

**Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Reabilitação**

Relatório de Estágio

**Intervenções do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na promoção do  
autocuidado na pessoa com alterações da  
mobilidade de origem neurológica**

**Cátia Vanessa Pereira da Silva Fonseca**

**Lisboa**

**2017**

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble a stylized wave or a series of brushstrokes.



**Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Reabilitação**

Relatório de Estágio

**Intervenções do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na promoção do  
autocuidado na pessoa com alterações da  
mobilidade de origem neurológica**

**Cátia Vanessa Pereira da Silva Fonseca**

Orientador: Professor Doutor Miguel Serra

**Lisboa**

**2017**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”

Antoine de Saint-Exupéry



## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu marido Ricardo, pela cumplicidade e compreensão, e ao meu filho Dinis, que no meio da sua inocência e tenra idade me brindou com o melhor sorriso de incentivo.

Aos meus pais, Dina e Vítor, pelo apoio incondicional e a força motriz no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos amigos que estiveram sempre presentes.

Ao professor Miguel Serra pela disponibilidade e orientação demonstradas ao longo deste meu percurso.

Aos enfermeiros dos locais onde realizei o ensino clínico pelo acolhimento e integração.

Aos enfermeiros orientadores, [REDACTED] e [REDACTED] pelos conhecimentos e experiência transmitidos e disponibilidade.

A minha chefe, Enfermeira Helena Bernardes, pela compreensão e disponibilidade para que pudesse realizar este meu percurso.

As enfermeiras especialistas em Reabilitação do meu serviço, Carla Bogalho e Sandra Joaquim, pela partilha de conhecimentos e apoio. À equipa de enfermagem do meu serviço que mais do que colegas de trabalho, demonstraram o seu apoio, compreensão e amizade neste trajeto.

As pessoas alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação e suas famílias, pois sem eles não seria possível desenvolver esta minha caminhada.

Finalmente, a mim mesma pelo desafio superado.

A todos sem exceção o meu mais profundo e sincero agradecimento!



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CER – Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

EC – Ensino Clínico

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa Coordenadora Local

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

ER – Enfermagem de Reabilitação

IBM – Índice de Barthel Modificado

MMSE – *Mini Mental State Examination*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SGB – Síndrome Guillain-Barré



## RESUMO

As doenças neurológicas, quer de etiologia vascular quer de carácter geral, constituem um dos programas prioritários de saúde preconizados pela Direção Geral da Saúde (DGS), acometendo a população em geral sem particularizar uma faixa etária. Considerando os dados estatísticos e os estudos desenvolvidos, esta problemática torna-se atual e pertinente à intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

O desenvolvimento de políticas de saúde com vista à mudança de comportamentos, à educação para a saúde e à prevenção de complicações, são estratégias a adotar e a investir na filosofia de cuidados. O EEER tem um papel privilegiado no desempenho destas funções, seja na vertente preventiva ou de readaptação/reabilitação a um acontecimento, acompanhando a pessoa/família na vivência deste processo transicional. Além do desenvolvimento e implementação de programas de reabilitação diferenciados que visam a autonomia e a potencialização da capacidade funcional da pessoa, o EEER é detentor de competências e características de liderança, funcionando como elo dinamizador nas equipas de saúde.

A escolha da temática em torno do autocuidado justifica-se, uma vez que, é um conceito central da prática de enfermagem de reabilitação (ER), como enunciado nas competências específicas do EEER pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Assim, o título do presente documento retrata a “Intervenção do EEER na promoção do autocuidado na pessoa com alterações da mobilidade de origem neurológica”.

Através da produção do relatório de estágio, pretendo descrever, analisar e refletir, à luz da evidência científica e de uma prática fundamentada, as atividades propostas que espelham o desenvolvimento das minhas competências enquanto futura EEER.

**Palavras-chave:** autocuidado, atividades de vida diária, alterações da mobilidade, intervenções do EEER, doenças neurológicas.



## **ABSTRACT**

Neurological diseases, both of vascular and general etiology, are one of the priority health programs recommended by the General Direction of Health (DGS), affecting the general population without particularizing an age group. Considering the statistical data and the studies developed, this issue becomes current and pertinent to the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing (EEER).

The development of health policies aimed at behavior change, health education and prevention of complications are strategies to adopt and invest in the philosophy of care. The EEER has a privileged role in the performance of these functions, either in the preventive or readaptation/rehabilitation to an event, accompanying the person/family in the experience of this transitional process. In addition to the development and implementation of differentiated rehabilitation programs that aim at the autonomy and the enhancement of the person's functional capacity, the EEER possesses competencies and leadership characteristics, functioning as a driving force in health teams.

The choice of the topic of self-care is justified, since it is a central concept of the practice of rehabilitation nursing, as stated in the specific competencies of the EEER by the Order of Nurses (OE). Thus, the title of this document portrays the "EEER intervention in promoting self-care in the person with neurological mobility disorders".

Through the production of the traineeship report, I intend to describe, analyze and reflect, in the light of scientific evidence and reasoned practice, the proposed activities that mirror the development of my competences as a future EEER.

**Keywords:** Self-care, daily life activities, mobility disorders, EEER interventions, neurological diseases.



Índice	
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>1. O caminho percorrido no desenvolvimento de competências em Enfermagem de Reabilitação</b> .....	29
1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista .....	29
1.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal .....	30
1.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade .....	32
1.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados .....	34
1.1.4. Competências do domínio das aprendizagens profissionais .....	37
1.2. Competências Específicas do EEER .....	38
1.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados .....	39
1.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania .....	50
1.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa .....	56
<b>2. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	59
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	63

## **ANEXOS**

**Anexo I** – Folha de Reeducação Funcional Motora adaptada no serviço de Neurologia

**Anexo II** – Exercícios de RFM no domicílio

**Anexo III** . Escala GUSS adaptada ao serviço de Neurologia

## **APÊNDICES**

**Apêndice I** – Projeto de Estágio

**Apêndice II** – Formação para cuidadores domiciliários com título: “Cuidar de Si para cuidar do Outro”

**Apêndice III** – Panfleto sobre orientações para o cuidador formal e informal

**Apêndice IV** – Folha de registo de avaliação dos Pares Cranianos

**Apêndice V** – Estudo de caso

**Apêndice VI** – Caderno de atividades de estimulação cognitiva



## INTRODUÇÃO

O presente relatório tem como finalidade a descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas em contexto de estágio, sintetizando desta forma o meu percurso de aprendizagem no desenvolvimento de competências do EEER. Este surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação - da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, dando continuidade ao Projeto de Estágio inicialmente estabelecido (Apêndice I). Como é proposto para a elaboração de trabalhos escritos, este relatório seguirá as normas da American Psychological Association (APA).

Considerando as competências específicas do EEER, o tema deste relatório de estágio é: **“Intervenções do EEER na promoção do autocuidado na pessoa com alterações da mobilidade de origem neurológica”**.

Deste modo, os objetivos do relatório de estágio assentam numa abordagem descritiva, reflexiva e de análise crítica do percurso planeado e realizado, visando o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER operacionalizadas em contexto de Ensino Clínico (EC), de acordo com o cronograma estipulado. Com a realização deste relatório pretendo aprofundar conhecimentos técnico-científicos, mas também das dimensões ético-legal, social e económica da prática de enfermagem de reabilitação, promovendo a minha capacidade de abertura e perspetiva a novos paradigmas.

A estrutura do relatório pretende demonstrar, de forma concisa e clara, o desenvolvimento dos objetivos referidos anteriormente, encontrando-se organizada da seguinte forma: a presente introdução, que consiste na apresentação e justificação da problemática, objetivos e atividades desenvolvidas em contexto de EC e o enquadramento conceptual em torno das temáticas da promoção do autocuidado e autonomia da pessoa com alterações da mobilidade de origem neurológica, tendo por base a teoria do autocuidado de Orem; o segundo capítulo que ilustra o caminho percorrido no desenvolvimento de competências enquanto futura EEER e o último capítulo que engloba as considerações finais sobre o percurso desenvolvido e as perspetivas futuras.

A fundamentação científica que sustenta o enquadramento conceptual e análise do percurso desenvolvido relativamente às competências do EEER foi realizada através de revisão da literatura, utilizando as bases de dados científicas como a CINHAL *Plus* e a MEDLINE, e pesquisa adicional no Google académico, em fontes teóricas primárias, em teses de mestrado e relatórios de estágio.

No sentido de operacionalizar o projeto de formação, realizei o EC numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do ACES de Lisboa e Vale do Tejo, no período de 7 semanas, e no Serviço de Neurologia de um dos hospitais de Lisboa, no período de 9 semanas.

Deste modo, na ECCI do ACES de Lisboa e Vale do Tejo a população caracteriza-se pelos dois extremos dos grupos etários, havendo muitos jovens e também pessoas idosas. As necessidades identificadas na população, pelo EEER, reportam-se principalmente a idosos com alterações da mobilidade (de origem orto-traumática ou cerebrovascular) e jovens com doenças neurodegenerativas e a escassez de recursos materiais e financeiros para a adaptação do domicílio às suas necessidades.

A ECCI é constituída por 5 enfermeiras, sendo apenas uma EEER, não podendo iniciar e desenvolver um projeto de reabilitação a que se possa dar continuidade nas suas ausências. Além disso, devido à falta de recursos humanos, presta os cuidados gerais à população no domicílio, focando os cuidados especializados em enfermagem de reabilitação essencialmente nos ensinamentos de autocuidado e treino de atividades de vida diária (AVD). O fator tempo e de recursos humanos tem uma elevada influência no desenvolvimento de programas de reabilitação e projetos especializados na comunidade, uma vez que não haverá um seguimento diferenciado e ajustado às necessidades de cada pessoa, nem uma adequada avaliação dos resultados e continuidade dos cuidados.

Relativamente ao segundo contexto de EC, a média de idades da população é de aproximadamente 60 anos, com uma média de internamento de cerca de 8 dias. As principais patologias são o Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico, hematomas sub-aracnoideus, crises epiléticas, Síndrome de Guillain-Barré (SGB), Miastenia Gravis, Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) e Encefalopatia Espongiforme Bovina ou Doença de Creutzfeldt-Jakob.

A equipa de enfermagem é constituída por cinco EEER, dos quais quatro realizam turnos rotativos a prestarem cuidados gerais, não restando tempo para a continuidade e exclusividade de cuidados de enfermagem de reabilitação (CER). A única EEER que realiza exclusivamente manhãs encontra-se maioritariamente destacada para a prestação de cuidados especializados em reabilitação, não lhe sendo atribuídos doentes nesse turno, a não ser que as necessidades do serviço assim o exijam. Os CER englobam o treino de AVD, a realização de levante e transferência, treino de marcha, o treino da deglutição (principalmente em doentes que sofreram AVC e apresentam alterações da deglutição) e a realização de exercícios de reeducação funcional respiratória, nomeadamente nos doentes com ELA e SGB.

A escolha desta temática advém de influência profissional e da experiência pessoal. Ao exercer a minha atividade profissional num serviço de Especialidade de Doenças Infeciosas confronto-me na minha prática de cuidados com pessoas com a mobilidade comprometida quer por etiologia infecciosa, neurovascular ou por doenças neurodegenerativas. No seu exercício profissional, o EEER atua em várias áreas de intervenção visando a maximização da funcionalidade da pessoa<sup>1</sup>, desenvolvendo as suas capacidades. Não obstante a relevância da etiologia patológica, o EEER foca a sua intervenção numa abordagem holística da pessoa, de forma a dar uma resposta personalizada à satisfação das suas necessidades.

Tal como Hesbeen (2003) refere, o espírito de reabilitação é algo inerente ao enfermeiro que orienta a prática de cuidados de acordo com a individualidade de cada pessoa sem a reduzir ao seu problema de saúde. Neste contexto, é possível compreender a pertinência do estudo desta problemática, na medida em que pretende focar-se nas intervenções do EEER na promoção do autocuidado da pessoa com alterações da mobilidade de origem neurológica, ao invés de se limitar à etiologia patológica. Enquanto EEER descentalizamo-nos do modelo biomédico para prestarmos cuidados especializados de reabilitação centrados na pessoa.

---

<sup>1</sup> Para melhor compreensão deste documento o conceito pessoa reporta a pessoas de idade adulta e o conceito família reporta a familiares diretos, pessoas significativas e cuidadores informais.

A temática em questão torna-se relevante no sentido em que a prevalência das doenças neurológicas tem um grande impacto na qualidade de vida e na capacidade funcional da pessoa. Como a literatura nos revela, a prevalência das doenças neurológicas tem vindo a aumentar nos últimos anos devido a alterações de comportamento e estilos de vida, da estrutura etária da população e do desenvolvimento científico e tecnológico (Natário, Pontes, Trigo, Fontes, Lima e Oliveira, 2001). Já Ferreira (2011) corrobora esta realidade ao afirmar que as doenças neurodegenerativas e cerebrovasculares são as afeções neurológicas mais prevalentes, intimamente associadas ao envelhecimento da população.

As doenças neurológicas resultam de dano ou lesão do sistema nervoso central e/ou periférico com impacto na pessoa e na sua família (Department of Health, 2005), sendo a principal causa de restrição à participação e de dependência nas suas atividades de vida (Kirton, Jacj, O'Brien & Roe, 2011 citado por Silva, 2016). As doenças neurológicas afetam cerca de um bilião de pessoas no mundo (OMS, 2007) e, especificamente no Reino Unido, cerca de 10 milhões de pessoas são afetadas por doenças neurológicas e representam cerca de 20% das admissões em hospitais de agudos (Kirton, Jacj, O'Brien & Roe, 2011 citado por Silva, 2016).

As consequências das patologias neurológicas além de estarem relacionadas com défices do controlo motor, também vão causar alterações da sensibilidade e da perceção assim como a nível comportamental, emocional e cognitivo (Dickstein, Sheffi, Markovici, 2004).

O domínio das alterações da mobilidade é estudado por várias disciplinas das ciências da saúde, tendo múltiplas causas (OE, 2013), contudo torna-se mais específico na ótica de ER, pois não estamos apenas a focar alterações dos sistemas e patologias, mas sim a capacidade funcional<sup>2</sup> da pessoa. A uniformização dos cuidados de enfermagem pela linguagem CIPE vem reforçar o domínio de ER no estudo da mobilidade comprometida, sendo esta

---

<sup>2</sup> O conceito capacidade funcional é definido por Hoeman (2000, p. 745) como a “capacidade para desempenhar uma variedade de competências necessárias às atividades físicas, cognitivas, comportamentais e sociais”. De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), este conceito refere-se à “aptidão de um indivíduo para executar uma tarefa ou uma ação e visa indicar o nível máximo provável de funcionalidade que a pessoa pode atingir num dado domínio, num dado momento (...) a aptidão do indivíduo ajustada ao ambiente” (OMS, 2004, p. 17).

denominação definida como diagnóstico de enfermagem. Também Fricke (2010) enfatiza a importância da mobilidade para o desempenho das AVD e das necessidades da pessoa, particularmente as necessidades psicossociais que garantam a qualidade de vida. Assim sendo, enquanto EEER temos que investir na otimização das potencialidades da pessoa com alterações da mobilidade, no sentido de promover a sua reeducação funcional e a sua capacidade para o autocuidado e, conseqüentemente, a sua reintegração familiar e social (OE, 2013).

De facto, são várias as estruturas do corpo e sistemas associadas com a mobilidade, logo é compreensível que as pessoas sofram de problemas relacionados com esta atividade de vida que condiciona muitas das outras AVD. A capacidade de uma pessoa mover-se e mobilizar os membros de forma coordenada e manter um bom alinhamento corporal, é fundamental para que o organismo desempenhe eficazmente todas as suas funções (Cruz, 2007). Vários estudos demonstram os benefícios da atividade física sobre o organismo, sendo que a inatividade pode comprometer a satisfação da necessidade de se mover e manter uma boa postura (Cruz, 2007). Após uma lesão neurológica podem ocorrer modificações do grau de força de vários grupos musculares e, conseqüentemente, alterações da mobilidade e/ou imobilidade. Por sua vez, estas alterações conduzem à limitação da amplitude articular provocando contraturas articulares e musculares, devido a um aumento de colagénio e posterior fibrose, o que torna as articulações rígidas e os músculos mais curtos. Simultaneamente, a imobilidade provoca também a diminuição da força muscular, o que compromete a irrigação sanguínea, a atividade metabólica e diminui o débito de oxigénio, conduzindo à atrofia muscular com repercussões ao nível da coordenação motora, má qualidade de movimento e, por fim na autonomia (Cruz, 2007). Segundo Boechat, Manhães, Filho & Istoe (2012) a imobilidade prolongada provoca 10% a 15% de perda de força muscular por semana e 50% em três ou cinco semanas.

A ER assume aqui um papel fundamental na prevenção de complicações, na promoção da autonomia e do autocuidado, de acordo com as limitações funcionais da pessoa e da sua predisposição para o desenvolvimento de um programa de reabilitação. Segundo Hoeman, Liszner e Alverzo (2011), a recuperação do movimento realiza-se pela terapia do mesmo como um dos

requisitos fundamentais no processo de reabilitação destas patologias. Os objetivos gerais desta terapia visam prevenir a síndrome de desuso e outras complicações, potencializando o desempenho ideal das AVD e atividades instrumentais de vida. Para que hajam resultados efetivos, vários autores defendem que os cuidados de enfermagem devem ser iniciados o mais precocemente possível, logo que as lesões sejam identificadas e a pessoa se encontrar clinicamente estável, permitindo identificar as incapacidades, planejar intervenções e implementá-las com o objetivo de atingir uma melhor independência possível (Faro, 2006). Estas intervenções vão evitar complicações músculo-esqueléticas secundárias, como contraturas dos tecidos moles, ombro doloroso, ou neurológicas como a espasticidade (Menoita, 2012).

No entanto, antes de traçar um plano e implementar intervenções de reabilitação, deve ser realçada a importância da neuro-avaliação. Marques-Vieira, Sousa e Braga (2016), afirmam que a avaliação minuciosa vai permitir ao EEER estabelecer diagnósticos precisos e definir o programa de reabilitação. Para isso é fundamental a utilização de testes padronizados, válidos e adaptados à população para avaliar a gravidade do compromisso do(s) membro(s) superior e inferior afetado(s), a nível da força, coordenação, tónus, amplitude articular e dor (Miller et al, 2010). Deste modo, estes instrumentos vão servir de fundamento na tomada de decisão na prática clínica, de forma a avaliar adequadamente a ajuda que a pessoa/família necessita na mobilidade e no autocuidado (Marques-Vieira, Sousa e Braga, 2016).

Através da correta neuro-avaliação, identificamos não só os défices motores, mas também as alterações da sensibilidade e sensoriais que se repercutem na capacidade de mobilidade da pessoa. Segundo Duchene (2011), o EEER deve ter presente que qualquer pessoa com alterações neurológicas, além dos défices motores, pode apresentar perdas sensoriais e défice de sensibilidade. Como tal, a pessoa deve estar educada no sentido de adotar medidas de segurança em relação ao ambiente, uma vez que, o seu sistema sensorial não tem a capacidade de fornecer ao organismo os sinais de alerta sobre pressão excessiva, potencial lesão dos tecidos e localização do corpo no espaço (Duchene, 2011). A dor também é um fator que limita a capacidade de mobilidade da pessoa. Por exemplo, as pessoas com alteração da mobilidade, mas sem alterações da sensibilidade, como na doença de Parkinson, podem

sentir dor e desconforto e não serem capazes de transmitir, pelo que devem ser tomadas medidas de gestão da dor como um posicionamento adequado da pessoa, psicoterapia e terapia ocupacional, bem como a otimização da terapêutica analgésica (Oliver, 2010).

Além destas medidas de manutenção do ambiente e reeducação sensitiva e sensorial, as atividades e exercícios terapêuticos como: rolar e levantar, ponte; treino de equilíbrio; treino de exercícios com a bola terapêutica; treino de força muscular/fortalecimento muscular ou anaeróbico e treino de endurance/resistência ou aeróbico, também vão contribuir para a reeducação da função sensório-motora (Coelho, Barros e Sousa, 2016). Exercícios como as mobilizações passivas vão permitir a manutenção da integridade do tecido ósseo, a nutrição da cartilagem, a proteção das superfícies articulares, a promoção da extensibilidade e contractilidade do tecido muscular, o retorno venoso e a eficiência neuromuscular (Kisner & Colby, 2009). Posteriormente, a correta e efetiva aplicação de um programa de mobilizações ativas depende do conhecimento que o EEER tem da pessoa, do grau de participação, da confiança, dos aspetos educacionais e do respeito pelo limiar da dor (Coelho, Barros e Sousa, 2016), bem como a progressão clínica. De acordo com o estudo de Cooke, Mares, Clark, Tallis, Pomeroy (2010), os exercícios de fortalecimento muscular e treino de AVD melhoram a funcionalidade e força do membro superior e a velocidade da marcha.

A integração das atividades e exercícios terapêuticos no treino de AVD<sup>3</sup> permite o aumento da força muscular e da amplitude de movimento articular, melhora o equilíbrio e a capacidade de marcha, promovendo a independência no autocuidado (Vigia, Ferreira e Sousa, 2016). As AVD são frequentemente usadas para a avaliação do autocuidado (Petronilho, 2012), através da utilização de instrumentos de avaliação como o Índice de Barthel, o Índice de Katz e a Medida de Independência Funcional.

---

<sup>3</sup> O termo AVD refere-se ao conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma no seu quotidiano (Parecer nº 12/2011). Estas atividades podem ser subdivididas em dois grupos: Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diárias (AIVD). Estão descritas na literatura seis ABVD: Higiene Pessoal, Controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários, Vestuário, Locomoção, Transferência e Alimentação.

Deste modo, a pessoa com défice de autocuidado necessita de uma avaliação criteriosa da sua situação de saúde e do grau de dependência que advém, de modo a determinar o tipo de ajuda que necessita, assim como, o reajuste de materiais e dispositivos de apoio que garantam a segurança da pessoa e a sua autonomia e a prevenção de complicações. No domicílio há particularidades que devem ser adaptadas às suas limitações que têm que ser esclarecidas com a família (Menoita, 2012).

De acordo com a avaliação inicial da pessoa e suas condições e necessidades, o EEER planeia e adequa as suas intervenções de modo a atenuar o problema identificado. Muitas vezes é necessário recorrer aos Produtos de Apoio, que incluem dispositivos, equipamento, instrumentos, tecnologia e *software* especialmente produzido e disponível para prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar qualquer impedimento, limitação da atividade e restrição na participação (ISO 9999/2007, Despacho nº 7197/2016). Estes meios têm o seu impacto no posicionamento correto, estabilização do corpo ou partes do corpo, na prevenção de deformidades e na realização de tarefas de forma segura (Menoita, 2012). De acordo com a mesma autora, é importante disponibilizar informação escrita e ensinar o uso de produtos de apoio, com a finalidade da sua utilização correta e segura, promovendo a sua funcionalidade na plenitude (Menoita, 2012).

Além das condições inerentes à própria pessoa, há que considerar a disponibilidade dos produtos de apoio. Em 2005, em Portugal, foi redigida a primeira versão do Catálogo Nacional das Ajudas Técnicas (CNAT). Em 2009, foi criado o sistema de atribuição de produtos de apoio (SAPA) (Decreto-Lei nº 93/2009) que funciona como intermediário entre as necessidades da pessoa e os recursos existentes na comunidade. Em Portugal, os produtos de apoio são subsidiados a 100% quando fazem parte da lista homologada ISO 9999/2007 e prescritas pelo médico do Centro de Saúde, Hospital e/ou nos Centros de Reabilitação. Cabe ao EEER o aconselhamento de produtos de apoio adequados às necessidades e capacidades económicas da pessoa/família, podendo ser desenvolvidos artesanalmente ou disponibilizados a título de empréstimo em unidades de saúde, sendo da responsabilidade do profissional avaliar a eficácia e segurança dos materiais.

A mobilização destes recursos e o sucesso do processo de reabilitação não seria possível sem a coordenação e complementaridade de intervenções especializadas multidisciplinares que convergem em prol das necessidades e objetivos da pessoa/família.

Quando um programa de reabilitação é iniciado atempadamente e de acordo com as necessidades da pessoa, num processo contínuo desde a entrada no hospital até à reabilitação na comunidade e desenvolvido pelo EEER integrado em equipas multidisciplinares, possibilita melhores resultados clínicos, ganhos efetivos ao nível da qualidade de vida, diminuição dos défices, menor tempo de internamento e, como tal, menores custos, prevenindo deste modo o surgimento de complicações (World Health Organization, 2011, Barbosa, 2012 citado por Ferreira, 2014).

Alguns estudos realizados em pessoas que sofreram AVC mostram que a recuperação da capacidade da pessoa para a realização das AVD apresenta melhores resultados após a integração num programa de reabilitação (Kim, Lee e Sohng, 2014), em que 3 meses após o AVC, 7 de 10 AVD atingiram o seu máximo potencial (Kong e Lee, 2014).

Atualmente, o enfoque dos CER visa enfatizar as capacidades de autocuidado, em detrimento das incapacidades e das limitações, centrando-se no potencial de funcionalidade da pessoa de desenvolver o seu próprio processo de reabilitação, daí que se justifique o tema deste projeto. Assim, a literatura revela-nos que o foco dos cuidados do EEER é a pessoa/família e o ambiente que a envolve e as suas capacidades e vontade de serem participantes ativos no processo de readaptação funcional. Na sociedade atual é premente que as políticas de saúde atuais sejam orientadas para a responsabilização e envolvimento das pessoas e famílias para o autocuidado no que diz respeito às AVD, bem como o desenvolvimento de comportamentos de saúde, visando uma parceria de cuidados com os profissionais de saúde (Petronilho, 2012).

Portanto, justifica-se a exploração do Modelo Teórico de Orem aplicado às intervenções de enfermagem de reabilitação para a promoção do autocuidado na pessoa com alterações da mobilidade. Orem (2001) construiu a **Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado** que engloba três teorias inter-relacionadas: a **Teoria do Autocuidado**, a **Teoria do Défice de Autocuidado**

e a **Teoria dos Sistemas de Enfermagem**. De acordo com a mesma autora, na Teoria do Autocuidado, este é definido como a capacidade do indivíduo em iniciar a realizar atividades que visem a manutenção das necessidades básicas de vida, da saúde e do bem-estar, para seu próprio benefício (Orem, 2001). Refere-se ainda, a um processo de manutenção da saúde e gestão da doença, desempenhando um papel fundamental na saúde dos indivíduos e proporcionando *outcomes* positivos diretamente relacionados com os resultados clínicos (Petronilho, 2012).

