p> <p>“(…) é a filha que ajuda a dar banho (… ) não tenho barra (… )” E3</p> <p>“(…) dava com ajuda dos enfermeiros.” E4</p> <p>Até porque eu tenho tido muita dificuldade a dar-lhe banho, pus aquelas asas na casa de banho e mesmo assim é um bocado complicado, ela treme muito e depois tem medo de cair.” E5</p> <p>“(…) vem a enfermeira todos os dias, dar-me banho (… ) sento-me numa cadeira (… ) furada e lavam-me as costas e depois limpam-me e vestem-me.” E7</p> <p>“A única coisa que eu tenho é cadeira para dar banho, aquela de rodar (… ) muita dificuldade porque a banheira é muito alta.” E9</p> <p>“Hoje fui ao chuveiro e disse à enfermeira (… ) ela tira-me da cama para a cadeira sanitária e eu fui ao chuveiro (… ) só tenho que me apoiar um bocado do lado esquerdo (… ) pus-me a pé elas lá tiraram a</p>

		cadeira, acabaram de me dar banho e pronto.” E10
	Controlo da eliminação vesical e intestinal	<p>“(…) levou-me à casa de banho e até me custa (…) é um menino tão novinho, limpou-me o rabinho (…) vai uma ou duas enfermeiras.”E4</p> <p>“(…) ela sempre precisou desde que lhe deu o AVC que fossem com ela à casa de banho (…)” E5</p> <p>“ nos princípios ela não ia mesmo à casa de banho (…)” E5</p>
	Vestuário	<p>“Por exemplo para vestir as calças sentava-me na cama, ainda agora o faço não vá correr mal. O abotoar foi na base do insistir (…) insistir e apertar os atacadores (…)” E1</p> <p>“(…) são as enfermeiras ainda (…) primeiro é a mão que não faz nada e para tirar é ao contrário as calças é a mesma coisa.” E7</p> <p>“Para vestir-se (…) é que ela não se vista a andar, que é o que ela fazia (…) agora tem que se sentar e ela não quer fazer isso (…) por causa do desequilíbrio, é muito importante (…) ainda no outro dia caí (…)”E9</p> <p>“São elas que me vestem.” E10</p>
	Locomoção e Transferência	<p>“(…) nas escadas colocamos anti-derrapantes nos degraus precisando da ajuda da minha esposa principalmente nos primeiros 15 dias (…)” E1</p> <p>“Usava a minha esposa, o móvel ou a parede como tripé, dava-me a confiança (…)” “(…) para a fisioterapia continuo a levar os sapatos fechados de velcro, são mais simples.” E1</p> <p>Eu andava numa cadeira de rodas, mas o senhor doutor tirou-me (…) ajuda-me sempre, uma de cada lado.” E4</p> <p>“(…) comprei-lhe um andarilho, mas ela até nem conseguia andar com andarilho, só mesmo agarrada, ela própria não conseguia andar com andarilho sozinha.” E5</p> <p>“(…) começo já a andar um bocadinho, (…) tenho o andarilho (…)” E7</p> <p>“(…) ela tem que se aperceber que só pode andar com uma coisa na mão, mas pega em duas e quer andar com duas ao mesmo tempo(…)” E9</p> <p>“Com a perninha assim é impossível.” E10</p>
Limitações	ou Presentes	“Ainda não tentei conduzir por causa do pé direito é no travão (…)” E1

<p>complicações que interferiram na independência para o autocuidado.</p>		<p>“Escrever tinha muita dificuldade, não conseguia ler o que tinha escrito (...)” E1</p> <p>“No início estava um pouco confuso, (...) perguntava a mesma coisa 7 /8vezese não me lembrava de nada, (...) até que aos pouquinhos aos pouquinhos, mas em tudo foi melhorando em relação à família, aquilo que ia fazer, em relação a que dia era, ao que íamos comer.” E1</p> <p>“(...) custa-me a andar.” E1</p> <p>“(...) alguma coisa está diferente, a força está diferente (...) não tenho aquela forcinha que tinha.” E4</p> <p>“(...) ela quase não andava, nem se levantava sozinha, de uma cadeira, já se consegue levantar sozinha (...) andar ia com os pés quase de rastos (...) braço esquerdo, mesmo com a fisioterapia (...) quase não mexe o braço e continua com muitas dores (...) inchado.” E5</p> <p>“(...) não andava, estava aleijada do braço e da perna.”E7</p> <p>“Ontem fizeram-me apanhar feijões (...) não dá, nem para apanhar as coisinhas pequenas.” E7</p> <p>“Só consigo a camisa de dormir.” E7</p> <p>“(...) doente totalmente dependente, ele não faz nada sozinho (...)” E8</p> <p>“(...) com o direito só com a ajuda do esquerdo. Ele tenta levantar mas não faz nada sozinho.” E8</p> <p>“(...)a perna (...) levanta-a muito devagarinho (...) mas quase nada.” E8</p> <p>“(...) estava habituada a dar banho sozinha (...)” E9</p> <p>“No andar, no desequilíbrio (...) tem de comprar uma bengala (...) mas ela não quer (...)” E9</p> <p>“(...) tenho deficiência nesta mão, se é carne partem aos bocadinhos (...) a esquerda às vezes penso que vai pegar em alguma coisa e deixa cair tudo.” E10</p> <p>“Não vou, faço tudo na fralda (...) o intestino é enganador, eu digo que fiz (...) não tem nada. E10</p> <p>“A única independência que tenho é comer sozinha pela minha mão, de resto sozinha não consigo fazer nada.” E10</p> <p>“Eu percebi logo que não conseguia fazer que eu via a mão e não mexia os dedos.” E10</p>
	Ausentes	<p>(...) ela faz tudo completamente sozinha.” E2</p> <p>“Não, vestia-me, lavava-me, tudo direitinho.” E4</p>

Sentimentos face à doença.	Vergonha	“O que me custa mais é quando um miúdo (...) me limpa o rabinho (...) limpa à frente ou para me dar banho (...) custa-me muito verem assim a gente, tenho vergonha (...)” E4
	Tristeza	“(...) de um momento para o outro precisar de alguém, não é? Sou franca, fico triste, triste, fico assim oh meu deus.” E4 “Não consigo tratar de mim sem ter que pedir tudo, é uma tristeza, coitadinha da minha filha... Quando vou a casa é ela a minha enfermeira.” E10