A realização dos requisitos de autocuidado depende do grau em que são conhecidas e do modo como se compreende as formas de os satisfazer, pressupondo a sua devida avaliação (Orem, 2001). Assim, no Modelo de Orem, a meta é ajudar as pessoas a satisfazerem as suas próprias exigências terapêuticas de autocuidado (Taylor, 2004), quando a pessoa não é capaz de determinar ou prestar esse cuidado a si própria, surgindo neste âmbito os cuidados de enfermagem. Orem (2001) defende que os cuidados de enfermagem se constituem como um conjunto de atividades que visam satisfazer as necessidades de autocuidado das pessoas e que permitem reforçar as suas capacidades de autocuidado de modo a que atinjam o máximo de autonomia, obtendo *outcomes* positivos para a sua saúde, bem-estar e desenvolvimento.

Nesta lógica, a missão do EEER é ajudar a pessoa e família a desenvolver estratégias de adaptação positiva ao seu estado de saúde, promovendo a sua autonomia e o máximo potencial de autocuidado e capacidade funcional. Logo surge a Teoria do Défice de Autocuidado que estabelece a relação existente entre as capacidades de ação da pessoa e as suas necessidades de autocuidado, determinando assim os momentos em que os cuidados de enfermagem são necessários (Orem, 2001). Ou seja, quando as necessidades são superiores à capacidade da pessoa autocuidar-se, surge um défice de autocuidado (Petronilho, 2012).

Deste modo, torna-se evidente que o EEER é o profissional detentor de conhecimentos e competências para identificar os défices da pessoa para o seu autocuidado, planeando e implementando em conjunto com a mesma, intervenções que a tornem agente de autocuidado. No entanto, quando tal não é possível, o enfermeiro assume por um certo período de tempo a função de

agente de autocuidado, não descurando a capacidade de determinação e autonomia na tomada de decisão da pessoa.

Como foi dito anteriormente, cabe ao EEER identificar o déficit de autocuidado na pessoa, compreendendo e avaliando a relação entre as necessidades da pessoa e as suas capacidades de autocuidado, adequando a sua intervenção. A aplicabilidade da Teoria do Autocuidado de Orem vai ao encontro da filosofia dos cuidados de Enfermagem, na medida em que possibilita à pessoa, família e comunidade tomar iniciativa, assumir responsabilidades e participar na consecução do seu projeto de saúde e bem-estar (Pereira, 2012).



## 1. O caminho percorrido no desenvolvimento de competências em Enfermagem de Reabilitação

Neste capítulo passo a descrever, analisar e refletir sobre os objetivos e atividades realizadas em contexto de EC, cujo produto final retrata o percurso percorrido no desenvolvimento de competências em ER. De forma a organizar a seguinte análise e facilitar a sua compreensão, decidi dividir os sub-capítulos pelas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do EEER.

Antes de mais senti necessidade de recorrer à etimologia da palavra competência, de modo a compreender mais profundamente o desenvolvimento das minhas competências enquanto pessoa e profissional. Competência vem do Latim *competere* (lutar, procurar ao mesmo tempo), de *com* (junto), mais *petere* (disputar, procurar, inquirir) (in dicionário eletrónico “Origem da Palavra”). Esta é a forma mais primordial, ligada à conquista de territórios e bens e à guerra. Esta definição foi sofrendo mutações de acordo com as exigências da humanidade e da evolução da sociedade. Assim, atualmente a definição de competência está interligada ao campo profissional, à detenção de conhecimentos científicos e do saber-fazer, sendo que esta refere “um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar” (OE, 2003, p.16).

Neste sentido, a seguinte reprodução será o retrato do desenvolvimento das minhas competências enquanto futura EEER, interligando os objetivos e atividades propostas inicialmente no Projeto com as competências de enfermeiro especialista (comuns e específicas) preconizadas pela OE.

### 1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns do Enfermeiro Especialista são descritas como as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e acessória. (OE, 2010a, p.2).

Estas competências encontram-se definidas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

#### 1.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O desenvolvimento de competências neste domínio reporta à tomada de decisão do enfermeiro especialista na sua área de intervenção, baseada no respeito pelos princípios éticos, pelo Código Deontológico e elementos de enquadramento jurídico.

Deste modo, considero que ao longo do EC, em ambos os contextos, planeei e implementei intervenções que assentaram no respeito pela pessoa como ser holístico e detentor de autonomia e autodeterminação, promovendo a parceria com a pessoa/família na consecução do seu projeto de saúde. Promovi o respeito pelos direitos da pessoa/família e as suas crenças e valores, fornecendo-lhe a informação necessária para o processo de tomada de decisão. Pautei a minha prática de cuidados pelo respeito ao direito à privacidade, a confidencialidade e o sigilo profissional da pessoa, abstendo-me de juízos de valor.

Como explanado na Deontologia Profissional de Enfermagem, “as normas deontológicas têm sido continuamente interpretadas, numa clara harmonia entre o amplo quadro jurídico em que estão inseridas e no respeito pelos valores e pelos princípios éticos que fundamentam o agir profissional do enfermeiro.” (OE, 2015, p. 9). Obviamente estes são os valores, princípios e deveres que orientam a nossa prática, quer seja enfermeiro de cuidados gerais, quer seja enfermeiro especialista, sendo esta a conduta que pauta a minha prestação de cuidados em contexto hospitalar. Não obstante, ao ter contacto direto na prestação de cuidados na comunidade, estes valores são interpretados a um nível mais complexo. Isto porque, a pessoa/família encontra-se numa situação de vulnerabilidade, contudo com uma atitude mais confiante e segura e, por vezes, até ambivalente no que diz respeito à receptividade dos cuidados de enfermagem, pois encontra-se no seu ambiente de conforto. De acordo com o estudo realizado por Duarte (2010) os cuidados no domicílio são “alicerçados na inter-relação que

se estabelece entre a enfermeira, a pessoa e o seu ambiente familiar e social” (p. 84).

Deste modo, a pessoa/família e o próprio profissional apresentam comportamentos diferentes consoante o ambiente que os rodeia, seja em termos habitacionais, de objetos familiares ou da presença de alguém que lhe inspire confiança. Da experiência que tive na ECCL, ao entrar pela primeira vez no domicílio da pessoa/família, houve alguma tensão de ambas as partes, procurando-nos conhecer de forma a compreender o que esperar, identificar as necessidades e intervir neste sentido. De facto, eu senti-me uma intrusa, eu era uma visita, que poderia ser ou não bem acolhida de acordo com a minha atitude e comportamento. Segundo o mesmo autor (Duarte, 2010), este conhecimento mútuo no estabelecimento da relação terapêutica é fulcral para estabelecer as fronteiras de intervenção, sendo que “a pessoa e família contribuem com o saber específico da sua situação de saúde e das suas necessidades enquanto a enfermeira contribui com as suas competências e habilidades profissionais e pessoais” (p. 85).

Esta experiência em contexto domiciliário fez-me refletir acerca da minha postura na minha prática de cuidados, até que ponto posso/podemos ter uma atitude paternalista ou autoritária com o “nosso” foco de cuidados. Efetivamente, as características do contexto hospitalar não são as ideais para estabelecer uma relação de parceria de cuidados com a pessoa/família, uma vez que a preparação para a alta não é realizada, frequentemente, em conjunto com a pessoa/família, em que o mais importante em termos administrativos é o tempo de internamento. Enquanto EEER, devemos ser capazes de mobilizar os nossos conhecimentos e competências na prática de cuidados gerais, podemos ser a voz dinamizadora e de alerta para a identificação de necessidades da pessoa/família, trabalhando em equipa multidisciplinar e em parceria com a família, tornando-a gradualmente mais participativa no regresso a casa do seu familiar.

Por fim, importa referir o contributo dos EEER no processo de supervisão clínica, assim como da equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar, que criaram um ambiente favorável à minha integração e conhecimento dos contextos onde desenvolvi os EC, proporcionando um sentimento de pertença nas equipas. Também a minha atitude pró-ativa e de busca de conhecimento,

através da pesquisa de evidência científica, permitiram uma integração tranquila e evolutiva em termos do meu percurso de desenvolvimento de competências de EEER. Como evidenciado neste domínio, o EEER deve promover “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”. Assim, a minha intervenção enquanto futura EEER foi pautada pela responsabilidade profissional inerente à prática de cuidados, sendo capaz de avaliar as minhas intervenções e partilhar os resultados numa ótica de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional.

### 1.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

O desenvolvimento deste domínio de competências permitiu-me proporcionar e manter um ambiente terapêutico seguro, mobilizando saberes, conhecimento e capacidades relacionais, e simultaneamente respeitando e integrando os valores, crenças, preferências e necessidades da pessoa/família.

Transversal aos dois contextos de EC, e inerente à responsabilidade profissional, garantir a segurança dos cuidados prestados à pessoa/família foi sempre uma preocupação. Deste modo, a avaliação, planeamento e implementação dos CER foram concebidos, discutidos, analisados e executados em conjunto com o EEER orientador, promovendo uma autonomia e confiança crescente nas minhas capacidades técnicas e nos conhecimentos desenvolvidos, imprimindo também na pessoa alvo de cuidados uma maior segurança. A presença do EEER orientador supervisionando a execução correta da técnica e o treino constante aliado à pesquisa da evidência científica, possibilitaram uma aprendizagem exponencial e promotora de cuidados de qualidade.

Garantir a segurança do ambiente físico é uma das competências profissionais inerentes a todos os enfermeiros, porém o EEER é detentor de competências específicas para avaliar e desempenhar diversas atividades, nomeadamente a avaliação das condições de segurança do piso, a utilização correta dos diversos produtos de apoio e do uso de vestuário e calçado apropriado ao treino de marcha. Este foi outro dos aspetos a ter em consideração aquando do planeamento de cuidados e sua implementação, estando presente em ambos os EC. No entanto, tornou-se um desafio bastante enriquecedor no

contexto domiciliário na medida em que, deparamo-nos com o imprevisto, adequando as nossas respostas às condições e recursos do contexto (por exemplo a negociação com a pessoa/família em relação aos materiais – tapetes, móveis, etc – que possam ser um obstáculo à marcha).

Planeei e implementei atividades que visaram o desenvolvimento da competência supracitada, identificando as necessidades de formação em serviço nas áreas com défices em cuidados de enfermagem. Na ECCI, não havendo nenhum projeto de ER implementado ou algo desenvolvido na área, fez-me sentido investir na educação para a saúde, nomeadamente, de um parceiro comunitário: os cuidadores domiciliários. Para contextualizar, os cuidadores domiciliários são agrupados na definição de cuidadores formais, sendo capazes de prestar “cuidados no domicílio com remuneração e com poder decisivo reduzido, cumprindo tarefas delegadas pela família ou pelos profissionais de saúde que orientam o cuidado” (Batista, 2012, p. 34). Perante esta definição torna-se imprescindível a educação e supervisão deste grupo profissional por parte do EEER, cuja intervenção visa a gestão do risco e prevenção e antecipação de complicações, garantindo a qualidade dos cuidados.

Desta forma, ao sondar a parceria entre a ECCI e as Instituições Particulares de Solidariedade Social e seus colaboradores, deparei-me com alguns défices na realização de determinados procedimentos na satisfação das AVD, particularmente na mobilização, posicionamentos e transferência de pessoas com alterações da mobilidade e o risco acarretado pela sua incorreta técnica para ambos os intervenientes (cuidadores domiciliários e a pessoa alvo dos cuidados). Após a identificação do problema, com o parecer do EEER orientador, desenvolvi uma formação (Apêndice II) e panfleto (Apêndice III) no âmbito da temática supracitada, a uma equipa de cuidadores domiciliários. Este contributo foi deixado para que possa haver uma continuidade dos cuidados e o fortalecimento das relações terapêuticas entre os parceiros sociais, obtendo assim ganhos em saúde.

No que diz respeito aos registos de ER, estes são um instrumento valioso na garantia da continuidade de cuidados. Os registos eram processados de maneira diferente em ambos os EC. Na ECCI eram realizados em sistema informatizado (SClínico®) com linguagem CIPE, enquanto em contexto hospitalar os registos de ER eram descritos em formato tradicional de papel,

assunto que abordarei mais adiante. No que concerne ao EC no Serviço de Neurologia, constatei que não havia folha própria de registo de enfermagem de reabilitação na avaliação dos pares cranianos, sendo efetuado na folha de Reabilitação Funcional Motora (RFM) (Anexo I) em notas livres. Para uniformizar e organizar os dados da avaliação dos pares cranianos, estabeleci uma folha de registo (Apêndice IV) que foi anexada à folha de RFM. Com a elaboração deste instrumento de registo, consegue-se monitorizar a evolução da pessoa, mas também demonstrar as competências do EEER na avaliação neurológica e as intervenções que são planeadas e implementadas a partir daí.

### 1.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados

Neste domínio de competências o enfermeiro especialista colabora e intervém nas tomadas de decisão da equipa multidisciplinar, contribuindo com os seus conhecimentos e competências para a melhoria do processo de cuidados. Adota um papel de liderança na equipa, tendo a capacidade de gestão de recursos humanos e materiais, delegando tarefas sob a sua supervisão. Identifica as necessidades da pessoa e família em termos de cuidados de enfermagem e quando referenciar para outros profissionais de saúde, mobilizando os recursos sociais e comunitários e as ajudas técnicas disponíveis.

Em ambos os EC a avaliação inicial da pessoa e as suas capacidades funcionais para o autocuidado, assim como o ambiente envolvente (familiar, habitacional, social, laboral), é fundamental para planear as intervenções a implementar num programa de reabilitação que tenha em consideração os recursos disponíveis, humanos e materiais, respeitando a metodologia adotada pela equipa/instituição onde estagiei.

Como referi anteriormente, na fase inicial dos EC a presença do EEER foi crucial para promover a minha autonomia na prestação dos cuidados de ER, garantindo um ambiente terapêutico seguro e o estabelecimento de uma relação de confiança com a pessoa/família. Também facilitou o desenvolvimento das minhas competências no processo de tomada de decisão relativamente ao plano de CER. Neste sentido, nos dois contextos de EC, os cuidados eram planeados numa ótica reflexiva e de partilha de conhecimentos com o EEER. Os CER eram planeados em função da avaliação das necessidades de cada pessoa, da sua

evolução clínica e, especificamente em meio hospitalar, perspetivando as necessidades que a pessoa/família teria no domicílio, garantindo a continuidade dos cuidados através da referenciação no seio da equipa multidisciplinar, dos parceiros sociais na comunidade e/ou necessidade de integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). No âmbito dos cuidados na comunidade, a experiência na ECCI possibilitou-me outra perspetiva do papel do EEER na gestão dos cuidados a nível micro e macro, ou seja, consegui compreender em primeira mão como se processa a referenciação da pessoa desde a avaliação pela Equipa de Gestão de Altas (EGA) até à ECCI e, posteriormente, pela Equipa Coordenadora Local (ECL) e Equipa Coordenadora Regional e a necessidade de ingresso em Unidades de Internamento.

Certo é que para o desenvolvimento de competências do domínio da gestão dos cuidados, é imprescindível o julgamento clínico que, segundo Tanner (2006), trata-se de um processo extremamente complexo sendo necessário em situações clínicas caracterizadas pela sua ambiguidade e conflito de valores e interesses. Além desta complexidade requer uma flexibilidade para reconhecer, interpretar e responder adequadamente a aspetos salientes de uma situação clínica indefinida. Devido à complexidade de situações com que nos deparamos diariamente na prestação de cuidados, o EEER é dotado de capacidade de julgamento clínico, na medida em que, possui conhecimentos e competências técnico-científicas relativas a aspetos da apresentação e evolução clínica da pessoa, mas também a própria experiência da doença tanto para a pessoa e família e a sua capacidade de *coping* e rede de suporte (Tanner, 2006).

De ressaltar as reuniões que se realizavam de 2 em 2 semanas com a ECCI e mensalmente com a ECL<sup>4</sup>, para discussão dos diversos casos no âmbito clínico, social, familiar e da necessidade de referenciação para os diversos apoios da RNCCI. Nas reuniões da ECCI encontravam-se presentes a equipa de enfermagem, que como referi é constituída por 3 enfermeiras especialistas (1

---

<sup>4</sup> A nível local, a coordenação é assegurada por equipas, em princípio, de âmbito concelhio. As equipas coordenadoras locais são constituídas de modo multidisciplinar por representantes da Administração Regional de Saúde e da Segurança Social, devendo integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um assistente social e, sempre que necessário, um representante da autarquia local, designado pelo respetivo presidente da Câmara Municipal ([www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGestaoRedeServicoRecursosemSaude/CuidadosContinuadosIntegrados/RNCCI/tabid/1149/language/pt-PT/Default.aspx](http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGestaoRedeServicoRecursosemSaude/CuidadosContinuadosIntegrados/RNCCI/tabid/1149/language/pt-PT/Default.aspx))

EEER e 2 EEEMC<sup>5</sup>) e 2 enfermeiras, a enfermeira-chefe, 2 assistentes sociais, 1 psicóloga e 1 médica. Nestas reuniões, compreendi o papel do EEER em termos de identificação das necessidades e da gestão dos recursos disponíveis para colmatar esses défices. Particpei nas reuniões, dentro do possível, dando o meu contributo na avaliação das necessidades das pessoas/famílias, na caracterização do suporte familiar e social e na mobilização dos recursos disponíveis como estratégia a adotar para a resolução das necessidades identificadas.

No contexto do EC no Serviço de Neurologia, todas as semanas processavam-se duas reuniões, uma relativamente à Neurologia Geral às terças-feiras e às quartas-feiras de Neurologia Vasculuar. Delas constavam os vários profissionais da equipa multidisciplinar (Médicos, Enfermeiros e EEER, Terapeuta da Fala, Dietista, Assistente Social, Fisioterapeuta), havendo espaço para a intervenção e partilha de conhecimentos de todos, em que o papel do EEER predominava na avaliação da pessoa quanto à sua esfera familiar, social e laboral, assim como o grau de dependência no autocuidado em que se encontrava e os apoios que necessitaria aquando da alta, estando na linha de frente na referenciação da pessoa para a EGA e, posterior, encaminhamento na RNCCI. Tenho presente uma reunião no Serviço de Neurologia, em que um utente internado há cerca de 3 dias teria alta clínica na semana da dita reunião, com referenciação para manter programa de reabilitação. No entanto, a equipa médica não teve em consideração as limitações funcionais que o utente tinha e que se repercutiam na sua capacidade para o autocuidado, bem como o seu estado emocional no momento (com antecedentes pessoais de depressão, encontrava-se com humor bastante lábil e deprimido). Estando a acompanhar a situação do utente e com conhecimento da rede de suporte familiar e suas condições (emocionais, físicas, laborais, habitacionais), pude intervir, em conjunto com a EEER orientadora, no sentido de alertar a equipa multidisciplinar para este panorama e atuarem em equipa e em conformidade. Como resultado, o planeamento da alta foi protelado até condições mais favoráveis, mantendo programa de reabilitação e preparando a família (foram realizados ensinios acerca de transferência da cama para a cadeira de rodas e vice versa, entrada

---

<sup>5</sup> EEEMC – Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica

e saída da banheira, correta postura corporal e princípios de mecânica corporal para prevenção de lesões músculo-esqueléticas, utilização de produtos de apoio) para o seu regresso a casa.

#### 1.1.4. Competências do domínio das aprendizagens profissionais

Enquanto futura EEER, desenvolvi a minha capacidade de auto-conhecimento, que é central na prática de enfermagem, identificando aspetos que possam interferir na relação terapêutica e multidisciplinar, revelando “a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (OE, 2010a, p. 9). Desenvolvi as minhas competências relacionais, mobilizando conceitos teóricos e conhecimentos científicos relativos a técnicas de comunicação e estabelecimento de relação terapêutica. A utilização destes recursos ajudou-me a reconhecer possíveis situações de conflito e responder eficazmente na sua gestão, colhendo aprendizagens positivas. Desenvolvi a minha capacidade de gerir emoções e valores pessoais para não interferirem na qualidade dos cuidados prestados, sabendo reconhecer a minhas limitações em conjunto com a orientação do EEER.

Este conjunto de competências concorrem para uma prática reflexiva, sendo que esta promove “uma potencial situação de aprendizagem, pois permite que através desta o sujeito se torne sabedor daquilo que faz e de como o faz” (Zeichner citado por Santos & Fernandes, 2004, p. 59). Ao longo do EC, baseei a minha prática de cuidados em evidência científica, mobilizando conhecimentos empíricos e teóricos, bem como o uso da metodologia de prática reflexiva apreendida nas Unidades Curriculares do tronco comum. Por questões de organização pessoal, optei por realizar reflexões semanais mas já transpostas para o próprio relatório. Realizei notas de campo que me auxiliaram na construção da descrição e análise das atividades do presente relatório. Como forma de demonstrar o trabalho desenvolvido no âmbito dos cuidados de ER, organizei o meu pensamento através de estudos de caso (Apêndice V).

Além do recurso a estes instrumentos de reflexão, as oportunidades de partilha de conhecimentos e experiências com os EEER orientadores e restante equipa multidisciplinar, favoreceu a minha capacidade de análise dos contextos que a pessoa/família se insere, permitindo planear intervenções e mobilizar

recursos adequados à situação. Volto a frisar o caso específico do EC realizado na ECCI, uma vez que, vindo de um contexto profissional diferente, não estava tão sensibilizada e informada quanto à reorganização dos centros de saúde no novo modelo de ACES e do funcionamento da RNCCI quanto às respostas<sup>6</sup> que oferece às necessidades dos utentes, os critérios de referenciação à ECCI e respetivas unidades da rede, a plataforma informatizada da RNCCI e como funciona em termos de registo dos dados e todo o processo de referenciação na RNCCI de forma a otimizar recursos e gerar eficiência.

Benner (2001) afirma que no desenvolvimento profissional o indivíduo (enfermeiro) passa por cinco níveis de experiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. A mesma autora defende que as “práticas de cuidar precisam de ser apresentadas e recuperadas (...) porque elas sustentam as relações de confiança que tornam a promoção da saúde, a sua restauração e reabilitação possíveis” (Benner, 2001, p. 16).

Deste modo, arrisco-me a afirmar que ao longo do EC fui desenvolvendo o meu nível de experiência, no que concerne às competências específicas do EEER, passando de iniciado a um nível mais avançado que permitiu, não só o meu desenvolvimento pessoal e profissional, mas também a qualidade e segurança dos CER.

## 1.2. Competências Específicas do EEER

Ao determo-nos na definição de reabilitação do preâmbulo do Regulamento das Competências Específicas do EEER, constatamos que “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.” (Regulamento nº 125/2011, p. 8658).

---

<sup>6</sup> A RNCCI está implementada ao longo de todo o território de Portugal Continental através das Unidades de Internamento (Unidade de Convalescença, Unidade de Cuidados Paliativos, Unidade de Longa Duração e Manutenção, Unidade de Média Duração e Reabilitação, Unidade de internamento de Cuidados Pediátricos de nível 1 e Unidade de Ambulatório Pediátrica) e Unidades Domiciliárias (Equipa de Cuidados Continuados Integrados e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos)

Partindo desta premissa, a concretização de determinadas atividades propostas inicialmente no Projeto de Estágio, permitiu o desenvolvimento de competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas do EEER. Neste sentido, os exemplos descritos e analisados em contexto de EC não são exclusivos de uma determinada competência, podendo contribuir para várias.

Deste modo, a intervenção do EEER assenta em três conjuntos de competências, que servirão de guia orientador e organização da descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas em EC. Além desta base de fundamentação, os contributos da Teoria do Autocuidado de Orem e a evidência científica relevante disponível, são imprescindíveis para a produção desta reflexão.

#### 1.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

Ambos os contextos de EC foram bastante enriquecedores em oportunidades de aprendizagem em que pude desenvolver conhecimentos e competências na avaliação da funcionalidade da pessoa alvo de cuidados. De acordo com a definição preconizada pela CIF (OMS, 2004), funcionalidade é o termo genérico para as funções e estruturas do corpo, atividades e participação, correspondendo aos aspetos positivos da interação entre um indivíduo com uma condição de saúde e o seu contexto (ambiental e pessoal).

A partir da avaliação da funcionalidade podemos determinar o grau de capacidade da pessoa para o autocuidado, indo ao encontro dos pressupostos defendidos na Teoria do Autocuidado de Orem (2001), em que a pessoa pode ser classificada como *agente de autocuidado*, quando a sua capacidade de autocuidado se encontra preservada, ou então *agente dependente de cuidados*, quando essa capacidade se encontra em défice e necessitam que esse cuidado seja prestado por terceiros. Quando a responsabilidade dos cuidados prestados partir da ação profissional de enfermeiros, então passa a ser denominado de *agente de autocuidado terapêutico* (Orem, 2001).

Neste contexto, fez-me sentido organizar a colheita de dados por tópicos que permitem identificar e avaliar a pessoa quanto à sua história pessoal (contexto familiar, social, laboral, habitacional), aos seus antecedentes clínicos

e familiares, à história de doença atual e suas intercorrências e, por fim, a avaliação da sua funcionalidade (neuromotora, cognitiva, cardiorespiratória, alimentação e eliminação). A avaliação da funcionalidade permite compreender a capacidade da pessoa para o autocuidado, ajudando a determinar o tipo de cuidados necessários, constituindo assim indicadores para um diagnóstico mais preciso de cuidados (Araújo, Paúl e Martins, 2011). Para isto, recorri a vários instrumentos de avaliação da funcionalidade e, especialmente, a mobilização do Índice de Barthel Modificado<sup>7</sup> (IBM) para a determinação da capacidade de autocuidado da pessoa e, por sua vez, o grau de dependência na realização das AVD. A escolha desta escala justifica-se pelo que a literatura nos revela, sendo um dos instrumentos de avaliação de AVD que apresenta resultados de confiabilidade e validade muito consistentes (Paixão Júnior & Reichenheim, 2005).

Segundo Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007, p. 61), o Índice de Barthel é utilizado essencialmente em contexto hospitalar, unidades de convalescença e centros de reabilitação devido à sua

fácil aplicação e interpretação, baixo custo de aplicação, o poder ser repetido periodicamente, (o que permite monitorizações longitudinais), o consumir pouco tempo no seu preenchimento são algumas das características que fazem desta medida construída sobre bases empíricas uma das mais utilizadas na clínica e na investigação para avaliar o grau de dependência.

Em ambos os contextos, não estava implementada nenhuma escala de avaliação da capacidade da pessoa para a realização das AVD e, conseqüentemente, a determinação do seu grau de dependência. Além da evidência científica, o facto de no serviço onde exerço funções estar implementada o IBM, foi decisivo na minha escolha dado que já tinha tido um primeiro contacto na prestação direta de cuidados.

Esta avaliação inicial é imprescindível para traçarmos um programa de reabilitação focado na pessoa/família e nas suas áreas de limitação funcional e, desta forma, conseguirmos compreender os ganhos em saúde obtidos com a

---

<sup>7</sup> O índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Ricardo, 2012)

intervenção especializada do EEER. Tendo realizado em primeiro lugar o EC em contexto comunitário, tive oportunidade de estar mais desperta para os aspetos ambientais e do contexto sócio-familiar da pessoa, que tanto influenciam a capacidade de participação e de autocuidado como os défices das funções dos sistemas.

O ambiente é um aspeto fundamental a avaliar, pois poderá assumir uma influência positiva ou negativa no processo de reabilitação. Em contexto hospitalar é complicado fazer uma avaliação direta e rigorosa das condições habitacionais da pessoa/família, podendo essencialmente inquirir acerca de possíveis barreiras arquitetónicas e meios para as colmatar. No EC no serviço de Neurologia, este era um dos aspetos a avaliar inicialmente, de forma a planear intervenções de reabilitação adaptadas às possíveis limitações no domicílio. Nos dois contextos de EC mobilizei conhecimentos acerca dos produtos de apoio disponíveis, recorrendo ao apoio da Assistente Social e sob orientação do EEER, e das adaptações que se poderia realizar no domicílio respeitando a vontade e costumes da pessoa/família (existência de espaço físico suficiente, recomendando-se uma área de 2,5 m livres desde o centro da cama (OE, 2013); piso com condições de segurança – retirar tapetes devido ao risco de quedas, manter piso seco; manter espaço de circulação livre de objetos que propiciem a queda).

Paralelamente, o contexto sócio-familiar em que a pessoa se encontra inserida, também tem um grande peso na motivação da pessoa em participar no programa de ER. O conceito de família tem vindo a sofrer alterações na sua definição, dando lugar a um conceito de família multigeracional que compreende não só um conjunto de indivíduos emocionalmente ligados, mas também indivíduos não ligados por laços biológicos, como sejam os amigos e vizinhos (Sousa, Patrão e Vicente, 2012). Deste modo, compreender a dinâmica familiar é fundamental, quer em meio hospitalar quer na comunidade, na medida em que permitiu-me avaliar a rede de suporte da pessoa e de que forma esta influencia a motivação do próprio, bem como a motivação e desgaste emocional do principal cuidador. Na ECCI, tive oportunidade de contactar com uma família em que a principal cuidadora era uma mãe de um jovem com Paralisia Cerebral, cuja situação crónica e com várias agudizações e internamentos recorrentes, conduziram a uma sobrecarga emocional da cuidadora. Constatei junto da

própria a rede de apoio familiar e como a situação afetava os restantes membros da família, avaliando através de instrumentos validados que fundamentassem a minha intervenção, como foi o caso do recurso da Escala de Zarit Modificada. Após esta avaliação inicial, validei com a EEER orientadora e sinalizei a situação à Assistente Social e Psicóloga da ECCL, de forma a garantir a continuidade de cuidados. Aplicado ao idoso, mas transversal ao longo do ciclo de vida, Sequeira (2010, p. 182) defende que

é imprescindível que o cuidador, (...), seja considerado o alvo prioritário e de intervenção para os profissionais de saúde, com o intuito de se avaliarem as suas capacidades para a prestação de cuidados, o seu estado de saúde, as dificuldades que emergem do contexto e as estratégias que pode utilizar.

No âmbito da temática do projeto e da consecução do EC e, após a avaliação inicial da funcionalidade, os cuidados de enfermagem de reabilitação centraram-se no planeamento e implementação de programas de reeducação funcional sensório-motora e cognitiva, reeducação funcional respiratória (RFR) e promoção do autocuidado através do treino de AVD.

No que diz respeito à reeducação funcional sensório-motora, para a avaliação sistematizada da mobilidade, foram aplicadas as escalas de avaliação da força muscular (Escala de *Lower*), de avaliação da espasticidade se aplicável (Escala de *Ashworth* Modificada), de avaliação do equilíbrio (Escala de *Berg*), de avaliação do grau de dependência nas AVD (IBM) e, no caso das situações de pessoas com AVC, a avaliação dos pares cranianos. No serviço de Neurologia, tive ainda a oportunidade de aplicar a *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS), já implementada no mesmo.

O recurso aos instrumentos de avaliação supracitados bem como a interpretação de meios complementares de diagnóstico (por exemplo imagens radiológicas e auscultação pulmonar), permitiu identificar com rigor os problemas (atuais e potenciais) de ER, planear e definir as prioridades de intervenção e avaliar a eficácia das medidas implementadas.

No que diz respeito à experiência decorrida em contexto comunitário, deparei-me com jovens adultos em situações de doença crónica e degenerativa (Paralisia Cerebral, Mielomeningocele, Distrofia Muscular de Duchenne, Sarcoglicanopatia) e idosos em situações de dependência e com síndrome de imobilidade associada à ação de múltiplas patologias descompensadas

(alterações cardiorrespiratórias, endocrinológicas e vasculares, processos demenciais). As intervenções neste âmbito visam sobretudo a manutenção da funcionalidade ou a reeducação e adaptação a determinadas sequelas, integrando-as no seu quotidiano e prevenindo o aparecimento de complicações. Por sua vez, embora no contexto hospitalar estejamos perante situações agudas ou agudizações de doenças crónicas, a intervenção do EEER também vai ao encontro destes objetivos, pelo que torna-se importante perspetivar a médio e longo prazo para garantir a continuidade de cuidados.

Deste modo, o programa de reeducação funcional sensoriomotora contemplava a realização de exercícios terapêuticos, treino de equilíbrio, treino de transferência e levante, adaptados às necessidades da pessoa e às suas limitações. Dentro do possível, as visitas domiciliárias processaram-se em média 3 vezes por semana, com uma duração de cerca de 1h, enquanto no serviço de Neurologia traçavam-se as intervenções a realizar num turno de acordo com a situação clínica da pessoa (estabilidade hemodinâmica, intercorrências neurológicas, realização de exames complementares de diagnóstico), a dinâmica do serviço e as necessidades da pessoa.

Em relação à RFM na pessoa com AVC, os exercícios têm como objetivos evitar ou diminuir a instalação insidiosa da espasticidade, estimular a sensibilidade, treinar o equilíbrio, reeducar o mecanismo reflexo-postural e estimular movimentos do lado afetado (Menoita, 2012). Para atingir estes objetivos, foram planeados e executados exercícios como a facilitação cruzada, o posicionamento em padrão anti-espástico, a estimulação sensorial, atividades terapêuticas e mobilizações passivas e, posteriormente, ativas assistidas e resistidas.

Na facilitação cruzada, coloquei a mesa de apoio do lado afetado do corpo para que a pessoa pudesse trabalhar, através da linha média, sobre o lado não afetado do corpo, assim como abordava a pessoa do lado afetado de modo a criar um estímulo sistemático. Isto vai permitir estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado; reeducar o reflexo postural do lado lesado; estimular a sensibilidade postural; reintegrar o esquema corporal e facilitar o autocuidado (Menoita, 2012).

Tive a oportunidade de acompanhar o caso de uma pessoa com AVC desde o momento da entrada no serviço de Neurologia, tendo iniciado

atempadamente, e de acordo com a avaliação do estado geral, da força muscular e défices sensoriomotores, os exercícios que referi anteriormente e também um programa de mobilizações. Inicialmente foram realizadas mobilizações passivas e, gradualmente, mobilizações ativas assistidas. Obviamente este programa foi explicado à pessoa para que esta fosse um elemento participativo nos exercícios e compreendesse os seus benefícios, garantindo o seu conforto e o posicionamento e alinhamento corporal correto para uma boa execução dos movimentos. Deste modo, as mobilizações devem ser realizadas 2 a 3 vezes por dia e repetidas, no mínimo, 10 vezes em cada movimento; executadas até ao limite da dor, da fadiga e da tolerância da pessoa, respeitando a amplitude articular; realizadas de forma coordenada e repetida, para a formação do engrama motor; controladas, segurando o segmento a mobilizar em torno das articulações e efetuadas do segmento distal para o proximal e num segmento do hemicorpo, enquanto o outro deve estar em posição anti-espástica (Branco e Santos, 2010; Direção Geral da Saúde, 2010). Estes princípios foram respeitados, exceto a realização 2 a 3 vezes por dia, pois encontra-se apenas um EEER a exercer funções exclusivas, pelo que foram feitos ensinamentos à pessoa com o objetivo de realizar autonomamente alguns exercícios terapêuticos de acordo com a sua capacidade funcional. De ressaltar que as mobilizações foram realizadas também no hemicorpo menos afetado, introduzindo alguma resistência, com o intuito de prevenir complicações osteo-articulares e musculares.

Como exemplo de uma situação no contexto da ECCL, implementei um programa de mobilizações ativas assistidas e, de acordo com o grau de compreensão da pessoa e a sua tolerância, fui introduzindo resistência nas mobilizações recorrendo a garrafas de água de 0.5 l para mobilização dos segmentos dos membros superiores. Foi um processo que necessitou de várias repetições até ser feito corretamente, uma vez que a pessoa tinha uma idade avançada e com défices de atenção e memória devido a um processo demencial instalado. As estratégias adotadas vão ao encontro da estimulação cognitiva que falarei mais adiante, mas que tem a sua relevância para que os exercícios de RFM sejam realizados corretamente. Assim, foi necessário a associação de estímulos visuais e auditivos aos exercícios, à medida que vão sendo realizados pela pessoa, (por exemplo ser a pessoa a contar as repetições). Isto vai facilitar

a neuroplasticidade, em que “a combinação da prática mental com a física, traz grandes benefícios para a formação do engrama motor (...)” facilitando “a armazenagem do movimento na memória” (Oliveira, 2000, p. 11). Ou seja, ativamos várias áreas corticais em simultâneo: a pré-motora (para planeamento do movimento que vai realizar), a motora (para execução do movimento) e a sensitiva (recetora do *feedback* visual e auditivo).

As atividades terapêuticas desenvolvidas englobaram exercícios de rolar (para o lado menos afetado e para o lado afetado), ponte e rotação controlada da anca, automobilização (no leito e sentado na cadeira de rodas com superfície de trabalho), carga no cotovelo do lado afetado e exercícios de equilíbrio (estático e dinâmico sentado), que contribuíram para o levante e transferências e para o treino de marcha controlada.

Quanto aos exercícios de treino de equilíbrio na posição ortostática foram realizados com recurso a espelho quadriculado para facilitar as correções posturais e também exercícios com a pessoa apoiada em superfície fixa (nos pés da cama ou no corrimão de apoio no corredor do serviço), respeitando o controlo da respiração para evitar uma reação vagal (Coelho, Barros, Sousa, 2016), visando o fortalecimento da musculatura dos segmentos corporais a mobilizar (flexão plantar, flexão do joelho, flexão e extensão da coxofemoral e abdução da perna). Outra situação de cuidados que acompanhei, em que se justificava pela avaliação da força e de equilíbrio, introduzi resistência nestes exercícios através do uso de faixas elásticas. Por exemplo, no domicílio temos que ser criativos e mobilizar recursos da própria pessoa para realizar os exercícios, como foi o caso que mencionei anteriormente, em que usei as costas duma cadeira para treino de equilíbrio.

Nos dois contextos de EC, treinei e, simultaneamente, ensinei a pessoa a realizar exercícios que podem ser executados confortavelmente sentada numa cadeira de apoio de antebraços (Anexo II), para que possa dar continuidade aos cuidados no domicílio e, assim, garantir a manutenção da sua autonomia e capacidade para o autocuidado.

Realizei também a técnica de transferência da cama para a cadeira de rodas e vice-versa, ensinando à pessoa e família a técnica correta e a garantia da segurança dos dois intervenientes, na prevenção de quedas e de complicações músculo-esqueléticas. Sentada em cadeira de rodas, estimulei a

pessoa a realizar automobilização, a manter os membros superiores apoiados numa superfície de trabalho (não tínhamos no serviço uma transparente que iria facilitar a integração do hemicorpo lesado no esquema mental), tendo o membro superior afetado em padrão anti-espástico e os pés devidamente apoiados no chão, incentivando, por períodos, a cruzar o membro inferior menos afetado sobre o afetado.

Ainda no que diz respeito a transferência e exercícios na cadeira de rodas, recordo o exemplo de uma utente que devido a diagnóstico de Mielopatia ainda a esclarecer, ficou paraplégica. Inicialmente sem indicação para levantar, foram realizados exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores, com recurso a resistência com faixas elásticas, pesos e bastão, preparando-a posteriormente para o levantar e transferência para a cadeira de rodas. Foi ensinado à utente a realizar transferência para cadeira de rodas com tábua de transferência e a realizar exercícios de *push-up* na cadeira.

Antes de iniciar o treino de marcha, foi fundamental definir metas realistas em conjunto com a pessoa e avaliar a segurança do ambiente, bem como pontos de repouso caso fosse necessário. Foi sempre frisado a importância de ter calçado adequado para prevenir quedas e permitir o correto apoio do pé no chão para uma melhor estabilidade. Previamente ao início do treino de marcha, o equilíbrio foi avaliado para então definir a necessidade de meios auxiliares de marcha e a melhor adequação do produto de apoio. No serviço de Neurologia, foi realizado treino de marcha com apoio de andarilho estático e dinâmico, em duas situações diferentes. No âmbito da ECCI, foi possível recorrer à canadiana para o treino de marcha. Ainda no contexto domiciliário, desenvolvi um “trilho” com pegadas e obstáculos para que a pessoa pudesse em simultâneo treinar o equilíbrio e a marcha. Também foi realizado treino de escadas em ambos os contextos de EC.

No treino de AVD referente à alimentação, pude fazer a avaliação de disfagia através da adaptação da Escala GUSS (Anexo III) implementada no serviço de Neurologia e, de acordo com as alterações identificadas, planejar os cuidados de enfermagem de reabilitação. O treino de deglutição contribui para melhorar o *timing*, coordenação, velocidade de reação, planeamento motor e amplitude de movimentos das estruturas envolvidas na deglutição (Athukorala, Jones, Sella & Huckabee, 2014), reduzindo o risco de pneumonia de aspiração.

Na pessoa com alterações da deglutição são várias as abordagens a adotar: técnicas posturais, estimulação sensitiva, mudanças voluntárias na deglutição, exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular, alterações na dieta e cinesiterapia respiratória (Braga, 2016). No contexto de EC, coloquei em prática a técnica postural (flexão e extensão cervical, rotação cervical para o lado afetado, flexão lateral para o lado são) e alguns exercícios de amplitude e fortalecimento muscular (assobiar, mover os lábios como se estivesse a dar beijinhos, movimentos de sucção, fazer som de estalar com a língua, colocar a língua para fora da boca o máximo possível e lateralizar a língua para cada lado da boca) que vão ao encontro dos exercícios de reeducação dos músculos da face que realizei com algumas pessoas com parésia facial central, em que a pessoa realizava estes movimentos à frente do espelho, repetindo 10 vezes cada um (“Unir as sobrancelhas”, “Enrugar a testa”, “Elevar as sobrancelhas”, “Fechar os olhos abruptamente”, “Sorrir”, “Mostrar os dentes”, “Assobiar”, “Encher a boca de ar” e “Depressão do lábio inferior”) (Braga, 2016; Menoita, 2012). Para além destas estratégias, a colaboração com a dietista e terapeuta da fala foi fundamental para a adequação da dieta às necessidades e vontade da pessoa e para a manutenção de exercícios mais específicos na disfagia.

Não menos importante na satisfação desta AVD, é a capacidade funcional da pessoa para se alimentar, pelo que foram realizados ensinamentos para colmatar este défice, como a pessoa alimentar-se usando a mão menos afetada, numa fase inicial, e se possível a afetada. No mercado, existem vários produtos de apoio para compensar esta limitação, no entanto no contexto hospitalar não existem os recursos para treinar, podendo essencialmente recomendar este tipo de dispositivos e realizar ensinamentos neste âmbito.

Relativamente ao treino de AVD cuidados de higiene, vestir e despir, desenvolvi competências essencialmente em contexto hospitalar, especificamente na pessoa com AVC. Com o objetivo de promover a sua autonomia e capacitar a pessoa no autocuidado, treinei e adaptei os ensinamentos ao contexto que teria no domicílio, ou seja, por exemplo os cuidados de higiene no hospital eram realizados em cadeira sanitária e em polibanco sem nível para a entrada da cadeira, enquanto muitas pessoas em casa tinham banheira. Deste modo, foi realizado ensinamento de entrada na banheira pelo lado do hemicorpo menos afetado e a saída pelo lado do hemicorpo afetado. Esclareci a pessoa e família

acerca dos produtos de apoio disponíveis e que poderiam ser necessários no domicílio (barras de apoio na banheira, cadeira para banheira), tendo em consideração as condições habitacionais e sócio-económicas da pessoa/família. Alertei para a manutenção de um ambiente seguro durante os cuidados de higiene, nomeadamente a verificação da temperatura da água com o lado do corpo não afetado, piso seco e inexistência de tapetes. Desenvolvi estratégias no treino do vestir e despir, na disposição da roupa e adaptações que podem ser feitas ao vestuário (uso de velcro, botões grandes e casas alargadas) e calçado (uso de sapatos com elástico ou velcro ou em caso de atacadores ensinar a técnica para a utilização de uma só mão) para tornar mais fácil a sua utilização.

Na satisfação da necessidade de eliminação, as medidas implementadas enquadram-se nas técnicas comportamentais, que têm como objetivo diminuir o número de ocorrências de incontinência e englobam a terapia comportamental, exercícios do pavimento pélvico coadjuvados pelo *biofeedback*, retenção de cone vaginal ou estimulação elétrica, educação da pessoa e cuidador familiar e reforço positivo pelos esforços e progressos (Branco, 2009; Pires, 2011). Das experiências em EC, e dum exemplo em particular na ECCI, as estratégias de intervenção na eliminação vesical e intestinal basearam-se na terapia comportamental (redução da ingestão hídrica a partir das 18h; horário definido para as micções com intervalos de 2h, exceto durante o sono; reforço positivo quando a pessoa permanece seca ou urina na casa de banho; gestão da alimentação – rica em fibras – e da medicação, que vai permitir estabelecer um trânsito intestinal previsível; aproveitar o reflexo gastrocólico, promovendo a defecação após as refeições, assegurando a privacidade e tempo para ir à casa de banho) (Branco, 2009; Menoita, 2012; Ribeiro, 2013). Neste exemplo específico, estas intervenções foram maioritariamente centradas na esposa que cuidava do marido que, por défice de atenção e memória e limitações funcionais motoras, necessitava de supervisão e ajuda parcial na satisfação dessas necessidades.

Mantendo em mente este exemplo, também foram planeadas intervenções com vista à estimulação cognitiva. Segundo Zanini (2010), a elevada incidência das demências e os défices cognitivos, de memória, de linguagem e de funções executivas que lhe estão associados, interferem diretamente na autonomia e no desempenho dos seus papéis social e

profissional. Como forma de avaliar os défices cognitivos deste utente, foi aplicado o *Mini Mental State Examination* (MMSE), cujo resultado foi de 8/30 pontos, classificando-se em perda cognitiva grave. Apesar desta classificação, este tipo de instrumentos de avaliação não podem ser definitivos quanto a um diagnóstico e num estudo recente verificou-se que o MMSE pode ser influenciado pela idade e pela escolaridade (Santana et al, 2016).

Nas intervenções desenvolvidas neste exemplo, destacam-se as técnicas de orientação para a realidade e treino de competências e a estimulação multissensorial. Em conjunto com a esposa e com conhecimento dos filhos, que constituíam um suporte familiar presente e ativo, foi aplicado um caderno de atividades de estimulação da memória, concentração, atenção e capacidades práticas (Apêndice VI). Cuidar de uma pessoa com demência pode ser cansativo e uma fonte de stress, os cuidadores podem isolar-se, daí a importância das pausas regulares e para a pessoa com demência é uma oportunidade de socializar e habituar-se que outras pessoas cuidem de si (Associação Alzheimer Portugal, 2016). Neste sentido, foi sugerido à esposa que o marido usufruísse de umas horas por dia no Centro de Dia com o objetivo de proporcionar um ambiente de estímulos sensoriais, cognitivos e de socialização, bem como um tempo livre para a própria poder descansar ou dedicar-se a outras atividades (por exemplo referiu necessitar, devido a problemas osteo-articulares, de praticar hidroginástica).

Em relação à RFR, não houve tantas oportunidades de desenvolvimento de competências nesse âmbito comparativamente à reeducação funcional sensoriomotora. Essencialmente foram desenvolvidas atividades em contexto hospitalar e o exemplo mais presente foi o de uma utente com diagnóstico recente de ELA, com tetraparesia de grau III de predomínio distal, sem alterações da deglutição, mas com alguma limitação funcional do ponto de vista da articulação da mandíbula pelo que a dieta tinha que ser adequada (dieta mole). Com necessidade de ser mobilizada no leito, de ajuda total nas transferências e na satisfação das AVD. Devido a esta imobilidade e ao estadió da doença, com antecedentes tabágicos e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, tinha necessidade de realizar exercícios de RFR e mobilização de secreções. Assim, as intervenções incidiram primeiramente sobre a redução da tensão psíquica e muscular através do posicionamento de conforto e relaxamento,

diminuindo assim a sobrecarga dos músculos acessórios, e conseqüentemente, a dispneia e a ansiedade, o que promove o controlo da respiração e a participação da pessoa (Menoita, 2012). Depois de explicar à pessoa o significado da minha avaliação (auscultação pulmonar, visualização do RX tórax, avaliação dos parâmetros vitais), pedi a sua colaboração e demonstrei em que consistiam os exercícios respiratórios e seus objetivos: controlo e dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdomino-diafragmática, reeducação diafragmática sem resistência, expiração com os lábios semi-cerrados e reeducação costal global e seletiva, seguida de exercícios de limpeza das vias aéreas (tosse assistida, manobras acessórias). De um modo geral, a utente colaborou ativamente e dentro das suas possibilidades nos exercícios de RFR, tendo resultados positivos e imediatos que se revelaram no aumento das saturações de oxigénio periféricas em 2%.

#### 1.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

O objetivo major dos CER visa a manutenção da capacidade funcional da pessoa, preservando a sua autonomia e dignidade, de forma a proporcionar a sua reintegração familiar e social e a sua participação ativa no exercício da cidadania. A intervenção do EEER incide na orientação, educação, capacitação da pessoa com limitação funcional, com vista à maximização do seu potencial, adaptando os recursos existentes às limitações da mesma.

Interligado a esta dimensão dos CER, surge o conceito de *empowerment* como instrumento facilitador da participação social da pessoa no contexto de intervenção do EEER. De acordo com Carvalho, Gomes, Dinis, Mesquita & Mestrinho (2007, p. 157), o conceito de *empowerment* "(...) traduz um processo de aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências por parte do cidadão, (...) claramente explicitados através da participação e tomada de decisão efectiva, permitindo o exercício responsável da cidadania".

É neste sentido que a intervenção do EEER ganha um papel preponderante na capacitação da pessoa e sua família na consecução do seu projeto de saúde, tendo a mais plena consciência das suas capacidades, direitos e deveres.

Focando na intervenção de enfermagem, Gibson (1991) citado por Carvalho, Gomes, Dinis, Mesquita & Mestrinho (2007), enuncia o modelo de *empowerment* para a enfermagem, relacionando o domínio do cliente, o domínio do enfermeiro e a interação cliente-enfermeiro, caracterizando cada constituinte desta trilogia. No domínio do cliente ressalta aspectos como a autodeterminação, motivação, sentimento de controlo, aprendizagens e melhoria da qualidade de vida e saúde. No domínio do enfermeiro ressalta as características de ajuda, conselheiro, educador e mobilizador de recursos. O resultado desta interação manifesta-se na construção de uma relação pautada pela confiança, empatia, tomada de decisão participativa, negociação, cooperação e estabelecimento de objetivos mútuos. O desenvolvimento de competências específicas de EEER irá permitir o estabelecimento desta relação e, desta forma, intervir "(...) na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na continuidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida." (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 1).

Ao longo dos EC, foi fundamental o estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa/família, com o objetivo de criar uma parceria de cuidados, visando a participação, autonomia e respeito pela dignidade e vontade da pessoa. Tendo como ponto de partida este pressuposto, o planeamento de intervenções de ER foi desenvolvido de acordo com a avaliação inicial da funcionalidade da pessoa, mas também do contexto em que se encontra inserida e os fatores psicológicos e emocionais que poderão influenciar a sua participação. Como exemplo, no contexto hospitalar vivenciei uma situação de cuidados em que a pessoa, após episódio de AVC da artéria cerebral média direita, apresentava diminuição da força do hemicorpo esquerdo (força de grau 4 a nível dos segmentos do membro superior, com cerca de 3 cm de queda na prova de braços estendidos; e força de grau 3 a nível do joelho e tibiotársica), tendo iniciado programa de mobilizações ativas assistidas, levante e transferência para o cadeirão e treino de equilíbrio sentado com recurso a espelho quadriculado. Posteriormente, iniciou treino de marcha com auxílio de andarilho estático. Mas ainda antes de iniciar treino de marcha, e preparando a pessoa para a máxima autonomia no autocuidado, foi realizado treino de AVD (cuidados de higiene, vestir e despir, levante, transferência para a cadeira de

rodas) em conjunto com a esposa. Apesar do seu estado emocional lábil e com antecedentes de síndrome depressivo, constatei que a pessoa apresentava maior predisposição para desenvolver a sua capacidade para o autocuidado quando se encontrava sozinho, pois na presença da esposa limitava-se a transferir a responsabilidade dos cuidados. A esposa demonstrava uma atitude pró-ativa e promotora da autonomia do marido, ao contrário de outras situações em que a família acaba por ter uma atitude paternalista e de substituição do próprio no autocuidado, não promovendo o potencial da pessoa.

Vários autores constataam que a depressão é a alteração emocional mais frequente no AVC. Estima-se que um terço das pessoas que sofreu AVC desenvolve depressão, tendo como fatores de risco associados o défice cognitivo, alterações na fala, défice funcional, história de depressão, localização cerebral, sexo, idade, AVC anterior e rede de suporte insuficiente (Terroni, Mattos, Sobreiro, Guajardo, Fráguas, 2009).

Tendo em consideração o exemplo descrito, a pessoa com antecedentes de depressão e em situação aguda pós AVC, ainda se encontra com limitações funcionais à realização do autocuidado, apresentando sentimentos de revolta, frustração, labilidade emocional ou mesmo apatia, transferindo a satisfação da necessidade de autocuidado para outro agente, neste caso a esposa. É fundamental que o EEER avalie o contexto familiar e rede de suporte, bem como o impacto que esta mudança de papéis e de transição no ciclo de vida tem no seio da família. De facto, este acontecimento vai afetar não só a própria pessoa, mas também a família, devido ao grau de dependência que a pessoa pode ter.

Assim, é de extrema importância avaliar o relacionamento da pessoa com a família, uma vez que constitui a trajetória para o desenvolvimento do constructo processual e dinâmico para a pessoa desenvolver de forma resiliente a capacidade de se recuperar e de adaptar às limitações funcionais (Moreira e Melo, 2005 citado por Pina, 2013).

No trabalho realizado por Pina (2013) no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a própria afirma que os

cuidados de enfermagem direcionaram-se para o incentivo, desenvolvimento de estratégias para aumentar as capacidades da pessoa e família relativamente a motivação, esperança, auto-estima, poder, tolerância ao stress e frustração, melhorar e aumentar as habilidades para enfrentar as situações e solucionar os problemas interpessoais (p. 34).

Transpondo para o contexto dos CER, a minha intervenção enquanto futura EEER, e não invadindo o domínio de outras especialidades, visou a integração da pessoa e família no planeamento e implementação dos cuidados, promovendo a sua participação, o que por sua vez aumentou a auto-estima, motivação e confiança da pessoa e família no seu potencial de recuperação.

No âmbito do EC na ECCI, além do envolvimento e capacitação da pessoa/família, a minha intervenção enquanto futura EEER também se centrou na capacitação dos parceiros sociais, nomeadamente os cuidadores domiciliários. Como tinha referido anteriormente, desenvolvi uma sessão de formação com o objetivo de prevenir complicações associadas aos posicionamentos, mobilizações e transferências, quer para a pessoa quer para o cuidador.

Segundo Januário (2013) são vários os estudos que demonstram a efetividade de um programa de reabilitação na manutenção ou aquisição de competências de autocuidado. Os comportamentos de autocuidado permitem reduzir o risco de complicações, melhorar a adaptação à doença, controlar sintomas, melhorar a funcionalidade e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida e reduzir a utilização dos serviços de saúde.

De acordo com o estudo realizado por Basak, Unver & Demirkaya (2015) sobre as AVD e o autocuidado em pessoas com Esclerose Múltipla, os mesmos afirmam que é fundamental avaliar a duração da doença e como esta influencia a capacidade de autocuidado e realização das AVD, de forma a compreender as limitações e incapacidade da pessoa e, assim, planejar intervenções de enfermagem eficazes. Estes estudos reafirmam o que foi analisado anteriormente relativamente à importância da avaliação da funcionalidade e do *background* da pessoa, como ponto de partida para o planeamento e implementação de programas de reabilitação.

Embora não exista um modelo teórico exclusivo para a prática de ER, fez-me sentido aplicar a Teoria do Autocuidado de Orem (2001) ao projeto inicial e constatei a sua pertinência na análise das situações de cuidado dos EC. Na sua teoria, quando a pessoa não é capaz de garantir o autocuidado este encontra-se em défice, pelo que para minimizar os efeitos do défice, a autora definiu cinco métodos de ajuda: atuar por ou fazer por outrem; orientar e dirigir; fornecer apoio físico ou psicológico; proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal; ensinar (Taylor, 2004). Como resposta ao défice de autocuidado, Orem apresenta a Teoria dos Sistemas de Enfermagem como explicação à complementaridade de ações necessárias à satisfação do autocuidado da pessoa, isto é, se são colmatadas pelo enfermeiro, pela pessoa ou por ambos. Identificou, assim, três classificações de sistemas: sistema totalmente compensatório (quando a pessoa é incapaz de se autocuidar e o enfermeiro assume a responsabilidade total como agente de autocuidado), sistema parcialmente compensatório (a pessoa é reguladora do seu autocuidado, compartilhando com o enfermeiro esta responsabilidade) e o sistema de suporte/educação (quando o défice de autocuidado apenas se deve á falta de informação, conhecimentos ou habilidade, surge o enfermeiro no papel de educador e orientador) (Orem, 2001).

Transpondo para a prática dos EC, os CER evoluíram de forma positiva em que passei de agente de autocuidado para agente de suporte/educação. Por outro lado, vivenciei uma situação de cuidados a uma pessoa com ELA que devido à sua limitação funcional (tetraparésia de grau 3 de predomínio distal), encontrava-se dependente na capacidade de mobilizar-se no leito, levante e transferência para cadeira de rodas, cuidados de higiene, vestir e despir, alimentação e eliminação, contudo perfeitamente informada e esclarecida acerca da situação clínica e evolução da doença. Aqui a pessoa era detentora de conhecimentos e informação que facilitasse o autocuidado, mas a sua capacidade funcional ditava o seu grau de dependência e, conseqüentemente, a responsabilidade total do enfermeiro como agente de autocuidado.

Nesta vertente de promoção do autocuidado surgem os Produtos de Apoio como meios indispensáveis ao bem-estar, autonomia, integração e qualidade de vida das pessoas, permitindo uma maior comodidade, um menor esforço e dispêndio de energia na realização das AVD (Menoita, 2012).

Apesar de não ter tido oportunidade de contactar com uma grande variedade de produtos de apoio, quer no contexto comunitário quer no hospitalar, mobilizei os recursos disponíveis e informação acerca da disponibilidade e acessibilidade deste tipo de dispositivos. Realizei treino de AVD em que utilizei produtos de apoio como equipamentos para higiene (barras de apoio, material anti-derrapante) e para facilitar a mobilidade (cadeira de rodas, andarilho estático e dinâmico). Informei a pessoa acerca de alguns produtos de apoio que promovem a sua capacidade para o autocuidado e realização de algumas AVD, como os dispositivos de compensação para a alimentação. Menoita (2012) enfatiza a importância do ensino do uso de produtos de apoio e a disponibilização de informação escrita, associado ao treino com a pessoa, de modo a conseguir uma utilização correta e atingir a funcionalidade na plenitude.

Ao capacitarmos a pessoa com limitação funcional, maximizando a sua funcionalidade, estamos a promover a sua participação e autonomia e, deste modo, garantir a acessibilidade.

Segundo o Jornal Oficial da União Europeia (2014, p.C117 / 15), a acessibilidade representa um direito humano em si mesmo e

a sua plena implementação deve levar à criação das condições necessárias para, através de medidas jurídicas e políticas, proporcionar às pessoas com deficiência acesso a todos os tipos de ambientes e fruição de todos os aspetos da vida. Isto é indispensável para o pleno gozo dos direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais. A acessibilidade traz benefícios a toda a sociedade.

Garantir a acessibilidade deve ser uma responsabilidade social, mas enquanto futura EEER somos detentores de conhecimentos e competências que permitem garantir o pleno exercício dos direitos essenciais das pessoas com limitação da atividade. Encontram-se regulamentadas (Decreto de Lei nº 163/2006 de 8 de Agosto) as normas técnicas para melhoria da acessibilidade das pessoas com mobilidade condicionada. Estas medidas devem ser iniciadas na própria habitação da pessoa de forma a promover a sua autonomia, participação e inclusão social.

No contexto do EC na ECCI, tive oportunidade de conhecer a dinâmica de uma utente que se deslocava em cadeira de rodas, em que apenas algumas modificações na estrutura e disposição de mobiliário da casa, possibilitaram a maximização da sua autonomia no autocuidado. Por exemplo, a bancada da

cozinha foi construída para que a superfície de trabalho ficasse à altura da utente; os utensílios encontravam-se em armários inferiores não havendo armários superiores; havia espaço livre que permitia inscrever uma zona de manobra para a rotação de 360º da cadeira de rodas; na zona do lava-loiças havia um espaço aberto inferior para que a pessoa pudesse acomodar a cadeira de rodas enquanto lavava a loiça. Na restante casa, as divisões eram de fácil acesso sem mobiliário, tapetes ou outros materiais a bloquear o espaço de mobilidade; as portas tinham espaço para a circulação de cadeira de rodas. Sendo um edifício de habitação relativamente recente, obedecia às normas técnicas de acessibilidade, como a existência de meios mecânicos de construção vertical, rampas de acesso e corredores e portas obedeciam às medidas padrão preconizadas no Decreto de Lei nº 163/2006.

### 1.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

O desenvolvimento desta competência é o resumo do que foi desenvolvido em contexto de EC e demonstrado através desta análise e reflexão de competências. Na redação destas linhas é visível a mobilização de conhecimentos e competências apreendidas ao longo do EC e que irão ser mais aprofundadas em contexto profissional. Só é possível conceber e implementar programas de reabilitação ao ter um profundo conhecimento da pessoa e do ambiente em que se encontra inserida, de forma a traçar planos personalizados e de acordo com as necessidades individuais. Mas este conhecimento da pessoa não seria possível sem a fundamentação científica e o desenvolvimento das competências preconizadas pelo Regulamento da OE.

Assim, enquanto futura EEER e no contexto de EC, utilizei instrumentos validados e científicos que fundamentassem a minha avaliação e posterior implementação de intervenções com vista à maximização do potencial de funcionalidade da pessoa, tornando-a um elemento ativo na consecução do seu projeto de saúde e dos seus objetivos individuais. É também através destes instrumentos de avaliação e fundamentação científica que podemos monitorizar os resultados obtidos com a implementação dos programas concebidos e,

intervir atempadamente na adequação de novas intervenções para a obtenção de ganhos em saúde.

De facto, e tendo em conta o período não uniforme em termos de turnos realizados, pude constatar os pequenos ganhos na funcionalidade da pessoa, traduzindo-se na sua capacidade no autocuidado. Alguns casos, ainda dependentes na realização das AVD, mas avaliando pelo IBM, inicialmente com uma dependência mais grave e no final do estágio com uma dependência mais leve, acarretando também menos sobrecarga para o cuidador e sentimentos de satisfação e bem-estar para ambas as partes. Nos casos específicos da pessoa com AVC em contexto hospitalar, verifiquei melhoria a nível da força muscular e, por sua vez, na capacidade de realizar o levante e tolerar melhor o treino de equilíbrio e de marcha com auxílio de dispositivo de apoio. No treino de AVD também se verificou uma autonomia crescente nas dimensões dos cuidados de higiene, vestir e despir.

Por fim, o registo das intervenções implementadas, com a respetiva avaliação inicial, monitorização e avaliação dos resultados obtidos, é uma forma de dar visibilidade e demonstrar os ganhos em saúde. Na ECCI os registos diários eram feitos no sistema informático SClinico®, em que consta uma área de registos da intervenção do EEER. No entanto, como referi no enquadramento do contexto de EC, a EEER não presta exclusivamente CER e, como tal, não são registadas intervenções neste âmbito. Por outro lado, no contexto hospitalar os registos de ER são feitos em folha própria criada para o serviço (como mencionei anteriormente), no entanto apenas descrevem as intervenções que foram realizadas, não sendo claro os objetivos e o plano de intervenção definido para a pessoa. Isto poderá acontecer pela lógica assistencialista que prevalece no meio hospitalar, em que o primordial é dar resposta a uma situação aguda, não perspetivando os cuidados a médio e longo prazo com vista ao regresso a casa e à sua reinserção comunitária.

Não obstante, e trabalhando na mesma instituição, o objetivo institucional será uniformizar primeiramente os registos de enfermagem informaticamente no programa da Glintt® e, posteriormente, elaborar um grupo de trabalho para organizar os registos de ER no mesmo programa para que seja transversal a toda a instituição, embora com particularidades de cada serviço e especialidade médica.

Em suma, a divulgação escrita das intervenções de ER devem seguir uma coerência de linguagem, pelo que a adaptação para registos informatizados em linguagem CIPE, vai permitir mensurar os dados, analisar e demonstrar os benefícios que os cuidados de ER têm na qualidade de vida da pessoa e, conseqüentemente, na contenção de custos ao Sistema Nacional de Saúde.

## 2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática desenvolvida em contexto de EC revela-se de grande importância no domínio de cuidados do EEER e, igualmente, como indicadora de ganhos em saúde. Não sendo uma temática inovadora, não deixa de ser pertinente face às questões atuais do processo saúde-doença: a cronicidade das patologias, a resposta técnico-científica que promove a qualidade de vida e o aumento da esperança média de vida.

Neste sentido, a intervenção do EEER visa maximizar a funcionalidade da pessoa, capacitando-a e incentivando-a à participação e, paralelamente, à autonomia. Interligado a este domínio de competências, surge o conceito de autocuidado como o cerne dos CER, na medida em que, ao maximizar o potencial funcional da pessoa com alteração da mobilidade, estamos a promover a sua capacidade para o autocuidado, acarretando benefícios em termos de saúde e qualidade de vida.

De uma maneira geral, a implementação do projeto processou-se de forma tranquila em ambos os contextos de EC, dado que tentei não cingir a temática a uma patologia, não restringindo a população alvo das intervenções de ER. Assim, todas as situações de cuidados constituíram momentos de aprendizagem e de desenvolvimento das minhas competências enquanto futura EEER no âmbito da temática em estudo. O facto de termos a oportunidade de desenvolver o projeto em contexto de EC em meio hospitalar e comunitário, foi uma mais-valia para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, uma vez que, nos proporciona perspetivas diferentes da intervenção do EEER e que, logicamente, se interligam em ordem à continuidade de cuidados. Em ambos os contextos encontrei pontos de ligação do projeto com a prática de cuidados e pude, numa visão global, compreender a complexidade da intervenção do EEER, não limitando à dimensão do tema do projeto.

As dificuldades e limitações sentidas prenderam-se com a própria escolha dos locais de EC, nomeadamente da ECCL. Como referi ao longo do trabalho, a EEER orientadora não se encontrava a exercer exclusivamente as funções de especialista, não havendo desenvolvidos projetos na área de reabilitação. Embora as suas intervenções tivessem sempre o objetivo de promover a autonomia e capacitar a pessoa e família para o autocuidado, não havia o

reconhecimento formal dos CER. Por um lado, esta condição limitou o desenvolvimento das minhas capacidades e competências técnicas, pois não tive tantas oportunidades de treino; por outro lado, foi um desafio para mim enquanto pessoa e profissional, pois incentivou-me a procurar, investigar e pesquisar, adaptando o desenvolvimento do projeto às situações que se iam apresentando. Por isto, o EC em contexto comunitário foi bastante enriquecedor, não só pela diversidade multicultural e do ambiente (familiar, social, laboral, económico) em que a pessoa/família se encontra inserida, mas também pela visão que me proporcionou em termos do que a comunidade tem para oferecer a estas famílias: os vários parceiros sociais, os recursos materiais e humanos, a dinâmica da RNCCI.

Como ponto a favor, a realização do EC em contexto comunitário, constituiu uma mais valia no que diz respeito à garantia da continuidade de cuidados e do encaminhamento multidisciplinar da pessoa/família durante o processo de preparação para a alta. Ao iniciar o estágio em contexto comunitário deixou-me mais desperta, em situações posteriores do contexto hospitalar, para questões relacionadas com a mobilização de recursos na comunidade, para uma avaliação das condições habitacionais, sócio—económicas e rede de suporte familiar e para a responsabilidade, enquanto futura EEER, de funcionar como elo moderador na equipa multidisciplinar. Permitiu-me ainda estar mais desperta para o envolvimento da família em todas as etapas do processo de reabilitação.

Outra das limitações a apontar está relacionado com o fator tempo. No EC na ECCI tive oportunidade de desenvolver o estágio de forma regular e constante em termos de turnos, o que pessoalmente é algo organizador e permitiu-me desenvolver os objetivos do projeto numa perspetiva de continuidade. Já no EC em contexto hospitalar, por questões pessoais e profissionais, não se processou de forma tão linear no que respeita ao número constante de turnos semanais, havendo alguma descontinuidade no seguimento dos casos e na implementação de programas de reabilitação.

Ao longo deste percurso de aprendizagem foi possível compreender a complementaridade e interdependência das dimensões sensoriomotora e respiratória, não podendo ser dissociadas em termos de CER. Daí a temática do projeto focar-se na pessoa com alterações da mobilidade de origem neurológica, alterações que poderão ter na sua origem a dimensão sensoriomotora e/ou

respiratória, podendo ser limitadoras na capacidade da pessoa ao autocuidado. Não obstante, em contexto de EC tive mais oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências no que diz respeito à dimensão sensoriomotora, ficando aquém das minhas expectativas o desenvolvimento de competências a nível da reeducação funcional respiratória. Deste modo, esta é uma área a desenvolver futuramente no meu contexto profissional mas também como um objetivo pessoal, investindo na minha formação ao realizar um estágio profissional no departamento de reeducação funcional respiratória da instituição em que exerço funções.

Do produto final, podem-se inferir várias conclusões e contributos para o desenvolvimento de competências enquanto futura EEER. Nesta ordem de ideias, ao longo deste percurso pude desenvolver competências no domínio da autonomia e responsabilidade profissional, mobilizando os conhecimentos adquiridos no processo de tomada de decisão. O desenvolvimento desta competência é fundamental, uma vez que, enquanto futura EEER inserida numa equipa multidisciplinar, é perentório mantermo-nos atualizados em termos de conhecimentos que fundamentem a nossa tomada de decisão e a nossa capacidade de liderança.

Ao longo deste percurso, constatei que é necessário que haja algumas mudanças no que diz respeito à fundamentação dos CER, ou seja, é imperativo a implementação de indicadores mensuráveis de saúde que avaliem o impacto em ganhos em saúde dos CER. É de extrema importância que as políticas de saúde se centrem cada vez mais na prevenção de complicações, na promoção da saúde e invistam no potencial de reabilitação da pessoa, promovendo a sua participação e exercício da cidadania, assim como o envolvimento e responsabilização da família. Deste modo, devemos investir na visibilidade da intervenção do EEER, nomeadamente na maximização da funcionalidade e autocuidado. Foi neste sentido, enquanto futura EEER, que desenvolvi algumas atividades que fomentaram os benefícios em saúde, qualidade de vida e bem-estar da pessoa/família, utilizando os instrumentos de avaliação dos CER já existentes ou complementando com outros instrumentos desenvolvidos.

No contexto profissional atual, posso afirmar que o desenvolvimento deste projeto irá trazer grandes contributos para a minha prática de cuidados, quer do ponto de vista individual (na consciencialização e fundamentação dos cuidados

numa vertente de promoção de autonomia, participação e envolvimento da pessoa/família, capacitando-a para o autocuidado), quer do ponto de vista coletivo. O desenvolvimento das competências enunciadas ao longo deste projeto irá trazer contributos a nível coletivo, nomeadamente, na transmissão de conhecimentos atualizados, na dinamização no seio da equipa de enfermagem e na voz ativa na equipa multidisciplinar. Como objetivo pessoal e, em conjunto com as colegas especialistas em Reabilitação do serviço onde me encontro, gostaria de desenvolver um projeto na área da deglutição, focando a avaliação em escalas validadas que fundamentem a nossa intervenção. Isto deve-se ao elevado número de internamentos de idosos institucionalizados com o diagnóstico de Pneumonias de Aspiração, logo queremos atuar a nível preventivo, mas também na manutenção e continuidade de cuidados de enfermagem de qualidade.

Nesta linha de pensamento, e como referi anteriormente, a nossa intervenção enquanto EEER deve ser fundamentada e mensurável através de registos precisos e uniformizados, para que possa dar visibilidade à intervenção do EEER e traduzir os ganhos em saúde. Numa primeira instância, como objetivo pessoal, pretendo criar uma folha de registo da avaliação funcional da pessoa, adaptada ao contexto de cuidados do serviço onde me encontro, para que mais tarde, estes registos em papel possam ser transcritos em linguagem CIPE e uniformizados em sistema informatizado de acordo com as diretrizes institucionais.

Em suma, posso concluir que os objetivos e atividades inicialmente estabelecidos no projeto de estágio foram contemplados em ambos os EC, com vista ao desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEER. Foi também um caminho de desenvolvimento pessoal e profissional, pautado pelos princípios orientadores que regem o exercício profissional e por uma prática reflexiva.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 25 (2), 59-67. Disponível em: <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2007-2/05.pdf>
- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (2011). Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. *Revista Escola Enfermagem USP*. 45 (4), 869-875. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a11.pdf>
- Associação Alzheimer Portugal (2016). *Cuidar dos Cuidadores*. Disponível em: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-15-72-148-fazer-um-intervalo-na-prestacao-de-cuidados>
- Athukorala, R.P., Jones, R.D., Sella, O., Huckabee, M.L. (2014). Skill Traininh for Swallowing Rehabilitation in Patients with Parkison´s Disease. *Archives of physical Medicine and Rehabilitation*. 95 (7), 1374-1382. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/262227933\\_Skill\\_Training\\_for\\_Swallowing\\_Rehabilitation\\_in\\_Patients\\_With\\_Parkinson%27s\\_Disease](https://www.researchgate.net/publication/262227933_Skill_Training_for_Swallowing_Rehabilitation_in_Patients_With_Parkinson%27s_Disease)
- Basak, T., Unver, V., Dermikaya, S. (2015). Activities of daily Living and Self-Care Agency in Patients with Multiple Sclerosis for the First 10 Years. *Rehabilitation Nursing*, 40, 60–65. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/rnj.153/pdf>
- Batista, N.R.F. (2012). *Dificuldades do cuidador formal de pessoas idosas dependentes no domicílio*. (Dissertação de Mestrada em Enfermagem Comunitária). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. Disponível em: [file:///C:/Users/CTIASI~1/AppData/Local/Temp/D2011\\_10001522017\\_28130\\_16\\_1.pdf](file:///C:/Users/CTIASI~1/AppData/Local/Temp/D2011_10001522017_28130_16_1.pdf)

- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (Edição comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X.
- Braga, R. (2016). Reeducação da Deglutição. In Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. 1ª edição. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-73-4.
- Branco, T. (2009). Estratégias na incontinência urinária: novas abordagens. *Sinais Vitais*. 83, 16-23.
- Branco, T. & Santos, R. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau. ISBN: 978-9898-269-09-6.
- Boechat, J.C.S., Manhães, F.C., Filho, R.V.G. & Istoe, R.S.C. (2012). A síndrome do imobilismo e seus efeitos sobre o aparelho locomotor do idoso. *Revista Científica Internacional*. 1 (85), 89-193. Disponível em: <http://www2.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/213/210>
- Borgman-Gainer, M.F. (2000). Função Independente: Movimento e Mobilidade. In Hoeman, S.P. (Eds). *Enfermagem de Reabilitação: processo e aplicação*. 2ª Edição. Loures:Lusociência.IBSN972-8383-13-4.
- Carvalho, R., Gomes, I., Dinis, R., Mesquita, C. & Mestrinho, M. G. (2007). *Parceria e Cuidado de Enfermagem – Uma Questão de Cidadania*. Coimbra: Formasau.
- Coelho, C., Barros, H., Sousa, L. (2016). Reeducação da Função Sensoriomotora. In Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. 1ª edição. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-73-4.

- Cooke, E.V., Mares, K., Clark, A., Tallis, R.C., Pomeroy, V. M. (2010). The effects of increased dose of exercise-based therapies to enhance motor recovery after stroke: a systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*. 8 (60), 1-13. Disponível em: [http://download.springer.com/static/pdf/107/art%253A10.1186%252F1741-7015-860.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmcmedicine.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1741-7015-8-60&token2=exp=1489390104~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F107%2Fart%25253A10.1186%25252F1741-7015-8-60.pdf\\*~hmac=05d96b219918f5c02d0a6016b6d4d9bc9c4948aedfc72a6d8aa7fc358af15ffb](http://download.springer.com/static/pdf/107/art%253A10.1186%252F1741-7015-860.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmcmedicine.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1741-7015-8-60&token2=exp=1489390104~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F107%2Fart%25253A10.1186%25252F1741-7015-8-60.pdf*~hmac=05d96b219918f5c02d0a6016b6d4d9bc9c4948aedfc72a6d8aa7fc358af15ffb)
- Cruz, A., Henriques, F., Afonso, J., Ferreira, M., Costa, M., Coimbra, M. (2007). *Técnicas de Reabilitação II*. 2ª edição. Coimbra: Formasau.
- Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 de Agosto (2006). Diário da República I Série, Nº 152. (08-08-2006). 5670-5689. Acedido em: 02-12-2015. Disponível em: <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2006/08/15200/56705689.pdf>
- Decreto-Lei nº 93/2009 de 16 de Abril (2009). Diário da República I série, Nº 74. Disponível em: <http://www.inr.pt/uploads/SAPA.pdf>
- Department of Health (2005). *National Service Framework for Long-Term Conditions*. Disponível em: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/198114/National\\_Service\\_Framework\\_for\\_Long\\_Term\\_Conditions.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/198114/National_Service_Framework_for_Long_Term_Conditions.pdf)
- Despacho n.º 7197/2016 de 1 de Junho (2016). Diário da República II série, N.º 105. Disponível em: [http://www.inr.pt/uploads/docs/noticias/2016/despacho\\_7197\\_2016.pdf](http://www.inr.pt/uploads/docs/noticias/2016/despacho_7197_2016.pdf)

- Dickstein, R., Sheffi, S., Markovici, E. (2004). Anticipatory postural adjustment in selected trunk muscles in poststroke hemiparetic patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 85: 261-267. Disponível em: [http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(03\)00945-6/pdf](http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(03)00945-6/pdf)
- Direção Geral da Saúde (2010). *AVC: Itinerários Clínicos*. Lisboa: Lidel.
- Duarte, S.F.C. (2010). *Continuidade em Cuidados Domiciliários: o papel do Enfermeiro*. (Dissertação de Doutoramento em Enfermagem). Universidade de Lisboa com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Disponível em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3816/1/ulsd060954\\_td\\_Susana\\_Duarte.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3816/1/ulsd060954_td_Susana_Duarte.pdf)
- Duchene, P.M. (2011). Reabilitação envolvendo os Sentidos, Sensação, Percepção e Dor. In S.P. Hoeman (Eds). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados esperados*. 4ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-91-4.
- Faro, A. (2006). Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Rev Esc Enferm USP*. 40(1):128-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a18v40n1.pdf>
- Ferreira, L.R.O. (2011). *Neuroepidemiologia no mundo: o particular de Portugal*. (Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina. Artigo de revisão bibliográfica). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62308/2/NEUROEPIDEMOLOGIA%20NO%20MUNDO%20%20O%20PARTICULAR%20DE%20PORTUGAL.pdf>

- Ferreira, M.P.F. (2014). *Doente com AVC: Ganhos na Qualidade de Vida após Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde. Disponível em: [http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/123456789/1290/1/Mariline\\_Ferreira.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/123456789/1290/1/Mariline_Ferreira.pdf)
- Fricke, J. (2010). *Activities of daily Living*. Center for international rehabilitation research information and exchange (CIRRIE). Disponível em: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/37/>
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Camarate: Lusociência. ISBN 972-8383-43-6.
- Hoeman, S.P., Liszner, K., Alverzo, J. (2011). Mobilidade Funcional nas Atividades de Vida Diária. In Hoeman, S.P. (Eds). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados esperados*. 4ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 978-989-8075-31-4.
- Januário, J. C. (2013). *Resultados das intervenções do enfermeiro de reabilitação na pessoa internada no serviço de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. Universidade de Coimbra. (dissertação de mestrado). Coimbra. Acedido em 05-12-15. Disponível em: [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/23246/1/Jos%C3%A9%20Carlos%20Janu%C3%A1rio\\_Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%5BMGES%5D-%5B2013%5D.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/23246/1/Jos%C3%A9%20Carlos%20Janu%C3%A1rio_Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%5BMGES%5D-%5B2013%5D.pdf)
- Jornal Oficial da União Europeia (2014). *Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre «Acessibilidade como um direito humano para as pessoas com deficiência» (parecer de iniciativa)*. Bruxelas: Comité Económico e Social Europeu. Disponível em: <http://www.igfse.pt/upload/docs/2014/AcessibilidadeDireitoHumano.pdf>

- Kim, H.J., Lee, Y. and Sohng, K.Y. (2014). Effects of Bilateral Passive Range of Motion Exercise on the Function of Upper Extremities and Activities of Daily Living in Patients with Acute Stroke. *J. Phys. Ther. Sci.*, 26 (1), 149-156. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3927029/pdf/jpts-26-149.pdf>
- Kisner, C. e Colby, L.A. (2009). *Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnicas*. 5ª Edição. Barueri, S.P.: Manole Ltda. ISBN: 978-85-204-25726-2.
- Kong, K.H. and Lee, J. (2014). Temporal recovery of activities of daily living in the first year after ischemic stroke: A prospective study of patients admitted to a rehabilitation unit. *NeuroRehabilitation*, 35, 221–226. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=22&sid=52c9df76-8761-43bc-b9ab-c105125fcfb0%40sessionmgr107&hid=125>
- Marques-Vieira, C., Sousa, L. e Braga, R. (2016). Reabilitar a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. In Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. 1ª edição. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-73-4.
- Menoita, E.C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-78-3.
- Miller et al (2010). Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient. *American Heart Association, Inc.* 41:2402-2448. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/41/10/2402.long>
- Natário, D., Pontes, C., Trigo, C., Fontes, J., Lima, J.M., Oliveira, V. (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Neurologia*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/REDE%20DE%20REFERENCIA%C3%87%C3%83O%20DE%20NEUROLOGIA.pdf>

- Oliveira, R. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica*. 4 (XVIII) 437-453. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v18n4/v18n4a02.pdf>
- Oliver, D. (2010). The assessment and management of pain in neurological disease. *British Journal of Neuroscience Nursing*. 6 (2), 70-72. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=f58e6803-0613-4267-93ec-43b47191849e%40sessionmgr120&hid=107>
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Código Deontológico – Anotações e Comentários*, Lisboa: Grafinter.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-8444-24-0.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-8444-30-1. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ\\_Deontologia\\_2015\\_Web.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf)
- Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. 6th ed. Saint Louis (GE): Mosby. ISBN 0-323-00864-X
- Organização Mundial da Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: [http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF\\_port\\_%202004.pdf](http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf)

- Organização Mundial da Saúde (2007). *Neurological Disorders: Public Health Challenges*. World Health Organization. Geneva. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/neurology/neurodiso/en/](http://www.who.int/mental_health/neurology/neurodiso/en/)
- Paixão Júnior, C.M. & Reichenheim, M.E. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 21 (1), 7-19. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v21n1/02.pdf/>
- Parecer nº12/2011 de 18 de Setembro de 2010. Parecer sobre Atividades de Vida Diária. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12\\_MCEE\\_R\\_18\\_11\\_2011\\_ActividadesVidaDiaria\\_AVD.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12_MCEE_R_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf)
- Pereira, M. R. (2012). *A Promoção do Autocuidado na Pessoa em Processo de Transição*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24298&code=221>.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem. Da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. Coimbra: Formasau. ISBN 978-989-8269-17-1.
- Pina, J.C. (2013). *A pessoa com depressão após Acidente Vascular Cerebral*. (Relatório de trabalho de projeto no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria). Instituto Politécnico de Setúbal: Escola Superior de Saúde. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/6157>

- Pires, M. (2011). Eliminação e continência vesical. In Hoeman, S.P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e processo* (4ª ed.). Loures: Lusociência. ISBN 978-989-8075-31-4.
- Regulamento nº 125/2011 de 18 de Fevereiro (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República II Série, N°35, 8658-8659. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompeticenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf)
- Ribeiro, F. (2013). *Incontinência fecal: Abordagem passo a passo*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina (Artigo de Revisão Bibliográfica). Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Disponível em: [https://sigarra.up.pt/fmdup/pt/PUB\\_GERAL.PUB\\_VIEW?pi\\_pub\\_base\\_id=30712](https://sigarra.up.pt/fmdup/pt/PUB_GERAL.PUB_VIEW?pi_pub_base_id=30712)
- Ricardo, R.M.P. (2012). *Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o Índice de Barthel, nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta, com intervenção de Enfermagem de Reabilitação*. (Trabalho de Projeto para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação). Instituto Politécnico de Bragança: Escola Superior de Saúde. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7680/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20dos%20ganhos%20em%20sa%C3%BAde%20utilizando%20o%20%C3%8Dndice%20de%20Barthel.pdf>
- Santana et al (2016). Mini-mental state examination: Avaliação dos novos dados normativos no rastreio e diagnóstico do défice cognitivo. *Acta Médica Portuguesa*. 29 (4), 240-248. Disponível em: <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/6889>
- Santos, E. & Fernandes, A. (Março de 2004). Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Referência*, 11, 59-62.

- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel. ISBN: 978-972-757-717-0.
- Silva, S.D (2016). Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Neurológica Degenerativa. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (Eds). Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-73-4.
- Sousa, L.; Patrão, M. & Vicente, H. (2012). Famílias e envelhecimento: o último estágio do ciclo de vida. In Paul, C; Ribeiro, O. (coord). *Manual de Gerontologia* (255-271). Lisboa: Lidel. ISBN: 978-972-757-799-6.
- Tanner, C.A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based modelo of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education* 45 (6): 204-11. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/7003793\\_Thinking\\_like\\_a\\_nurse\\_A\\_research-based\\_model\\_of\\_clinical\\_judgment\\_in\\_nursing](https://www.researchgate.net/publication/7003793_Thinking_like_a_nurse_A_research-based_model_of_clinical_judgment_in_nursing)
- Taylor, S. (2004). *Teoria do défice de auto-cuidado de Enfermagem*. In: Tomey, A. M.; Alligood, M. R., Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de Enfermagem (211-235). Loures: Lusociência.
- Terroni, L.M.N., Mattos, P.F., Sobreiro, M.F.M, Guajardo, V.D., Fráguas, R. (2009). Depressão pós-AVC: aspetos psicológicos, neuropsicológicos, eixo HHA, correlato neuroanatômico e tratamento. *Revista Psiquiatria Clínica*. 36 (3), 100-108. Disponível em: [http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/10101/art\\_TERRONI\\_De\\_pressao\\_posAVC\\_aspectos\\_psicologicos\\_neuropsicologicos\\_eixo\\_HHA\\_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/10101/art_TERRONI_De_pressao_posAVC_aspectos_psicologicos_neuropsicologicos_eixo_HHA_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Vigia, C., Ferreira, C. e Sousa, L. (2016). Treino de Atividades de Vida Diária. In Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (Eds). *Cuidados de Enfermagem de*

*Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. 1ª edição. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-73-4.

- Zanini, R.S. (2010). Demência no Idoso: aspetos neuropsicológicos. *Revista Neurociências*. 18 (2), 220-226. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/setores/neuropsicologia/wp-content/uploads/sites/25/2015/02/12-Demencia-no-idoso-aspectos-neuropsicologicos.pdf>

## REFERÊNCIAS ELETRÓNICAS

- <http://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7osRecursosSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/RNCCI/tabid/1149/language/pt-PT/Default.aspx>



# **Anexos**

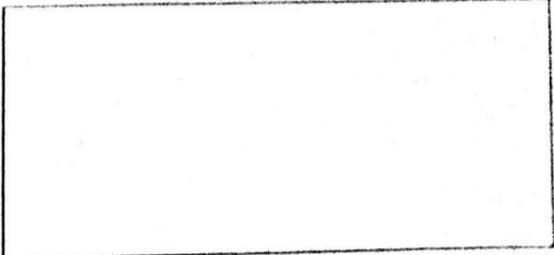


**Anexo I – Folha de Reeducação Funcional Motora adaptada no serviço  
de Neurologia**



**REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO - RFM**

Serviço de Neurologia



Diagnóstico Clínico \_\_\_\_\_ Folha nº \_\_\_\_\_

Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação \_\_\_\_\_

Antecedentes Pessoais e Limitações à RFM \_\_\_\_\_

AVALIAÇÃO		DATA					
ESTADO DE CONSCIÊNCIA	Vigil, Prostrado, Estuporado, Confuso e Agitado						
ESTADO DE ORIENTAÇÃO	Orientado (no Tempo, Espaço e Pessoa); Desorientado						
PARTICIPAÇÃO NOS CUIDADOS	Participativo, Não Participativo						

AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE												
Hemicorpo			Dto.	Esq.								
Membro Superior	Superficial	Táctil										
		Térmica										
		Dolorosa										
	Profunda	Sentido de Pressão										
		Postural										
Membro Inferior	Superficial	Táctil										
		Térmica										
		Dolorosa										
	Profunda	Sentido de Pressão										
		Postural										

Legenda: N - Normal; D- Diminuído; A- Ausente; NT - Não Testado

AVALIAÇÃO DA FORÇA/ AVALIAÇÃO DA ESPASTICIDADE												
Hemicorpo			Dto.	Esq.								
Membro Superior	Ombro		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Cotovelo		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Punho		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Dedos		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Membro Inferior	Quadril		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Joelho		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Tornozelo		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Dedos		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Legenda: Colocar o grau de força (Escala de Lower) no canto superior esquerdo e o grau de espasticidade (Classificação de Ashworth) no canto inferior direito

AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO											
Equilíbrio		Estático	Dinâmico								
Sentado											
Em pé											

Legenda: E - Estável; I - Instável; NT - Não Testado



**Anexo II – Exercícios de RFM no domicílio**





Figura nº 102 Exercícios da cabeça e pescoço

Desenho de Luis Sousa

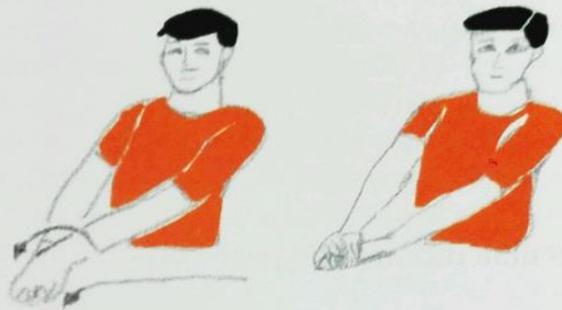


Figura nº 103 Exercícios do antebraço

Desenho de Luis Sousa



Figura nº 104 Exercícios do ombro

Desenho de Luis Sousa

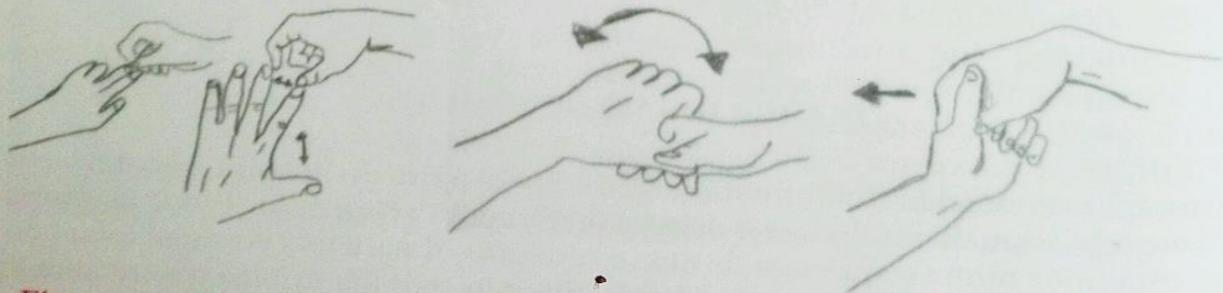


Figura nº 105 Exercícios dos dedos

Desenho de Luis Sousa



Figura nº 106 Inclinação anterior do tronco

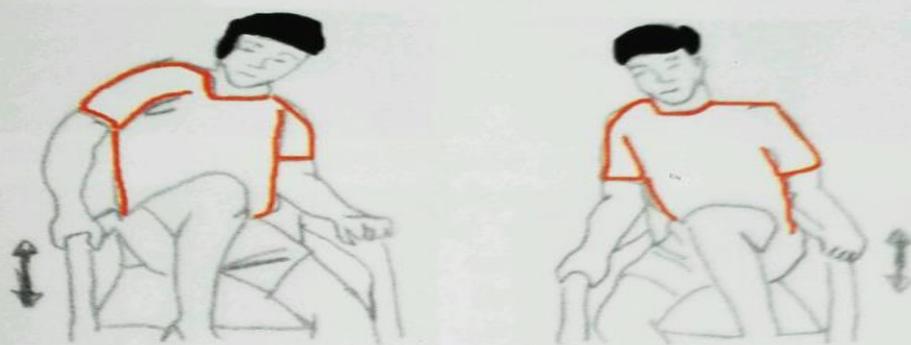


Figura nº 107 Transferência de carga do peso corporal

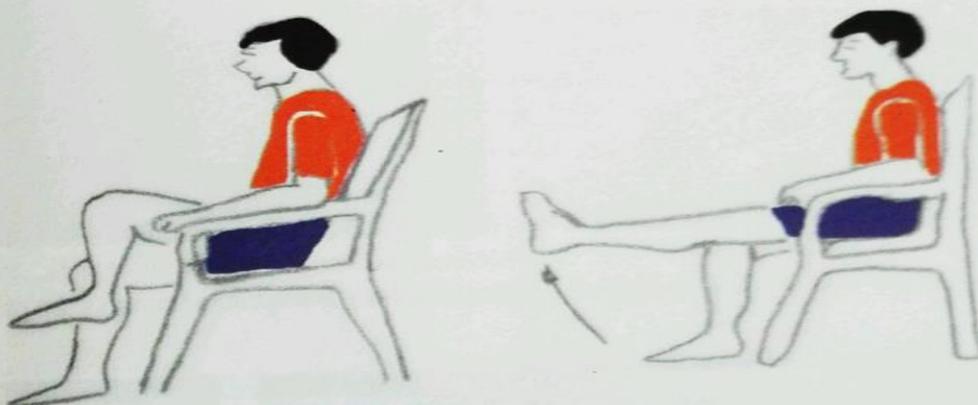


Figura nº 108 Exercícios da coxo-femural e joelho



**Anexo III - Escala GUSS adaptada ao serviço de Neurologia**



# Avaliação não invasiva da Disfagia

identificação do doente

## 1. Avaliação Preliminar- Teste indireto

	Sim	Não
Vigilância (a pessoa terá de permanecer sentada e acordada pelo menos durante 15 minutos)	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 0
Tosse (a pessoa deverá conseguir realizar limpeza das vias aéreas tossindo duas vezes)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Deglutição da saliva:		
• Deglute	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1
• Engasga-se	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1
• Alteração da Voz (tosse, salivação, alteração do padrão respiratório, dispneia, tosse tardia)		
<b>Total:</b>	<b>4</b>	<b>(5)</b>

Data	Score
	<b>TOTAL: (teste direto e indireto)</b>
13/12	

1-4- Não administrar comida oralmente  
5- Continuar parte 2

Fornecer uma colher de sobremesa de água destilada em três tentativas, se a deglutição for eficaz no final dar ¼ copo de água observando o reflexo de deglutição

## 2. Avaliação da Deglutição- Teste direto

Pela seguinte ordem	1 Pastosa	2 Líquida	3 Sólida
<b>Deglutição</b>			
▪ Não deglute	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
▪ Atraso na Deglutição	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
▪ Deglute	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<b>Tosse (involuntária)</b> (antes, durante e depois da deglutição)			
▪ Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
▪ Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>Engasgamento:</b>			
▪ Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
▪ Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>Alteração da Voz:</b> (escutar o tom de voz antes de deglutir: a pessoa deverá dizer "O")			
▪ Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
▪ Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>Total:</b>	<b>(5)</b>	<b>(5)</b>	<b>(5)</b>
	1-4- Referenciar Terapeuta da Deglutição/Fala 5- Avançar para pastosa	1-4- Referenciar Terapeuta da Deglutição/Fala 5- Avançar para sólida	1-4- Referenciar Terapeuta da Deglutição/Fala 5- Normal

**TOTAL: (teste directo e indirecto)**  
**(20)**

	<b>Resultados</b>	<b>Grav de Disfagia</b>	<b>Recomendações</b>
20	Texturas: -Líquida } Com Sucesso -Pastosa } -Sólida }	<b>Leve /Não Disfagia</b> Risco mínimo de disfagia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta normal</li> <li>• Ingestão normal de líquidos (sempre com supervisão do enfermeiro numa fase inicial)</li> </ul>
15-19	Texturas: -Líquida } Com Sucesso -Pastosa } -Sólida } Com Insucesso	<b>Leve Disfagia</b> Baixo risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta pastosa com texturas homogêneas;</li> <li>• Ingestão de líquidos muito lentamente, um golo de cada vez</li> <li>• Referenciar à Terapeuta da Deglutição /Fala</li> </ul>
10-14	Texturas: -Pastosa } Com Sucesso  -Sólida } Com Insucesso -Líquida }	<b>Disfagia moderada</b> Com risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta pastosa com texturas homogêneas com adição de alimentação parentérica;</li> <li>• Administração de líquidos apenas por Sonda Nasogástrica;</li> <li>• Referenciar à Terapeuta da Deglutição /Fala</li> </ul> <p><i>Complementar com alimentação e hidratação parentérica</i></p>
0-9	Avaliação preliminar com insucesso ou textura pastosa com insucesso	<b>Disfagia grave</b> Alto risco de aspiração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não usar via oral (per os)</li> <li>• Referenciar à Terapeuta da Deglutição /Fala</li> </ul> <p><i>Complementar com alimentação e hidratação parentérica</i></p>

Adaptado da Escala GUSS

Fonte: Trapl, et al, 2007

#### Sinais de alerta:

- ☉ Tosse
- ☉ Ausência de deglutição
- ☉ Alteração do Padrão Respiratório /alteração do tom de voz
- ☉ Dispneia
- ☉ Tosse Tardia

# APÊNDICES



## **Apêndice I – Projeto de Estágio**



**Mestrado em Enfermagem  
de Reabilitação**

Trabalho de Projeto

**Intervenções do Enfermeiro Especialista  
em Enfermagem de Reabilitação na  
promoção do autocuidado na pessoa  
com alterações da mobilidade de origem  
neurológica**

**Cátia Vanessa Pereira da Silva  
Fonseca**

**Lisboa**

**2016**



**Mestrado em Enfermagem de  
Reabilitação**

**Área de Especialização de Enfermagem de  
Reabilitação**

Trabalho de Projeto

**Intervenções do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação na promoção do  
autocuidado na pessoa com alterações da  
mobilidade de origem neurológica**

**Cátia Vanessa Pereira da Silva  
Fonseca**

Orientador: Professor Doutor Miguel Serra

**Lisboa**

**2016**



“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”

Antoine de Saint-Exupéry

## **LISTA DE SIGLAS**

AVD – Atividades de Vida Diária

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica



OE – Ordem dos Enfermeiros

SNC – Sistema Nervoso Central

SNP – Sistema Nervoso Periférico

SGB – Síndrome Guillain-Barré

UCSP – Unidade de Cuidados Saúde Personalizados

## Índice

<b>SUMÁRIO</b> .....	24
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	27
<b>1.1. A pessoa com alterações da mobilidade de origem neurológica: foco dos cuidados do EEER</b> .....	27
<b>1.2. Promoção do Autocuidado segundo o Modelo de Orem</b> .....	30
<b>1.3. Intervenções do EEER na promoção do autocuidado na pessoa com alterações da mobilidade</b> .....	33
1.3.1. Reabilitação e Ajudas Técnicas .....	38
<b>2. PLANO E METODOLOGIA DO PROJETO</b> .....	40
<b>2.1. Caracterização do Contexto</b> .....	40
<b>2.2. Planeamento de Atividades</b> .....	43
<b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	44
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	46
<b>APÊNDICES</b>	
<b>Apêndice I - Guiões de Entrevista às Enfermeiras Chefes e Enfermeiras Especialistas de Reabilitação</b> .....	50
<b>Apêndice II - Cronograma de Atividades</b> .....	54
<b>Apêndice III - Planeamento de Atividades</b> .....	56

## SUMÁRIO

No âmbito da Unidade Curricular de Opção II integrada no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, foi proposta a elaboração de um Projeto de Formação com o objetivo de responder às necessidades sentidas relativamente ao processo de aprendizagem e formação.

Nesta ordem de ideias, faz-me sentido desenvolver o meu projeto de formação numa ótica de metodologia de projeto operacionalizada em contexto de ensino clínico hospitalar e na comunidade. Segundo Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), a metodologia de projeto é entendida como a ponte entre a teoria e a prática em que o conhecimento científico suporta a resolução de problemas reais, promovendo o desenvolvimento de capacidades e competências pessoais e a qualidade dos cuidados prestados. Esta metodologia irá permitir sintetizar o meu processo de desenvolvimento e aprendizagem, mobilizando os conceitos teóricos na prática de cuidados, com o intuito de evidenciar as competências desenvolvidas no que respeita à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER).

Neste sentido nós, enquanto impulsionadores e intervenientes diretos na consecução do projeto de estágio, somos os detentores dos argumentos que defendem a escolha do tema e objetivo do projeto, através da evidência científica e da ação refletida, e responsáveis pela nossa autoformação no desenvolvimento de competências específicas de enfermeiro especialista.

De acordo com o Regulamento 125/2011, o EEER deve desenvolver competências transversais a todos os enfermeiros especialistas e específicas da sua área de intervenção, nomeadamente

Cuidar de pessoas com necessidade especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição na participação para a reinserção e exercício da cidadania e Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. (p. 8658).

Pessoalmente, desde a licenciatura, sempre tive uma especial sensibilidade e interesse pela área de reabilitação e como a intervenção do enfermeiro especialista pode trazer ganhos em saúde e/ou promover a funcionalidade e autonomia da pessoa com incapacidade.

As doenças neurológicas sempre foram a área que mais curiosidade académica me suscitou, contudo neste projeto não me queria cingir apenas a uma patologia. Também por influência do local de trabalho, estudar as alterações consequentes de uma patologia parecia-me muito restritivo. Especificamente, a vertente dos cuidados à pessoa com alterações motoras de origem neurológica sempre me atraiu não só por motivos pessoais e experiências profissionais, mas também porque se constituem como limitações na capacidade funcional da pessoa em realizar as suas atividades de vida diária (AVD) e no autocuidado.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), o domínio das alterações da mobilidade é mais abrangente tendo múltiplas causas (OE, 2013), contudo torna-se mais específico na ótica de enfermagem de reabilitação, pois não estamos apenas a focar alterações dos sistemas e patologias, mas sim capacidades funcionais. A uniformização dos cuidados de enfermagem pela linguagem CIPE vem reforçar o domínio de enfermagem de reabilitação no estudo da mobilidade comprometida, sendo esta denominação definida como diagnóstico de enfermagem. O que eu defendi anteriormente, é sustentado por Fricke (2010) que enfatiza a importância da mobilidade para o desempenho das AVD e das necessidades da pessoa, particularmente as necessidades psicossociais que garantam a qualidade de vida.

Pretendo, deste modo, explorar como estas alterações da mobilidade vão afetar a capacidade da pessoa de autocuidado e, consequentemente retirar elações relativamente à qualidade de vida destas pessoas para futuros trabalhos de investigação.

Acredito que a intervenção do EEER é crucial no restabelecimento e/ou manutenção das capacidades funcionais de mobilidade e, embora necessite de intervenção em equipa multidisciplinar, é aqui que se evidencia a intervenção autónoma do EEER no planeamento de intervenções promotoras de mobilidade e preventivas de complicações, na gestão de recursos humanos, materiais e ajudas sociais e na continuidade dos cuidados e encaminhamento para intervenções especializadas.

Como fundamentação teórica, esta temática será baseada num Modelo Teórico de Enfermagem, particularmente no Modelo do Autocuidado de Orem (2001), que servirá como um referencial teórico para o desenvolvimento de atividades e

intervenções específicas na promoção do autocuidado da pessoa com alterações da mobilidade de origem neurológica.

Considerando as competências específicas do EEER, o tema deste projeto é: **“Intervenção do EEER na promoção do autocuidado na pessoa com alterações da mobilidade de origem neurológica”**, cujo objetivo geral visa aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na área da enfermagem de reabilitação na promoção do autocuidado na pessoa com alteração da mobilidade.

Os objetivos específicos do projeto procuram:

- Definir a área problemática e justificar a escolha do tema;
- Elaborar o enquadramento teórico que demonstre o conhecimento sobre o estado da arte e a justificação da pertinência do projeto;
- Planear a metodologia do projeto de acordo com as competências comuns e específicas do EEER;
- Definir os objetivos de estágio e as atividades a desenvolver;
- Caracterizar os locais de estágio e estruturar as atividades planeadas no contexto temporo-espacial (cronograma);
- Descrever os resultados expectáveis e as possíveis limitações e constrangimentos.

A fundamentação científica que sustenta o enquadramento teórico foi realizada através de uma breve *scoping review*, utilizando as bases de dados científicas como a CINHAL *Plus* e a MEDLINE e pesquisa no Google académico, em fontes teóricas primárias, em teses de mestrado e relatórios de estágio.

Em suma, o projeto de estágio encontra-se estruturado sob a definição dos objetivos gerais e específicos, de forma a ter uma linha de pensamento esclarecedora e a evidenciar a área que pretendo desenvolver. Assim, defini as seguintes palavras-chave como identificadoras do projeto: **autocuidado, atividades de vida diária, alterações da mobilidade, intervenções do EEER, doenças neurológicas.**

## **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

A construção do enquadramento teórico irá permitir a seleção criteriosa da evidência científica disponível e a organização e síntese, num pensamento lógico, da pesquisa bibliográfica realizada. Segundo Fortin (1999, p. 93), o enquadramento teórico tem a função de “(...) apoio e de lógica em relação ao problema de investigação (...) situa o estudo no interior de um contexto e lhe dá uma significação particular, isto é, uma forma de perceber o fenómeno em estudo”. Desta forma, vai possibilitar criar uma linha orientadora para a fundamentação e explicação do problema em estudo.

Nesta ordem de ideias, decidi organizar o enquadramento teórico partindo das palavras-chave e tecendo títulos que se interligassem de forma lógica do geral para o particular.

### **1.1. A pessoa com alterações da mobilidade de origem neurológica: foco dos cuidados do EEER**

A prevalência das doenças neurológicas tem vindo a aumentar nos últimos anos devido a alterações de comportamentos e estilos de vida, da estrutura etária da população e do desenvolvimento científico e tecnológico (Natário, Pontes, Trigo, Fontes, Lima e Oliveira, 2001). Já Ferreira (2001) corrobora esta realidade ao afirmar que as doenças neurodegenerativas e cerebrovasculares são as afeções neurológicas mais prevalentes, intimamente associadas ao envelhecimento da população.

Segundo dados estatísticos da Direção Geral da Saúde (2001), em Portugal, aproximadamente 99.000 habitantes sofriam de doenças cerebrovasculares, 130.000 de demências, 27.800 com síndromes Parkinsónicas ou outras doenças do movimento e 5.000 pessoas com Esclerose Múltipla (Natário, Pontes, Trigo, Fontes, Lima e Oliveira, 2001). No entanto, as características peculiares das doenças neurológicas colocam dificuldades ao estudo epidemiológico (Ferreira, 2011).

Com efeito, ao pesquisarmos as patologias do foro neurológico encontramos um mundo de definições. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças, as doenças do sistema nervoso são agrupadas em doenças inflamatórias do Sistema Nervoso Central (SNC) e doenças que afetam o Sistema Nervoso Periférico (SNP).

As consequências das patologias neurológicas além de estarem relacionadas com défices do controlo motor, também vão causar alterações da sensibilidade e da perceção assim como a nível comportamental, emocional e cognitivo (Dickstein, Sheffi, Markovici, 2004).

Mais do que a etiologia patológica, o desenvolvimento deste projeto centra-se nas intervenções do EEER na promoção do autocuidado da pessoa com alterações da mobilidade.

O movimento é uma característica básica de todo e qualquer ser vivo, é a capacidade que a pessoa tem de interagir e de se adaptar ao meio, sendo que a mobilidade implica

(...) iniciar um padrão de movimento para cada membro, coordenar esses padrões entre os membros, adaptar a força e a velocidade do padrão de movimento para contrariar a resistência e/ou condições sensoriais com que se depara na execução da tarefa e manter o equilíbrio corporal (...) (Hoeman, 2000, p. 253).

Deste modo, o estudo do movimento será um dos fundamentos da enfermagem de reabilitação (Moskowitz, 1991 citado por Hoeman, 2000), pelo que enquanto EEER temos que investir na otimização das potencialidades da pessoa com alterações da mobilidade, no sentido de promover a sua reeducação funcional e a sua capacidade para o autocuidado e, conseqüentemente, a sua reintegração familiar e social (OE, 2013).

De facto, são várias as estruturas do corpo e sistemas associadas com a mobilidade, logo é compreensível que as pessoas sofram de problemas relacionados com esta atividade de vida que envolve muitas das outras AVD.

Após uma lesão neurológica pode ocorrer modificações do grau de força de vários grupos musculares e, conseqüentemente alterações da mobilidade. Por sua vez, estas alterações conduzem à limitação da amplitude articular, provocando contraturas articulares e musculares, devido a um aumento de colagénio e posterior fibrose, o que torna as articulações rígidas e os músculos mais curtos. Simultaneamente, a imobilidade provoca também a diminuição da força muscular, o que compromete a irrigação sanguínea, a atividade metabólica e diminui o débito de oxigénio, conduzindo à atrofia muscular com repercussões ao nível da coordenação motora, má qualidade de movimento e, por fim na autonomia (Cruz, Henriques, Afonso, Ferreira, Costa e Coimbra, 2007). Como é certo as alterações da mobilidade não têm apenas repercussões físicas mas também emocionais, surgindo sentimentos

de perda de dignidade, independência e alteração da auto-imagem e dos papéis familiar, social e laboral.

Especificamente no que diz respeito aos diagnósticos de enfermagem para a mobilidade comprometida, os objetivos baseiam-se em toda a situação e estilo de vida da pessoa/família, visando prevenir as complicações associadas à diminuição ou ausência de movimento, aumentar a força muscular e a mobilidade, manter e aumentar a independência em atividades que exigem desempenho motor, prevenir as lesões ou traumatismos durante a atividade, usar correta e consistentemente os dispositivos compensatórios, ajustar-se e adaptar-se à mobilidade alterada, participar em atividades sociais e ocupacionais e compreender as intervenções específicas relacionadas com o compromisso da mobilidade (Hoeman, 2000).

Segundo Hoeman (2011) a recuperação do movimento realiza-se pela terapia do mesmo como um dos requisitos fundamentais no processo de reabilitação destas patologias. Os objetivos gerais desta terapia visam prevenir a síndrome de desuso e outras complicações, potencializando o desempenho ideal das AVD e atividades instrumentais de vida (AIVD).

Para que haja resultados efetivos, vários autores defendem que os cuidados de enfermagem devem ser iniciados o mais precocemente possível, logo que as lesões sejam identificadas e se não existir progressão dos défices neurológicos e a pessoa se encontrar clinicamente estável (Hesbeen, 2001), permitindo identificar as incapacidades, planejar intervenções e implementá-las com o objetivo de atingir uma melhor independência possível (Faro, 2006). Estas intervenções vão evitar complicações músculo-esqueléticas secundárias, como contraturas dos tecidos moles, ombro doloroso, ou neurológicas como a espasticidade (Menoita, 2012).

Para garantir o sucesso do processo de reabilitação, tem que existir uma coordenação e complementaridade de intervenções especializadas multidisciplinares que convergem em prol das necessidades e objetivos da pessoa/família. Tal como Hesbeen (2003, p. 70) defende a “(...) coordenação dos profissionais deve permitir a otimização de todas as energias e promover um verdadeiro trabalho interdisciplinar (...) em que o todo formado pela equipa é de uma riqueza diferente da soma das partes que o constituem”.

Quando um programa de reabilitação é iniciado atempadamente e de acordo com as necessidades da pessoa, num processo contínuo desde a entrada no hospital

até à reabilitação na comunidade e desenvolvido pelo EEER integrado em equipas multidisciplinares, possibilita melhores resultados clínicos, ganhos efetivos ao nível da qualidade de vida, diminuição dos défices, menor tempo de internamento e, como tal menores custos, prevenindo deste modo o surgimento de complicações (World Health Organization, 2011; Barbosa, 2012 citado por Ferreira, 2014).

Atualmente, o enfoque dos cuidados de enfermagem de reabilitação visa enfatizar as capacidades de autocuidado, em detrimento das incapacidades e as limitações, centrando-se no potencial de funcionalidade da pessoa de desenvolver o seu próprio processo de reabilitação, daí que se justifique o tema deste projeto. A OE reforça esta ideia ao considerar que a intervenção do EEER visa ações preventivas, prevenir complicações e evitar incapacidades, bem como “proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (...)” (Regulamento 125/2011, p. 8658).

Assim, a literatura revela-nos que o foco dos cuidados do EEER é a pessoa/família e o ambiente que a envolve e as suas capacidades e vontade de serem participantes ativos no processo de readaptação funcional. Enquanto EEER descentalizamo-nos do modelo biomédico, sem descurarmos as nossas competências técnico-científicas, para prestarmos cuidados especializados de reabilitação centrados na pessoa.

## **1.2. Promoção do Autocuidado segundo o Modelo de Orem**

Os modelos teóricos têm como função fornecer explicações “(...) acerca das possíveis relações entre os fenómenos observados (...)” possibilitando a antecipação de acontecimentos e o controlo dos resultados (Dublin, 1978 citado por Hoeman, 2000, p. 3). Deste modo, justifica-se a exploração do Modelo Teórico de Orem aplicado às intervenções de enfermagem de reabilitação para a promoção do autocuidado na pessoa com alterações da mobilidade.

Orem (2001) construiu a **Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado** que engloba três teorias inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. De acordo com a mesma autora, na **Teoria do Autocuidado**, este é definido como a capacidade do

indivíduo em iniciar e realizar atividades que visem a manutenção das necessidades básicas de vida, da saúde e do bem-estar, para seu próprio benefício (Orem, 2001). Refere-se ainda, a um processo de manutenção da saúde e gestão da doença, desempenhando um papel fundamental na saúde dos indivíduos e proporcionando *outcomes* positivos diretamente relacionados com os resultados clínicos (Petronilho, 2012).

Neste sentido, quando o indivíduo tem a capacidade de autocuidado é denominado *agente de autocuidado (self-care agent)*, contudo quando essa capacidade se encontra em déficit e necessitam que esse cuidado seja prestado por outros, são designados de *agente dependente de cuidados (dependent care agent)*. Se a responsabilidade dos cuidados prestados partir da ação profissional de enfermeiros, então passam a ser chamados de *agentes de autocuidado terapêutico (therapeutical self-care agent)* (Orem, 2001).

Na sua Teoria de Autocuidado, Orem (2001) desenvolve também o conceito de requisitos de autocuidado que se organizam em três categorias: 1) requisitos universais de autocuidado (muitas vezes designados de atividades de vida diária), 2) requisitos de autocuidado de desenvolvimento (surgem de acordo com o estágio de desenvolvimento da pessoa e compreendem as dimensões do desenvolvimento humano, isolando fatores que promovem e regulam esse desenvolvimento nas diferentes fases da vida) e, 3) requisitos de autocuidado no desvio de saúde (são exigidos em situação de doença ou lesão). A realização dos requisitos de autocuidado depende do grau em que são conhecidas e do modo como se compreende as formas de os satisfazer, pressupondo a sua devida avaliação (Orem, 2001).

Assim, no Modelo de Orem, a meta é ajudar as pessoas a satisfazerem as suas próprias exigências terapêuticas de autocuidado (Taylor, 2004), quando a pessoa não é capaz de determinar ou prestar esse cuidado a si própria, surgindo neste âmbito os cuidados de enfermagem. Orem (2001) defende que os cuidados de enfermagem se constituem como um conjunto de atividades que visam satisfazer as necessidades de autocuidado das pessoas e que permitem reforçar as suas capacidades de autocuidado de modo a que atinjam o máximo de autonomia, obtendo *outcomes* positivos para a sua saúde, bem-estar e desenvolvimento.

Nesta lógica, a missão do EEER é ajudar a pessoa e família a desenvolver estratégias de adaptação positiva ao seu estado de saúde, promovendo a sua

autonomia e o máximo potencial de autocuidado e capacidade funcional. Logo surge a **Teoria do Défice de Autocuidado** que estabelece a relação existente entre as capacidades de ação da pessoa e as suas necessidades de cuidado, determinando, assim, os momentos em que os cuidados de enfermagem são necessários (Orem, 2001). Ou seja, quando as necessidades são superiores à capacidade da pessoa autocuidar-se, surge um défice de autocuidado (Petronilho, 2012).

Considerando o que a literatura nos revela, torna-se evidente que o EEER é o profissional detentor de conhecimentos e competências para identificar os défices da pessoa para o seu autocuidado, planeando e implementando em conjunto com a mesma, intervenções que a tornem agente de autocuidado. No entanto, quando tal não é possível, o enfermeiro assume por um certo período de tempo a função de agente de autocuidado, não descuidando a capacidade de determinação e autonomia na tomada de decisão da pessoa.

Ainda no desenvolvimento da sua teoria, Orem (2001) definiu a **Teoria dos Sistemas de Enfermagem** como explicação à complementaridade de ações necessárias à satisfação do autocuidado da pessoa, isto é, se são colmatadas pelo enfermeiro, pela pessoa ou por ambos. Identificou, assim, três classificações de sistemas: sistema totalmente compensatório (quando a pessoa é incapaz de se autocuidar e o enfermeiro assume a responsabilidade total como agente de autocuidado), sistema parcialmente compensatório (a pessoa é reguladora do seu autocuidado, compartilhando com o enfermeiro esta responsabilidade) e o sistema de suporte/educação (quando o défice de autocuidado apenas se deve à falta de informação, conhecimentos ou habilidades, surge o enfermeiro no papel de educador e orientador).

A eficácia de um programa de reabilitação passa primeiramente pela adesão e participação do alvo de cuidados, pelo que qualquer destes sistemas de cuidados a ser implementado deve considerar a pessoa como um ser único e indissociável dos seus valores, crenças e cultura, assim como do contexto em que se encontra inserida. Já Hoeman (2000, p. 175) reforçava que “os objetivos que se centram na pessoa, e não na incapacidade, promovem uma maior satisfação com a qualidade de vida”.

### **1.3. Intervenções do EEER na promoção do autocuidado na pessoa com alterações da mobilidade**

Como foi dito anteriormente, cabe ao EEER identificar o défice de autocuidado na pessoa, compreendendo e avaliando a relação entre as necessidades da pessoa e as suas capacidades de autocuidado, adequando, deste modo, a sua intervenção. A aplicabilidade da Teoria do Autocuidado de Orem vai ao encontro da filosofia dos cuidados de Enfermagem, na medida em que possibilita à pessoa, família e comunidade tomar iniciativa, assumir responsabilidades e participar na consecução do seu projeto de saúde e bem-estar (Pereira, 2012).

De acordo com o estudo realizado por Basak, Unver & Demirkaya (2015) sobre as AVD e o autocuidado em pessoas com Esclerose Múltipla, os mesmos afirmam que é fundamental avaliar a duração da doença e como esta influencia a capacidade de autocuidado e realização das AVD, de forma a compreender as limitações e incapacidade da pessoa e, assim, planear intervenções de enfermagem eficazes.

Nesta linha de pensamento, na operacionalização de um plano assistencial de enfermagem, um dos primeiros passos é a avaliação das limitações e/ou capacidades da pessoa para o autocuidado, assim como a avaliação do contexto familiar, social e ambiental em que a pessoa se insere e o seu grau de dependência na realização das AVD. Isto está bem patente no Regulamento 125/2011 das Competências Específicas do EEER, em que cabe ao EEER conceber “planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade”. (p. 8658)

Antes de traçar um programa de reabilitação é necessário realizar a avaliação inicial que consiste na recolha de dados de acordo com a prioridade de informação pertinente para as necessidades da pessoa (Hoeman, 2000). A recolha de dados deve incidir sobre a identificação da pessoa, fatores de risco, focos de atenção e sua evolução, antecedentes pessoais e familiares, história social, hábitos de vida anteriores e condições habitacionais, qualidade de vida afetada e suas dimensões (Menoita 2012; Santiago e Corbett, 2006, Pinto, 2001).

De seguida, o EEER realiza o exame neurológico que se pode estruturar em quatro pontos: avaliação do estado mental, avaliação dos pares cranianos, avaliação motora e cerebelar e sensibilidade, de forma a identificar as alterações decorrentes

da lesão cerebral. A execução destas intervenções retrata a primeira fase do processo de enfermagem proposto por Orem (2001), na qual os dados são recolhidos segundo as necessidades de autocuidado, de desenvolvimento e de desvio de saúde da pessoa, permitindo fazer o diagnóstico e a prescrição de intervenções. Passamos depois ao exame da motricidade que inclui a avaliação da força e tónus muscular e a coordenação de movimentos (Menoita, 2012, Santiago e Corbett, 2006), para assim fazermos a transição para a segunda fase do processo de enfermagem de Orem (2001), que compreende o planeamento dos sistemas de enfermagem. Isto vai permitir ao EEER identificar o grau de necessidade da intervenção de enfermagem na consecução do autocuidado.

Seja em contexto de cuidados hospitalares ou na comunidade, o EEER tem que detetar as necessidades de autocuidado em défice e planear e executar ensinamentos e treino de AVD que sejam adaptados ao contexto em que a pessoa se insere. As AVD são frequentemente usadas para a avaliação do autocuidado (Petronilho, 2012), sendo que, não faz sentido abordar as intervenções do EEER promotoras de autocuidado sem referir o treino de AVD na pessoa com alterações da mobilidade.

Decidi sintetizar as intervenções do EEER promotoras do autocuidado na pessoa com alterações da mobilidade no que concerne à realização de AVD. O termo AVD refere-se ao conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma no seu quotidiano (Parecer nº 12/2011). Estas atividades podem ser subdivididas em dois grupos: Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVD) e AIVD. Estão descritas na literatura seis ABVD que passo a descrever e contextualizar ao objetivo do projeto.

### Higiene Pessoal

De acordo com o Parecer nº12/2011 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, a ABVD higiene pessoal pressupõe a função de “uso do chuveiro, da banheira e ato de lavar o corpo; higiene oral, arranjo pessoal”. Assim, a pessoa com défice de autocuidado no que diz respeito aos cuidados de higiene pessoal, necessita de uma avaliação criteriosa da sua situação de saúde e do grau de dependência que advém, de modo a determinar o tipo de ajuda que necessita, assim como, o reajuste de materiais e dispositivos de apoio que garantam a segurança da pessoa e a sua autonomia e a prevenção de complicações.

Logo que possível, a pessoa deve deslocar-se à casa de banho para realizar os seus cuidados de higiene. No domicílio há particularidades que devem ser adaptadas às suas limitações que têm que ser esclarecidas com a família, nomeadamente, a elevação da sanita com assento adaptado, a presença de barras de apoio laterais na sanita, no lavatório e poliban, a não utilização de tapetes no chão da casa de banho (Menoita, 2012) e se o banho for na banheira requer um banco com encosto ou cadeira com calços de borracha, permitindo uma maior aderência e estabilidade, assim como a presença de barras de apoio e de mangueira de chuveiro flexível (Leal, 2001).

Caso não seja possível, a pessoa poderá realizar a sua higiene pessoal no lavatório, podendo recorrer ao uso da cadeira sanitária para a higiene dos genitais (Menoita, 2012). As superfícies corporais de difícil acesso poderão ser lavadas pela própria pessoa recorrendo a dispositivos de compensação (Leal, 2001), assim como os outros auto-cuidados como pentear, fazer a barba e cortar as unhas, recorrendo sempre que necessário a dispositivos de apoio.

Além da promoção do autocuidado e do seu potencial funcional e de autonomia, estamos a garantir a preservação da dignidade e auto-estima da pessoa, respeitando os seus hábitos, preferências e privacidade.

### Controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários

A incontinência vesical e intestinal é um problema frequentemente associado a deficiências sensoriais e motoras, dificuldades na comunicação, diminuição da mobilidade geral, défices cognitivos e inadequação das instalações sanitárias (Menoita, 2012, Martins, 2002, Leal, 2001). Estes problemas têm uma grande impacto na qualidade de vida das pessoas, alterando a realização das AVD, mas também na sua vida profissional, pessoal e social, na medida em que se constitui uma situação constrangedora (Branco, 2009).

É fundamental que os enfermeiros estejam sensíveis para esta problemática, no sentido de aliviar a ansiedade inerente ao comprometimento desta necessidade e promover na pessoa a confiança para solicitar ajuda e participar nas intervenções planeadas.

O EEER tem um papel importante na reeducação vesical que consiste numa terapia comportamental (Branco, 2009) e no fortalecimento da musculatura pélvica através dos exercícios de Kegel (Hoeman, 2000).

No que diz respeito à incontinência intestinal, deve-se colher dados relativamente aos hábitos e padrões intestinais da pessoa, de forma a avaliar e implementar medidas adequadas à resolução deste problema. Estas intervenções passam pela implementação de uma dieta personalizada e à promoção da mobilidade, tendo em conta as capacidades da pessoa. De acordo com Menoita (2012), além destas medidas, aconselha-se à pessoa a adoção de manobras de estimulação da eliminação como por exemplo aproveitar o reflexo gastro e orto-cólico, validando com a pessoa a vontade de evacuar após as refeições; massajar a região abdominal na direção do fluxo intestinal; proporcionar o esvaziamento intestinal recorrendo ao uso de laxantes em SOS, colocar corretamente a arrastadeira de forma a facilitar o processo de eliminação.

### Vestuário

Esta atividade, devido ao seu grau de exigência e esforço na sua realização, pode causar frustração e desmotivação. Como tal, o EEER deve planejar estratégias facilitadoras para a pessoa, como a utilização de vestuário simples e funcional, adaptado às limitações da pessoa e privilegiando o uso de roupas largas, de fácil deslizamento e maior elasticidade, com elásticos ou velcro, de modo a permitir a pessoa vestir e despir-se sem ajuda ou com o mínimo de ajuda possível (Menoita, 2012). No entanto, devemos ter presente a individualidade e participação da pessoa na escolha do vestuário, adequando as suas preferências, para que mantenha a sua dignidade e poder de tomada de decisão.

### Locomoção

À medida que a pessoa vai evoluindo na sua recuperação, introduzimos exercícios de equilíbrio estático e dinâmico, iniciando o treino de equilíbrio dinâmico apenas quando a pessoa adquirir equilíbrio estático sentado (Menoita, 2012). Nestas condições, poderemos iniciar o treino de marcha recorrendo aos dispositivos auxiliares de marcha consoante as limitações e a adequação da pessoa aos mesmos.

Evidentemente, antes de iniciar o treino de marcha o EEER deve avaliar a força muscular bilateralmente em todos os movimentos dos vários segmentos corporais, de forma a compreender as alterações na mobilidade da pessoa (Menoita, 2012).

A reabilitação da pessoa com alterações da mobilidade deve contemplar os posicionamentos terapêuticos, as atividades terapêuticas, assim como um programa de exercícios de mobilização para todas as articulações, inicialmente passivos e depois ativos do lado menos afetado e ativos assistidos do lado afetado (Menoita, 2012).

Quer na locomoção quer nas transferências, a abordagem do EEER junto da pessoa com alterações da mobilidade e sua família é consciencializar para as barreiras materiais e arquitetónicas, adaptando o ambiente e outros dispositivos à sua limitação, com o objetivo de prevenir acidentes e quedas.

### Transferência

No ensino e treino da transferência da pessoa da cama para a cadeira de rodas e vice-versa, os movimentos devem ser executados de forma calma e ao ritmo da pessoa, de modo a manter a confiança e segurança na realização dos exercícios. Uma das repercussões manifestadas nas pessoas com alterações neurológicas, é a hemiplegia. Como tal, o uso de mesa de trabalho transparente nestes casos, facilita a integração do hemicorpo lesado no esquema mental, devendo ser ajustada ao nível do abdómen de forma a proporcionar apoio ao braço e ombro afetados.

No ensino do levantar e transferências deve ser reforçado à pessoa que deve sair da cama pelo lado hemiplégico e entrar pelo lado menos afetado, recorrendo ao auxílio de produtos de apoio como tábuas de transferência (Menoita, 2012).

### Alimentação

Segundo Martins (2002) a incapacidade da pessoa para esta atividade está muitas vezes relacionada com a dificuldade em levar os alimentos à boca, com a sua capacidade de deglutição e com a consistência dos alimentos.

Numa primeira abordagem devemos avaliar o estado de consciência e capacidade de participação, o reflexo de deglutição, promover o correto posicionamento e o treino dos músculos faciais, assim como, avaliar a força dos membros, a preensão para segurar os talheres, os movimentos involuntários, a

dificuldade em cortar os alimentos e a acuidade visual (Menoita, 2012). De salientar que ao iniciar o treino da alimentação com a pessoa, implica respeitar o seu ritmo e estimular a sua participação, recorrendo, de acordo com as suas limitações, a produtos de apoio que facilitem esta atividade de autocuidado. Por exemplo, colocar material antiderrapante por baixo do prato para que este não deslize, usar chávenas e copos de configuração especial, usar talheres adaptados que facilitem a preensão, corte e ingestão de alimentos, usar pratos côncavos ou com proteção lateral permitindo à pessoa encher a colher sem os alimentos caírem do prato (Menoita, 2012, Hoeman, 2000).

Alguns estudos realizados em pessoas que sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC) mostram que a recuperação da capacidade da pessoa para a realização das AVD apresenta melhores resultados após a integração de um programa de reabilitação (Kim, Lee e Sohng, 2014), em que 3 meses após o AVC, 7 de 10 AVD atingiram o seu máximo potencial (Kong e Lee, 2014).

Deste modo, o planeamento e implementação atempada de programas de reabilitação pressupõem colmatar os défices apresentados pela pessoa na realização das suas AVD e, assim, prevenir complicações, nomeadamente, referentes às consequências da imobilidade como a manutenção da integridade cutânea.

Por conseguinte, a implementação das intervenções do EEER abordadas até então, assenta na terceira fase do processo de enfermagem de Orem (2001), onde o enfermeiro ajuda a pessoa/família na realização do autocuidado e onde avalia a sua evolução e os principais aspetos a serem mantidos e/ou reformulados.

### 1.3.1. Reabilitação e Ajudas Técnicas

De acordo com a avaliação inicial da pessoa e suas condições e necessidades, o EEER planeia e adequa as suas intervenções de modo a atenuar o problema identificado. Muitas vezes é necessário recorrer às **Ajudas Técnicas ou Produtos de Apoio** (terminologia em substituição), que incluem dispositivos, equipamento, instrumentos, tecnologia e *software* especialmente produzido e disponível para prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar qualquer impedimento, limitação da atividade e restrição na participação (ISO 9999/2007, Despacho nº 7197/2016).

Estes meios têm o seu impacto no posicionamento correto, estabilização do corpo ou partes do corpo, na prevenção de deformidades e na realização de tarefas de forma segura (Menoita, 2012). No capítulo anterior, referi alguns produtos de apoio utilizados na realização das AVD, mas de facto devem ser adaptados às necessidades da pessoa e condições físicas, de compreensão e financeiras da mesma. De acordo com a mesma autora, é importante disponibilizar informação escrita e ensinar o uso de produtos de apoio, com a finalidade da sua utilização correta e segura, promovendo a sua funcionalidade na plenitude (Menoita, 2012).

Além das condições inerentes à própria pessoa, há que considerar a disponibilidade dos produtos de apoio. Em 2005, em Portugal, foi redigida a primeira versão do Catálogo Nacional das Ajudas Técnicas (CNAT). Em 2009, foi criado o sistema de atribuição de produtos de apoio (SAPA) (Diário da República, 2009) que funciona como intermediário entre as necessidades da pessoa e os recursos existentes na comunidade. Em Portugal, os produtos de apoio são subsidiados a 100% quando fazem parte da lista homologada ISO 9999/2007 e prescritas pelo médico do Centro de Saúde, Hospital e/ou nos Centros de Reabilitação.

## 2. PLANO E METODOLOGIA DO PROJETO

### 2.1. Caracterização do Contexto

Deliberada a área temática para o desenvolvimento de competências específicas do EEER, é necessário integrar os locais de estágio mais adequados à consecução dos objetivos do projeto de formação. Para isto, importa caracterizar os locais de estágio que serão realizados em contexto de internamento hospitalar e na comunidade: Serviço de Neurologia do [REDACTED] e a Unidade de Cuidados Saúde Personalizados do [REDACTED] (UCSP).

A sua caracterização é fundamental na medida em que permite compreender as particularidades dos contextos, a sua estrutura organizacional, os projetos desenvolvidos que se aproximam da temática, assim como a relevância dada à intervenção do EEER. Tal só foi possível através da realização de entrevistas e observação da dinâmica de cada local de estágio. As entrevistas (Apêndice II) abrangeram a enfermeira chefe e EEER do Serviço de Neurologia e a EEER da UCSP, contribuindo para o planeamento e adequação da temática à realidade dos contextos em que serão desenvolvidos os objetivos do projeto. Passo então a descrever sucintamente as características de cada local de estágio.

O serviço de Neurologia piso 7 no [REDACTED] é um serviço de internamento constituído por 27 camas, 13 das quais estão reservadas para pessoas com patologias do foro da Neurologia Geral e as outras 13 para pessoas que sofreram AVC. A última vaga está reservada para o laboratório de Eletroencefalograma, operacionalizado no mesmo piso, para a realização dos estudos do sono e o estudo de crises epiléticas.

O internamento destinado à Neurologia Geral encontra-se organizado em 2 salas, uma para mulheres outra para homens, com 4 camas cada e um quarto individual. Para perfazer a ocupação de 13 camas, ainda dispõe de uma sala com 4 camas designada de cuidados especiais, nomeadamente em casos de descompensação hemodinâmica de doentes que se encontravam na enfermaria, havendo uma central de monitorização na sala de enfermagem e cuidados especializados.

De acordo com os dados colhidos, a média de idades da população é de 60 anos de idade, porém existem muitos jovens adultos nas duas enfermarias. A média

de internamento é de 8 dias. As principais patologias são o AVC isquémico, hematomas sub-aracnoideus, crises epiléticas, Síndrome de Guillain-Barré (SGB), Miastenia Gravis, Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) e Encefalopatia Espongiforme Bovina ou Doença de Creutzfeldt-Jakob, mais comumente conhecida como doença das vacas loucas.

A equipa de enfermagem é constituída por cinco EEER, dos quais quatro realizam turnos pelo que não é comportável a prestação exclusiva de cuidados de enfermagem de reabilitação. A única EEER que realiza manhãs encontra-se maioritariamente destacada para a prestação de cuidados especializados em reabilitação, não lhe sendo atribuídos doentes nesse turno, a não ser que as necessidades do serviço assim o exijam. Fica também responsável pelo transporte de doentes à realização de exames externos e no encaminhamento para o domicílio ou outras instituições. O seu projeto pessoal desenvolvido no serviço passa pelo *follow-up* telefónico dos doentes após a alta.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação englobam o treino de AVD, a realização de levantar e transferência, treino de marcha, o treino da deglutição (principalmente em doentes que sofreram AVC e apresentam alterações da deglutição) e a realização de exercícios de reeducação funcional respiratória, nomeadamente nos doentes com ELA e SGB.

Apesar de terem os registos de enfermagem uniformizados em linguagem CIPE e em método informático, os registos de enfermagem de reabilitação são descritos em folha própria, desenvolvida pela EEER e aprovada pela instituição. Ainda não existe uniformização da folha de registos de enfermagem de reabilitação ao nível da instituição devido às especificidades de cada serviço, embora esteja a ser desenvolvido o registo informático para os cuidados especializados.

No que concerne à UCSP, apenas tive oportunidade de aplicar as questões da entrevista à EEER. Deste modo, a UCSP do [REDACTED] pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde [REDACTED], abrangendo geograficamente as freguesias do [REDACTED] (fusão entre [REDACTED]). A população é caracterizada pelos dois extremos dos grupos etários, havendo muito jovens e também pessoas idosas.

Os hospitais de referência da área são o [REDACTED], (EPE), Serviços de urgência Pediátrica e Adultos e Consultas hospitalares de

referenciação. De acordo com os dados obtidos na entrevista, ainda existem algumas falhas na referenciação do meio hospitalar para o domicílio, pelo que a primeira avaliação por parte do EEER, por vezes, não é tão precoce como seria desejado.

As necessidades identificadas na população, pelo EEER, reportam-se principalmente, a idosos com alterações da mobilidade (de origem orto-traumática ou cerebrovascular) e, por sua vez, a escassez de recursos materiais e financeiros para a adaptação do domicílio às suas necessidades.

A UCSP do [REDACTED] visa uma carteira básica de serviços à comunidade, nomeadamente nas áreas de Saúde Infantil (Vacinação, Saúde Escolar e Saúde Oral), Saúde Reprodutiva (Saúde Materna e Planeamento Familiar) e Saúde de Adultos (Sala de Tratamento e Domicílios Médicos e de Enfermeiros). No entanto, por falta de recursos humanos e financeiros e de acordo com as reestruturações que estão a ser operadas a nível dos Cuidados de Saúde Primários, ainda não têm desenvolvida uma Unidade de Cuidados na Comunidade e, formalmente, uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

Por estas razões, existe sim uma equipa de cuidados domiciliários constituída por médicos, enfermeiros e EEER. Todavia existe apenas um EEER não podendo iniciar e desenvolver um projeto de reabilitação a que possa dar continuidade nas suas ausências. Além disso, devido à falta de recursos humanos, presta os cuidados gerais à população no domicílio, focando os cuidados especializados em enfermagem de reabilitação apenas nos ensinamentos de autocuidado e treino de AVD. O fator tempo e de recursos humanos tem uma elevada influência no desenvolvimento de programas de reabilitação e projetos especializados na comunidade, uma vez que não haverá um seguimento diferenciado e ajustado às necessidades de cada pessoa, nem uma adequada avaliação dos resultados e continuidade dos cuidados.

Não obstante, e tendo em consideração o contexto da população da UCSP, acredito que poderá ser um local de estágio enriquecedor para o desenvolvimento das minhas competências enquanto EEER e para o desenvolvimento e implementação de um projeto de reabilitação que responda aos meus objetivos de estágio.

## 2.2. Planejamento de Atividades

O planejamento é a terceira fase do projeto em que se realiza o levantamento dos recursos e as limitações condicionantes do próprio trabalho, a definição das atividades e metodologia a desenvolver e respectivo cronograma (Hungler et al, 2001 citado por Ruivo, Ferrito e Nunes, 2007).

Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios consideradas competências comuns aplicáveis em diferentes ambientes de cuidados de saúde (primários, secundários e terciários). Deste modo, o desenvolvimento das minhas competências enquanto EEER pressupõe o aprofundamento das competências comuns do enfermeiro especialista, na medida em que pretendo adquirir e desenvolver competências de gestão, liderança, educação, dinamização e de investigação na área da especialidade que suporte a prática clínica.

Por estas razões, o meu planejamento de atividades para o projeto de estágio baseia-se no domínio das competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente do *Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais*. Traço, então, atividades que ilustrem o desenvolvimento destas competências e específico na minha área de especialidade, de acordo com as competências específicas do EEER e com os objetivos do projeto de estágio.

Decidi então organizar mais detalhadamente estas atividades em modo esquemático para me orientar em termos de evolução do meu processo de aprendizagem (Apêndice III) e estabeleci um cronograma que funcionará como um guia temporal para o cumprimento destas atividades (Apêndice II).

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste projeto de formação surgiu como uma oportunidade de autoformação que implicou a aquisição de novos conhecimentos e competências e a mobilização e desenvolvimento de conhecimento dos conteúdos programáticos abordados nas várias unidades curriculares do curso. Deste modo, o projeto nasceu de um desejo e objetivos pessoais, passando por uma intenção fundamentada em evidência científica, que será concretizada numa ação refletida com o desenvolvimento dos objetivos e competências de EEER em ensino clínico.

Mais do que a etiologia, a prestação de cuidados do EEER deve centra-se na pessoa/família e suas necessidades, de forma a estabelecer uma relação terapêutica humanística centrada no respeito e valor da pessoa. É neste sentido que se desenvolve este projeto na medida em que o foco central é a pessoa com alterações da mobilidade limitantes da sua capacidade de autocuidado e de que modo, nós enquanto EEER, podemos promover a sua readaptação.

Neste contexto, ao avaliarmos o *core* em que a pessoa se encontra inserida, estamos a identificar as atividades de autocuidado que estão afetadas ou limitadas e o grau de dependência que a pessoa apresenta para as realizar. A função do EEER tem um grande relevo, uma vez que é o detentor de saberes e competências que lhe permite avaliar os diferentes graus de dependência e implementar estratégias que visem colmatar estes défices, com recurso aos métodos de ajuda propostos por Orem (2001). O EEER poderá substituir a pessoa numa fase inicial, mas o grande objetivo é capacitar a pessoa e/ou família para se autocuidar de acordo com as suas limitações, necessidades e condições ambientais.

Portanto, a intervenção do EEER à pessoa com alteração da mobilidade na promoção do autocuidado não pode ser dissociada do núcleo familiar em que se encontra inserida. A família além de ser o pilar na readaptação às condições ambientais e sociais e à sua reintegração comunitária, também se constitui como agente de autocuidado, ajudando na satisfação das suas necessidades enquanto a pessoa não for totalmente autónoma.

Assim, o EEER tem um papel dinamizador, orientador e educador na promoção do autocuidado da pessoa e família e na articulação e mobilização de recursos com vista à sua qualidade de vida.

Em suma, quero apenas referir que na elaboração deste projeto deparei-me com algumas limitações, nomeadamente na revisão da literatura não haver muita evidência científica na área de enfermagem e, especialmente, de reabilitação, sendo maioritariamente desenvolvida por outras especialidades profissionais. Além disto, a literatura foca-se, ainda, na etiologia patológica, dando primazia ao modelo biomédico. Não querendo ser idealista, devemos desenvolver uma abordagem, enquanto EEER, que coordene as duas vertentes: a técnico-científica e a humanística, de forma a alcançarmos ganhos em saúde para a pessoa/família e a evidenciarmos as nossas intervenções.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Basak, T., Unver, V., Dermikaya, S. (2015). Activities of daily Living and Self-Care Agency in Patients with Multiple Sclerosis for the First 10 Years. *Rehabilitation Nursing*, 40, 60–65. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/rnj.153/pdf>
- Branco, T. (2009). Estratégias na incontinência urinária – novas abordagens. *Sinais Vitais*. Coimbra. Nº 83.Março.p.16-23.
- Cruz, A., Henriques, F., Afonso, J., Ferreira, M., Costa, M., Coimbra, M. (2007). Técnicas de Reabilitação II. 2ª edição. Coimbra: Formasau.
- Decreto-Lei nº 93/2009 de 16 de Abril (2009). Diário da República I série, Nº 74. Disponível em: <http://www.inr.pt/uploads/SAPA.pdf>
- Despacho n.º 7197/2016 de 1 de Junho (2016). Diário da República II série, N.º 105. Disponível em: [http://www.inr.pt/uploads/docs/noticias/2016/despacho\\_7197\\_2016.pdf](http://www.inr.pt/uploads/docs/noticias/2016/despacho_7197_2016.pdf)
- Dickstein R, Sheffi S, Markovici E. (2004). Anticipatory postural adjustment in selected trunk muscles in poststroke hemiparetic patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 85: 261-267. Disponível em: [http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(03\)00945-6/pdf](http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(03)00945-6/pdf)
- Faro, A. (2006). Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Rev Esc Enferm USP*. 40(1):128-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a18v40n1.pdf>
- Ferreira, L.R.O. (2011). *Neuroepidemiologia no mundo: o particular de Portugal*. (Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina. Artigo de revisão bibliográfica). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62308/2/NEUROEPIDEMOLOGIA%20NO%20MUNDO%20%20O%20PARTICULAR%20DE%20PORTUGAL.pdf>
- Ferreira, M.P.F. (2014). *Doente com AVC: Ganhos na Qualidade de Vida após Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde. Disponível em: [http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/123456789/1290/1/Mariline\\_Ferreira.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/123456789/1290/1/Mariline_Ferreira.pdf)

- Ferrito, C., Nunes, L. e Ruivo, M.A. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 3-9. Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- Fricke, J. (2010). *Activities of daily Living*. Center for international rehabilitation research information and exchange (CIRRIE). Disponível em: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/37/>
- Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realidade*. Loures: Lusociência. 388p. ISBN 972-8383-10-X
- Hesbeen, W. (2001). *Criar Novos Caminhos*. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8383-43-5
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Camarate: Lusociência. ISBN 972-8383-43-6.
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: processo e aplicação*. 2ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-13-4.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados esperados*. 4ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 978-0-323-04555-1.
- Kim, H.J., Lee, Y. and Sohng, K.Y. (2014). Effects of Bilateral Passive Range of Motion Exercise on the Function of Upper Extremities and Activities of Daily Living in Patients with Acute Stroke. *J. Phys. Ther. Sci.*, 26 (1), 149-156. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3927029/pdf/jpts-26-149.pdf>
- Kong, K.H. and Lee, J. (2014). Temporal recovery of activities of daily living in the first year after ischemic stroke: A prospective study of patients admitted to a rehabilitation unit. *NeuroRehabilitation*, 35, 221–226. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=22&sid=52c9df76-8761-43bc-b9ab-c105125fcbf0%40sessionmgr107&hid=125>
- Leal, F. (2001). Intervenção de enfermagem no Acidente Vascular Cerebral. In: *Enfermagem em Neurologia*. Coimbra: Formasau, Formação e saúde Lda, Edições Sinais Vitais. ISBN: 972-8485-18-2. p. 131-151.
- Martins, M. (2002). *Uma crise acidental na família: o doente com AVC*. Coimbra. Formasau.
- Menoita, E.C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-78-3

- Natário D, Pontes C, Trigo C, Fontes J, Lima JM, Oliveira V. (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Neurologia*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/REDE%20DE%20REFERENCIA%C3%87%C3%83O%20DE%20NEUROLOGIA.pdf>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. 6th ed. Saint Louis (GE): Mosby. ISBN 0-323-00864-X
- Ordem dos Enfermeiros (2013) – *Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-8444-24-0.
- Parecer nº12/2011 de 18 de Setembro de 2010. Parecer sobre Atividades de Vida Diária. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12\\_MCEER\\_18\\_11\\_2011\\_ActividadesVidaDiaria\\_AVD.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf)
- Pereira, M. R. (2012). *A Promoção do Autocuidado na Pessoa em Processo de Transição*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24298&code=221>.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem. Da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. Coimbra: Formasau. ISBN 978-989-8269-17-1
- Pinto, V.M. (2001). Papel do enfermeiro na neuroavaliação do doente com alteração do nível de consciência. In: *Enfermagem em Neurologia*. Coimbra: Formasau, Formação e saúde Lda, Edições Sinais Vitais. ISBN: 972-8485-18-2. p. 45-56.
- Regulamento nº 125/2011 de 18 de Fevereiro (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República II Série, N°35, 8658-8659. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompeticenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf)

- Santiago, M.; Corbett, J. (2006) - Exame Neurológico. In: Haines, D. - *Neurociência Fundamental - Para aplicações básicas e clínicas*. 3ª ed. Elsevier Editora. ISBN: 9788535219777.
- Taylor, S. (2004). *Teoria do défice de auto-cuidado de Enfermagem*. In: Tomey, A. M.; Alligood, M. R., Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de Enfermagem (211-235). Loures: Lusociência.

### Referências Eletrónicas

- [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Classifica%C3%A7%C3%A3o\\_Internacional\\_de\\_Doencas\\_\(CID\)](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Classifica%C3%A7%C3%A3o_Internacional_de_Doencas_(CID))
- <http://www.inr.pt/content/1/633/enquadramento-legal>

## **APÊNDICES**

**Apêndice I - Guiões de Entrevista às Enfermeiras Chefes e Enfermeiras  
Especialistas de Reabilitação**

## **Guião de Entrevista à Enfermeira Chefe do Serviço de Neurologia**

### **Caracterização do Serviço**

1. Como se constitui a equipa multidisciplinar?
2. Quais as patologias e sequelas mais frequentes no serviço?
3. Qual a média de internamento?
4. Como se caracteriza a população alvo dos cuidados?

### **Gestão dos Recursos Humanos**

1. Como é constituída a equipa de enfermagem?
2. Quantos são especialistas? Qual a dinâmica de distribuição dos enfermeiros especialistas?

### **Gestão dos Cuidados de Enfermagem**

1. Qual o método de trabalho adotado pela equipa de enfermagem?
2. Os cuidados de enfermagem são planeados de acordo com algum modelo de enfermagem? Se sim, qual?

## **Guião de Entrevista à Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) do Serviço de Neurologia**

### **Gestão dos cuidados em enfermagem de reabilitação**

1. Quais as funções que desempenha no serviço?
2. Quais as dificuldades sentidas a prestar cuidados como EEER?
3. Qual o seu método de trabalho? Como planeia os cuidados de enfermagem de reabilitação aos diferentes utentes?
4. Que instrumentos de avaliação utiliza frequentemente na sua prática?

5. Quais os recursos (humanos, materiais e temporais) de que dispõe para prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação?
6. Quais as principais necessidades identificadas no utente/família?
7. Quais os ensinamentos de educação para a saúde mais abordados?

### **Articulação dos cuidados de enfermagem**

1. Como se processa a articulação/relação/trabalho em equipa entre o EEER e os restantes elementos da equipa multidisciplinar? Existem reuniões de equipa? Se sim, quem são os intervenientes e qual o conteúdo das reuniões?
2. Qual a articulação existente entre o EEER e os recursos na comunidade? Como se processa esta articulação ao longo da preparação para a alta?
3. Qual a receptividade do utente e família ao EEER?
4. A família é incluída ao longo deste processo? O que considera importante?

### **Registos**

1. Existe folha de registos de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação? Se sim, em que consiste?

### **Desenvolvimento de Projetos para a qualidade dos cuidados em enfermagem de reabilitação**

1. Quais os projetos de formação implementados no serviço? Quem são os intervenientes e que áreas pretendem colmatar?
2. O que considera importante desenvolver para melhorar a qualidade dos cuidados em enfermagem de reabilitação? O que gostaria que fosse implementado?

## **Guião de Entrevista à Enfermeira Chefe do Centro de Saúde do [REDACTED]**

### **Caracterização do Centro de Saúde**

1. Como se constitui a equipa multidisciplinar? Quais são as suas áreas de intervenção?
2. Qual a área geográfica de abrangência e como se caracteriza a nível sócio-económico e cultural?
3. Como se caracteriza a população alvo dos cuidados?

### **Gestão dos Recursos Humanos**

1. Quantos elementos constituem a equipa de enfermagem?
2. Quantos são especialistas? Como é feita a sua distribuição e como se processa a dinâmica de trabalho?

### **Gestão dos Cuidados de Enfermagem**

1. Qual o método de trabalho adotado pela equipa de enfermagem?
2. Os cuidados de enfermagem são planeados de acordo com algum modelo de enfermagem?

## **Guião de Entrevista à Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) do Centro de Saúde do [REDACTED]**

### **Gestão dos cuidados em enfermagem de reabilitação**

1. Quais as funções que desempenha?
2. Quais as dificuldades sentidas a prestar cuidados como EEER?
3. Qual o seu método de trabalho? Como planeia os cuidados de enfermagem de reabilitação aos diferentes utentes?
4. Que instrumentos de avaliação utiliza frequentemente na sua prática?

5. Quais os recursos (humanos, materiais e temporais) de que dispõe para prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação na comunidade?
6. Quais as principais necessidades identificadas no utente/família?
7. Quais são as intervenções mais frequentes abordadas pelo EEER na comunidade? Quais os ensinamentos de educação para a

### **Articulação dos cuidados de enfermagem**

1. Como se processa a articulação/relação/trabalho em equipa entre o EEER e os restantes elementos da equipa multidisciplinar? Existem reuniões de equipa? Se sim, quem são os intervenientes e qual o conteúdo das reuniões?
2. Qual a receptividade do utente e família ao EEER?

### **Registos**

1. Existe folha de registos de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação?

### **Desenvolvimento de Projetos para a qualidade dos cuidados em enfermagem de reabilitação**

1. Quais os projetos de formação implementados? Quem são os intervenientes e que áreas pretendem colmatar?
2. O que considera importante desenvolver para melhorar a qualidade dos cuidados em enfermagem de reabilitação? O que gostaria que fosse implementado?

## **Apêndice II - Cronograma de Atividades**

## CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Ano	2016													2017											
Mês	Set.	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro						
Dias	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19		3	9	16	23	30	6	13	20	27		
	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16		2	6	13	20	27	3	10	17	24	3		
UCSP [REDACTED]		█					█																		
Serviço Neurologia Piso [REDACTED]															█										
Objetivo 1 – UCSP		█																							
Objetivo 2 - UCSP			█					█																	
Objetivo 3 – UCSP			█					█																	
Objetivo 4 - UCSP			█					█																	
Objetivo 1 – Serviço Neurologia [REDACTED]																									
Objetivo 2 - Serviço Neurologia [REDACTED]															█										
Objetivo 3 - Serviço Neurologia [REDACTED]																									
Objetivo 1A			█					█							█										
Objetivo 2A																							█		

## **Apêndice III - Planejamento de Atividades**

## PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

UCSP do [REDACTED]

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p><b>A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</b></p> <p><b>A1</b> – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p><b>A2</b> – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p>	<p><b>1</b> – Integrar de forma progressiva e gradual na Equipa Multiprofissional, sua dinâmica, funcionamento, organização e atividades da UCSP do [REDACTED]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitar a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do [REDACTED]</li> <li>• Entrevistas informais com: Enfermeira Chefe e EEER, com aplicação de Guiões de Entrevista (Apêndice II), bem como com restante equipa multiprofissional</li> <li>• Observar a estrutura física e funcional da UCSP</li> <li>• Consultar Documentos da UCSP: Manuais/ Protocolos/ Normas/ Instrumentos de registo</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <p>Professor Orientador do projeto, Enf.<sup>a</sup> Chefe, EEER e restantes Enfermeiros e elementos da Equipa Multiprofissional</p> <p><b>Materiais:</b></p> <p>Documentos da UCSP (Manuais/</p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter efetuado visita à UCSP do [REDACTED]</li> <li>- Ter realizado entrevistas informais com Enf.<sup>a</sup> Chefe, EEER e restantes enfermeiros e elementos da Equipa Multiprofissional</li> <li>-Ter consultado documentos da UCSP: Manuais/ Protocolos/ Normas/ Instrumentos de registo</li> <li>-Ter compreendido a intervenção e dinâmica da EEER no seio da Equipa Multiprofissional, como elemento dinamizador</li> <li>-Ter identificado o papel da EEER na prestação de cuidados a pessoas/famílias que estão a vivenciar processos de doença</li> </ul>

<p><b>B – Domínio da melhoria contínua da qualidade</b></p> <p><b>B3 –</b> Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p><b>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar a intervenção da EEER e a sua dinâmica na Equipa Multiprofissional</li> <li>• Identificar o papel da EEER na prestação de cuidados a pessoas/famílias que estão a vivenciar processos de doença com alterações da mobilidade que lhes conferem grau de limitação e restrição na participação</li> <li>• Conhecer os recursos humanos, físicos e materiais da UCSP, que possam ser mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação</li> <li>• Conhecer os recursos disponíveis na comunidade</li> </ul>	<p>Protocolos/ Normas/ Instrumentos de registo.</p> <p><b>Físicos:</b> Centro de Documentação da ESEL UCSP do ██████████</p>	<p>com alterações da mobilidade que lhes conferem grau de limitação e restrição na participação</p> <p>-Ter conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais da UCSP para a prestação de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação</p> <p>- Saber mobilizar os recursos disponíveis na comunidade</p> <p><b>Crítérios de Avaliação:</b></p> <p>-De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para a integração na Equipa Multiprofissional, na dinâmica, funcionamento, organização e atividades da UCSP do ██████████</p>
---	--	--	--	--

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p><b>A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</b></p> <p><b>A1</b> – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p><b>D – Domínio das aprendizagens profissionais</b></p> <p><b>D1</b> – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade</p> <p><b>D2</b> – Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos</p>	<p><b>2</b> - Aprofundar conhecimentos teórico-práticos no âmbito dos cuidados de enfermagem em reabilitação na comunidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar pesquisa bibliográfica de acordo com as necessidades e tendo em conta a temática do projeto</li> <li>• Recolher informação que fundamente a prática de cuidados</li> <li>• Demonstrar capacidades técnicas e teóricas para cuidar da pessoa com alterações da mobilidade em contexto domiciliário</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <p>Professor</p> <p>Orientador do projeto, Enf.<sup>a</sup></p> <p>Chefe, EEER e restantes</p> <p>Enfermeiros e elementos da Equipa Multiprofissional</p> <p><b>Materiais:</b></p> <p>Protocolos e normas da UCSP sobre redes de apoio e referênciação hospital-</p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter realizado pesquisa bibliográfica de acordo com as necessidades e tendo em conta a temática do projeto</li> <li>- Ter recolhido informação que fundamente a prática de acordo com as necessidades</li> <li>- Ter demonstrado capacidades técnicas e teóricas para cuidar da pessoa com alterações da mobilidade em contexto domiciliário</li> </ul> <p><b>Critérios de Avaliação:</b></p> <p>-De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para desenvolver competências e práticas de enfermagem de reabilitação em contexto de comunidade na pessoa com alterações da mobilidade de origem neurológica</p>

<p>padrões de conhecimento</p> <p><b>B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</b></p> <p><b>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</b></p> <p><b>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</b></p>			<p>comunidade, pesquisa bibliográfica, livros, trabalhos acadêmicos, teses de mestrado e doutoramento acerca desta temática</p> <p><b>Físicos:</b></p> <p>Centro de documentação da ESEL</p> <p>UCSP do</p> <p>██████</p>	
---	--	--	---	--

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p><b>A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</b></p> <p><b>A1</b> – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p><b>A2</b> – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p><b>B – Domínio da melhoria contínua da qualidade</b></p>	<p><b>3 –</b></p> <p>Desenvolver competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa/família com alterações da mobilidade, em contexto domiciliário, de acordo com princípios éticos, deontológicos e legais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reger o exercício profissional de acordo com o código deontológico</li> <li>• Promover o respeito pela pessoa/família nomeadamente, a sua privacidade, os seus valores, costumes, crenças pessoais e religiosas</li> <li>• Promover o direito da pessoa ao acesso da informação</li> <li>• Promover o respeito pela capacidade de escolha e autodeterminação da pessoa/família no âmbito dos cuidados especializados de saúde</li> <li>• Colaborar com a equipa multiprofissional na prestação de cuidados à pessoa/família</li> <li>• Participar nas reuniões multiprofissionais e na tomada de</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <p>Enf.<sup>a</sup> Chefe, EEER e restantes Enfermeiros e elementos da Equipa Multiprofissional</p> <p><b>Materiais:</b></p> <p>Código deontológico, regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e competências</p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter desenvolvido a prática de enfermagem respeitando os princípios éticos e deontológicos</li> <li>- Ter promovido o respeito pela privacidade, valores, crenças pessoais e religiosas da pessoa e família</li> <li>- Ter promovido o direito ao acesso à informação</li> <li>- Ter promovido o respeito pela capacidade de escolha e autodeterminação da pessoa/família</li> <li>- Ter colaborado com a equipa multiprofissional na prestação de cuidados</li> <li>- Ter participado nas reuniões multiprofissionais e na tomada de decisão em equipa com base em princípios deontológicos</li> </ul>

<p><b>B3</b> – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p><b>B3.1</b> – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerados de segurança e proteção dos indivíduos/grupo</p> <p><b>C – Domínio da gestão dos cuidados</b></p> <p><b>C1</b> – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</p>		<p>decisão em equipa com base em princípios deontológicos</p>	<p>específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, pareceres ético-legais da ordem dos enfermeiros, pesquisa bibliográfica</p> <p><b>Físicos:</b> UCSP do [REDACTED]</p>	<p><b>Critérios de Avaliação:</b></p> <p>-De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para desenvolver competências e práticas de enfermagem de reabilitação em contexto de comunidade na pessoa com alterações da mobilidade de origem neurológica, de acordo com princípios éticos, legais e deontológicos.</p>
--	--	---	--	--

<p><b>C1.1. – Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão</b></p> <p><b>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</b></p> <p><b>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</b></p>				
---	--	--	--	--

<b>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</b>				
--	--	--	--	--

<b>Domínios e Competências</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Recursos</b>	<b>Indicadores e Critérios de Avaliação</b>
<p><b>B – Domínio da melhoria contínua da qualidade</b></p> <p><b>B2 –</b> Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade</p> <p><b>B3 –</b> Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p>	<p><b>4 –</b> Promover a continuidade de cuidados com vista à reintegração comunitária e qualidade de vida da pessoa com alteração da mobilidade e sua família em contexto domiciliário</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a situação da pessoa com alteração da mobilidade e família, identificando as necessidades de apoio na comunidade com vista à sua reinserção</li> <li>• Identificar e utilizar instrumentos de avaliação à pessoa com alteração da mobilidade</li> <li>• Planear e implementar um programa de reabilitação, visando o treino de AVD e adaptação às limitações da pessoa com alterações da mobilidade, com vista</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <p>Professor Orientador do projeto, Enf.<sup>a</sup> Chefe, EEER e restantes Enfermeiros e elementos da Equipa Multiprofissional</p> <p><b>Materiais:</b></p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter avaliado a situação de pessoas com alteração da mobilidade e sua família, identificando as necessidades de apoio na comunidade com vista à sua reinserção</li> <li>- Ter recorrido a instrumentos de avaliação à pessoa com alteração da mobilidade</li> <li>- Ter planeado e implementado um programa de reabilitação visando o treino de AVD e adaptação às limitações da pessoa com alterações da mobilidade, com vista à maximização da sua autonomia e qualidade de vida</li> </ul>

<p><b>C – Domínio da gestão dos cuidados</b></p> <p><b>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</b></p> <p><b>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</b></p> <p><b>J2 – Capacita a pessoa com deficiência,</b></p>		<p>à maximização da sua autonomia e qualidade de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Envolver a pessoa com alteração da mobilidade e sua família na comunidade onde se encontram inseridos através de atividades promotoras de reintegração comunitária</li> <li>• Elaborar planos de cuidados adequados às necessidades gerais e específicas de reabilitação da pessoa com alteração da mobilidade</li> <li>• Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da mobilidade e família em colaboração com a EEER</li> <li>• Envolver a família/cuidador nos cuidados prestados</li> <li>• Refletir sobre as competências e práticas de enfermagem de reabilitação tendo em vista a sua</li> </ul>	<p>Instrumentos de registo de enfermagem, protocolos de qualidade em vigor, legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica, pesquisa bibliográfica, livros, trabalhos académicos, teses de mestrado e doutoramento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter envolvido a pessoa com alteração da mobilidade e sua família na comunidade onde se encontram inseridos através de atividades promotoras de reintegração comunitária</li> <li>• - Ter elaborado planos de cuidados adequados às necessidades gerais e específicas de reabilitação da pessoa com alteração da mobilidade</li> <li>- Ter prestado cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da mobilidade e família em colaboração com a EEER</li> <li>- Ter envolvido a família/cuidador nos cuidados prestados</li> <li>- Ter refletido sobre as competências e práticas de enfermagem de reabilitação tendo em vista a sua melhoria e desenvolvimento contínuo</li> </ul> <p><b>Critérios de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para</li> </ul>
--	--	---	---	--

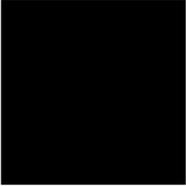
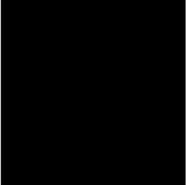
<p><b>limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</b></p> <p><b>J2.1</b> – Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida</p> <p><b>J2.2</b> – Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social</p> <p><b>J3</b> – Maximiza a funcionalidade</p>		<p>melhoria e desenvolvimento contínuo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	<p>acerca desta temática.</p> <p><b>Físicos:</b></p> <p>Centro de documentação da ESEL UCSP do [REDACTED]</p>	<p>promover a continuidade de cuidados, com vista à reintegração comunitária e qualidade de vida da pessoa com alteração da mobilidade e sua família em contexto domiciliário.</p> <p>Presta cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da mobilidade e sua família, integrando-os no plano global de cuidados.</p> <p>Presta cuidados de enfermagem de reabilitação em articulação com os recursos e profissionais da comunidade.</p>
---	--	--	---	---

desenvolvendo as capacidades da pessoa				
--	--	--	--	--

## PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

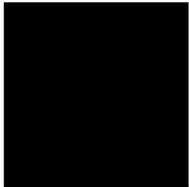
Serviço de Neurologia do [REDACTED]

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p><b>A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</b></p> <p><b>A1</b> – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p><b>A2</b> – Promove práticas de cuidados</p>	<p>1- Integrar de forma progressiva e gradual na Equipa Multiprofissional, sua dinâmica, funcionamento, organização e atividades do</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitar o serviço de Neurologia do [REDACTED]</li> <li>• Entrevistas informais com: Enfermeira Chefe e EEER, com aplicação de Guiões de Entrevista (Apêndice II), bem como com restante equipa multiprofissional</li> <li>• Observar a estrutura física e funcional do serviço</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <p>Professor Orientador do projeto, Enf.<sup>a</sup> Chefe, EEER e restantes Enfermeiros e elementos da Equipa Multiprofissional</p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ter efetuado visita ao serviço de Neurologia do [REDACTED]</li> <li>-Ter realizado entrevistas informais com Enf.<sup>a</sup> Chefe, EEER e restantes enfermeiros e elementos da Equipa Multiprofissional</li> <li>-Ter consultado Documentos do serviço: Manuais/ Protocolos/ Normas/ Instrumentos de registo</li> <li>-Ter compreendido a intervenção e dinâmica da EEER no seio da Equipa</li> </ul>

<p>que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p><b>B – Domínio da melhoria contínua da qualidade</b></p> <p><b>B3 –</b> Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p><b>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</b></p>	<p>serviço de Neurologia do</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultar Documentos do serviço: Manuais/ Protocolos/ Normas/ Instrumentos de registo</li> <li>• Observar a intervenção da EEER e a sua dinâmica na Equipa Multiprofissional</li> <li>• Identificar o papel da EEER na prestação de cuidados a pessoas/famílias que estão a vivenciar processos de doença com alterações da mobilidade que lhes conferem grau de limitação e restrição na participação</li> <li>• Conhecer os recursos humanos, físicos e materiais do serviço, que possam ser mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação</li> <li>• Identificar os procedimentos de acolhimento/colheita de dados e de</li> </ul>	<p><b>Materiais:</b></p> <p>Documentos do serviço (Manuais/ Protocolos/ Normas/ Instrumentos de registo.</p> <p><b>Físicos:</b></p> <p>Serviço de Neurologia do</p> 	<p>Multiprofissional, como elemento dinamizador</p> <p>-Ter identificado o papel da EEER na prestação de cuidados a pessoas/famílias que estão a vivenciar processos de doença com alterações da mobilidade que lhes conferem grau de limitação e restrição na participação</p> <p>-Ter conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais do serviço para a prestação de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação</p> <p>-Saber identificar os procedimentos de acolhimento/colheita de dados e de preparação para a alta da pessoa</p> <p><b>Crterios de Avaliao:</b></p> <p>-De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para a integrao na Equipa Multiprofissional, na dinamica, funcionamento, organizao e</p>
---	---	--	---	--

		preparação para a alta da pessoa/família		atividades do serviço de Neurologia do 
<b>Domínios e Competências</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Recursos</b>	<b>Indicadores e Critérios de Avaliação</b>
<p><b>A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</b></p> <p><b>A1</b> – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p><b>A2</b> – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p>	<p><b>2-</b> Desenvolver competências e práticas de enfermagem de reabilitação em contexto de internamento na pessoa com alteração da mobilidade de origem neurológica, de acordo com princípios éticos,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar pesquisa bibliográfica de acordo com as necessidades e tendo em conta a temática do projeto</li> <li>• Recolher informação que fundamente a prática de cuidados</li> <li>• Desenvolver o exercício profissional de acordo com o código deontológico</li> <li>• Promover o respeito pela privacidade, valores, costumes, crenças pessoais e religiosas da pessoa/família</li> <li>• Promover o direito da pessoa ao acesso da informação</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <p>Professor Orientador do projeto, Enf.<sup>a</sup> Chefe, EEER e restantes Enfermeiros e elementos da Equipa Multidisciplinar</p> <p><b>Materiais:</b></p> <p>Código Deontológico, Regulamento das Competências</p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter pesquisado bibliografia de acordo com as necessidades e tendo em conta a temática do projeto</li> <li>- Ter recolhido informação que fundamente a prática de acordo com as necessidades</li> <li>- Ter desenvolvido uma prática de enfermagem, respeitando princípios éticos e deontológicos</li> <li>- Ter promovido o respeito pela privacidade, valores, costumes, crenças pessoais e religiosas da pessoa/família</li> <li>- Ter promovido o direito da pessoa ao acesso à informação</li> <li>- Ter promovido o respeito pela capacidade de escolha e autodeterminação da pessoa</li> </ul>

<p><b>B – Domínio da melhoria contínua da qualidade</b></p> <p><b>B3 –</b> Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p><b>B3.1 –</b>Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo</p> <p><b>C – Domínio da gestão de cuidados</b></p> <p><b>C1 –</b> Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multiprofissional</p>	<p>deontológicos e legais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover o respeito pela capacidade de escolha e autodeterminação da pessoa no âmbito dos cuidados especializados de saúde</li> <li>• Desenvolver competências científicas e técnicas no âmbito da reabilitação à pessoa com alterações da mobilidade e sua família</li> <li>• Conhecer o tipo de patologias prevalentes no Serviço de Neurologia, noções de anatomia e fisiologia e prognósticos</li> <li>• Identificar as necessidades específicas que influenciam a capacidade de autocuidado na pessoa com alteração da mobilidade, identificando as necessidades de apoio</li> </ul>	<p>Comuns do Enfermeiro Especialista e das</p> <p>Competências Específicas do EEER,</p> <p>Pareceres ético-legais da Ordem dos Enfermeiros, protocolos e normas existentes no serviço, pesquisa bibliográfica, livros, trabalhos académicos, teses de mestrado e</p>	<p>no âmbito dos cuidados especializados de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter desenvolvido competências científicas e técnicas no âmbito da reabilitação à pessoa com alterações da mobilidade e sua família</li> <li>- Ter pesquisado acerca do tipo de patologias prevalentes no Serviço de Neurologia, noções de anatomia e fisiologia e prognósticos</li> <li>- Ter capacidade de identificar as necessidades específicas que influenciam a capacidade de autocuidado na pessoa com alteração da mobilidade, identificando as necessidades de apoio</li> <li>- Ter identificado e utilizado instrumentos de avaliação à pessoa com alterações da mobilidade</li> <li>- Ter planeado e implementado um programa de reabilitação, visando o treino de AVD e adaptação às limitações da pessoa com alterações da mobilidade, com</li> </ul>
--	--------------------------------	--	--	---

<p><b>C1.1</b> – Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão</p> <p><b>D – Domínio das aprendizagens profissionais</b></p> <p><b>D1</b> – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade</p> <p><b>D2</b> – Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p> <p><b>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar e utilizar instrumentos de avaliação à pessoa com alterações da mobilidade</li> <li>• Planear e implementar um programa de reabilitação, visando o treino de AVD e adaptação às limitações da pessoa com alterações da mobilidade, com vista à maximização da sua autonomia e qualidade de vida</li> <li>• Elaborar planos de cuidados adequados às necessidades gerais e específicas de reabilitação da pessoa com alteração da mobilidade</li> <li>• Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da mobilidade e família em colaboração com a EEER</li> <li>• Envolver da família/cuidador nos cuidados prestados</li> </ul>	<p>doutoramento acerca da temática do projeto.</p> <p><b>Físicos:</b> Serviço de Neurologia do </p>	<p>vista à maximização da sua autonomia e qualidade de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter elaborado um plano de cuidados adequado às necessidades gerais e específicas de reabilitação da pessoa com alteração da mobilidade</li> <li>- Ter prestado cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da mobilidade e família em colaboração com a EEER</li> <li>-Ter envolvido a família/cuidador nos cuidados prestados</li> <li>- Ter refletido sobre as competências e práticas de enfermagem de reabilitação tendo em vista a sua melhoria e desenvolvimento contínuo</li> <li>- Ter compreendido a intervenção do EEER em contexto hospitalar e sua articulação com a comunidade</li> <li>- Ter demonstrado capacidade de avaliação das situações e mobilização de recursos (humanos e materiais) na articulação com a</li> </ul>
--	--	---	--	---

<p>da prática de cuidados</p> <p><b>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</b></p> <p><b>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaborar com a Equipa Multiprofissional na prestação de cuidados à pessoa/família</li> <li>• Participar nas reuniões multiprofissionais e na tomada de decisão em equipa com base em princípios deontológicos</li> <li>• Realizar Notas de Transferência/Alta e efetuar contato prévio com a Unidade de Cuidados na Comunidade e, se existir, com o EEER na comunidade</li> <li>• Refletir sobre as competências e práticas de enfermagem de reabilitação tendo em vista a sua melhoria e desenvolvimento contínuo</li> </ul>	<p>comunidade, tendo como base o Modelo de Enfermagem de Orem na promoção do autocuidado.</p> <p><b>Crterios de Avaliao:</b></p> <p>- De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para desenvolver competncias e prticas de enfermagem de reabilitao em contexto de internamento na pessoa com alteraes da mobilidade de origem neurolgica, de acordo com princpios ticos, legais e deontolgicos.</p>
--	--	---	--

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p><b>A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</b></p> <p><b>A1</b> – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p><b>A2</b> – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p><b>B – Domínio da melhoria contínua da qualidade</b></p>	<p>1- Integrar de forma progressiva e gradual na Equipa Multiprofissional, sua dinâmica, funcionamento, organização e atividades do serviço de Neurologia do</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitar o serviço de Neurologia do</li> <li>• Entrevistas informais com: Enfermeira Chefe e EEER, com aplicação de Guiões de Entrevista (Apêndice II), bem como com restante equipa multiprofissional</li> <li>• Observar a estrutura física e funcional do serviço</li> <li>• Consultar Documentos do serviço: Manuais/ Protocolos/ Normas/ Instrumentos de registo</li> <li>• Observar a intervenção da EEER e a sua dinâmica na Equipa Multiprofissional</li> <li>• Identificar o papel da EEER na prestação de cuidados a pessoas/famílias que estão a</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <p>Professor Orientador do projeto, Enf.<sup>a</sup> Chefe, EEER e restantes Enfermeiros e elementos da Equipa Multiprofissional</p> <p><b>Materiais:</b></p> <p>Documentos do serviço (Manuais/ Protocolos/ Normas/ Instrumentos de registo.</p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ter efetuado visita ao serviço de Neurologia</li> <li>-Ter realizado entrevistas informais com Enf.<sup>a</sup> Chefe, EEER e restantes enfermeiros e elementos da Equipa Multiprofissional</li> <li>-Ter consultado Documentos do serviço: Manuais/ Protocolos/ Normas/ Instrumentos de registo</li> <li>-Ter compreendido a intervenção e dinâmica da EEER no seio da Equipa Multiprofissional, como elemento dinamizador</li> <li>-Ter identificado o papel da EEER na prestação de cuidados a pessoas/famílias que estão a vivenciar processos de doença com alterações da mobilidade que lhes conferem grau de limitação e restrição na participação</li> </ul>

<p><b>B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</b></p> <p><b>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</b></p>		<p>vivenciar processos de doença com alterações da mobilidade que lhes conferem grau de limitação e restrição na participação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer os recursos humanos, físicos e materiais do serviço, que possam ser mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação</li> <li>• Identificar os procedimentos de acolhimento/colheita de dados e de preparação para a alta da pessoa/família</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <p>Serviço de Neurologia do [REDACTED]</p>	<p>-Ter conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais do serviço para a prestação de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação</p> <p>-Saber identificar os procedimentos de acolhimento/colheita de dados e de preparação para a alta da pessoa</p> <p><b>Critérios de Avaliação:</b></p> <p>-De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para a integração na Equipa Multiprofissional, na dinâmica, funcionamento, organização e atividades do serviço de Neurologia do [REDACTED]</p>
<p><b>Domínios e Competências</b></p>	<p><b>Objetivos Específicos</b></p>	<p><b>Atividades a desenvolver</b></p>	<p><b>Recursos</b></p>	<p><b>Indicadores e Critérios de Avaliação</b></p>
<p><b>A – Domínio da responsabilidade</b></p>	<p>2- Desenvolver competências e práticas de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar pesquisa bibliográfica de acordo com as necessidades e</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <p>Professor Orientador do</p>	<p><b>Indicadores:</b></p>

<p><b>profissional, ética e legal</b></p> <p><b>A1</b> – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p><b>A2</b> – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p><b>B – Domínio da melhoria contínua da qualidade</b></p> <p><b>B3</b> – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p><b>B3.1</b> – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural</p>	<p>enfermagem de reabilitação em contexto de internamento na pessoa com alteração da mobilidade de origem neurológica, de acordo com princípios éticos, deontológicos e legais.</p>	<p>tendo em conta a temática do projeto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolher informação que fundamente a prática de cuidados</li> <li>• Desenvolver o exercício profissional de acordo com o código deontológico</li> <li>• Promover o respeito pela privacidade, valores, costumes, crenças pessoais e religiosas da pessoa/família</li> <li>• Promover o direito da pessoa ao acesso da informação</li> <li>• Promover o respeito pela capacidade de escolha e autodeterminação da pessoa no âmbito dos cuidados especializados de saúde</li> <li>• Desenvolver competências científicas e técnicas no âmbito da reabilitação à pessoa com</li> </ul>	<p>projeto, Enf.<sup>a</sup> Chefe, EEER e restantes Enfermeiros e elementos da Equipa Multidisciplinar</p> <p><b>Materiais:</b></p> <p>Código Deontológico, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do EEER, Pareceres ético-legais da</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter pesquisado bibliografia de acordo com as necessidades e tendo em conta a temática do projeto</li> <li>- Ter recolhido informação que fundamente a prática de acordo com as necessidades</li> <li>- Ter desenvolvido uma prática de enfermagem, respeitando princípios éticos e deontológicos</li> <li>- Ter promovido o respeito pela privacidade, valores, costumes, crenças pessoais e religiosas da pessoa/família</li> <li>- Ter promovido o direito da pessoa ao acesso à informação</li> <li>- Ter promovido o respeito pela capacidade de escolha e autodeterminação da pessoa no âmbito dos cuidados especializados de saúde</li> <li>- Ter desenvolvido competências científicas e técnicas no âmbito da reabilitação à pessoa com alterações da mobilidade e sua família</li> <li>- Ter pesquisado acerca do tipo de patologias prevalentes no Serviço de Neurologia,</li> </ul>
---	---	--	---	---

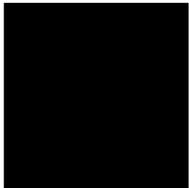
<p>e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo</p> <p><b>C – Domínio da gestão de cuidados</b></p> <p><b>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multiprofissional</b></p> <p><b>C1.1 – Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão</b></p> <p><b>D – Domínio das aprendizagens profissionais</b></p>		<p>alterações da mobilidade e sua família</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer o tipo de patologias prevalentes no Serviço de Neurologia, noções de anatomia e fisiologia e prognósticos</li> <li>• Identificar as necessidades específicas que influenciam a capacidade de autocuidado na pessoa com alteração da mobilidade, identificando as necessidades de apoio</li> <li>• Identificar e utilizar instrumentos de avaliação à pessoa com alterações da mobilidade</li> <li>• Planear e implementar um programa de reabilitação, visando o treino de AVD e adaptação às limitações da pessoa com alterações da mobilidade, com vista à maximização da sua autonomia e qualidade de vida</li> </ul>	<p>Ordem dos Enfermeiros, protocolos e normas existentes no serviço, pesquisa bibliográfica, livros, trabalhos académicos, teses de mestrado e doutoramento acerca da temática do projeto.</p> <p><b>Físicos:</b> Serviço de Neurologia do </p>	<p>noções de anatomia e fisiologia e prognósticos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter capacidade de identificar as necessidades específicas que influenciam a capacidade de autocuidado na pessoa com alteração da mobilidade, identificando as necessidades de apoio</li> <li>- Ter identificado e utilizado instrumentos de avaliação à pessoa com alterações da mobilidade</li> <li>- Ter planeado e implementado um programa de reabilitação, visando o treino de AVD e adaptação às limitações da pessoa com alterações da mobilidade, com vista à maximização da sua autonomia e qualidade de vida</li> <li>- Ter elaborado um plano de cuidados adequado às necessidades gerais e específicas de reabilitação da pessoa com alteração da mobilidade</li> <li>- Ter prestado cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da</li> </ul>
--	--	--	--	---

<p><b>D1</b> – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade</p> <p><b>D2</b> – Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p> <p><b>J1</b> – <b>Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</b></p> <p><b>J2</b> – <b>Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar planos de cuidados adequados às necessidades gerais e específicas de reabilitação da pessoa com alteração da mobilidade</li> <li>• Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da mobilidade e família em colaboração com a EEER</li> <li>• Envolver da família/cuidador nos cuidados prestados</li> <li>• Colaborar com a Equipa Multiprofissional na prestação de cuidados à pessoa/família</li> <li>• Participar nas reuniões multiprofissionais e na tomada de decisão em equipa com base em princípios deontológicos</li> <li>• Realizar Notas de Transferência/Alta e efetuar contato prévio com a Unidade de Cuidados na Comunidade e, se</li> </ul>		<p>mobilidade e família em colaboração com a EEER</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ter envolvido a família/cuidador nos cuidados prestados</li> <li>- Ter refletido sobre as competências e práticas de enfermagem de reabilitação tendo em vista a sua melhoria e desenvolvimento contínuo</li> <li>- Ter compreendido a intervenção do EEER em contexto hospitalar e sua articulação com a comunidade</li> <li>- Ter demonstrado capacidade de avaliação das situações e mobilização de recursos (humanos e materiais) na articulação com a comunidade, tendo como base o Modelo de Enfermagem de Orem na promoção do autocuidado.</li> </ul> <p><b>Crterios de Avaliao:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para desenvolver competências e prticas de</li> </ul>
---	--	---	---	---

<b>restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</b> <b>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</b>		existir, com o EEER na comunidade • Refletir sobre as competências e práticas de enfermagem de reabilitação tendo em vista a sua melhoria e desenvolvimento contínuo		enfermagem de reabilitação em contexto de internamento na pessoa com alterações da mobilidade de origem neurológica, de acordo com princípios éticos, legais e deontológicos.
---	--	---	--	---

UCSP do [REDACTED] e Serviço de Neurologia do [REDACTED]

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<b>D – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais</b>	<b>1A–</b> Identificar o impacto/visibilidade das intervenções do EEER e dos	• Analisar e refletir sobre as orientações dos orientadores do Ensino Clínico e da informação partilhada no seio da Equipa Multiprofissional	<b>Humanos:</b> Professor Orientador do projeto, Enf. <sup>a</sup> Chefe, EEER e restantes	<b>Indicadores:</b> - Avalia de uma forma sistematizada as limitações e capacidades da pessoa/família, tendo em vista melhorar a qualidade de vida e a sua capacidade de autocuidado

<p><b>D1</b> – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade</p> <p><b>D1.1</b> – Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro</p>	<p>ensinos efetuados à pessoa com alteração da mobilidade e sua família, com base na avaliação das suas necessidades de autocuidado físicas, psicológicas, sociais e espirituais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestar cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação à pessoa com alterações da mobilidade e sua família</li> <li>• Elaborar um guia orientador de cuidados para a pessoa com alteração da mobilidade e sua família na promoção do autocuidado visando a readaptação no domicílio.</li> </ul>	<p>Enfermeiros e elementos da Equipa Multiprofissional</p> <p>Enfermeiros da Comunidade e Pessoa e suas famílias</p> <p><b>Materiais:</b></p> <p>Instrumentos de avaliação;</p> <p>Registos de Enfermagem</p> <p><b>Físicos:</b></p> <p>Serviço de Neurologia</p> 	<p>-Enuncia as necessidades de autocuidado afetadas que condicionam uma melhor readaptação domiciliária e reintegração comunitária</p> <p>- Relata a importância da prevenção de complicações, através de uma atuação preventiva efetuada pelo processo de ensino /aprendizagem;</p> <p>-Descreve os conceitos desenvolvidos na teoria, articula-os com a prática e aplica-os.</p> <p>-Evidencia, no relatório, as competências desenvolvidas, construindo uma reflexão crítica do percurso efetuado.</p> <p><b>Crterios de Avaliao:</b></p> <p>- De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para compreender o impacto das intervenções do EEER na pessoa com alteraes da mobilidade e sua famlia na promoo do autocuidado.</p>
---	---	---	---	--

				<p>- De que modo os ensinamentos efetuados pelo EEER foram de encontro às necessidades de autocuidado da pessoa com alteração da mobilidade e sua família.</p> <p>- Assume responsabilidades de envolver a pessoa com alterações da mobilidade e a sua família nas intervenções efetuadas.</p>
--	--	--	--	--

<b>Domínios e Competências</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Recursos</b>	<b>Indicadores e Critérios de Avaliação</b>
<p><b>D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b></p> <p><b>D2 –</b> Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>	<p><b>2A –</b> Elaborar o relatório final do Projeto de Formação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar os momentos de aprendizagem, experiências vividas, intervenções desenvolvidas, dificuldades sentidas durante o estágio</li> <li>• Identificar quais os aspetos positivos/negativos e de que forma contribuíram para o meu processo de aprendizagem, bem como para a aquisição de competências nesta área.</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <p>Professor Orientador do projeto, Enf.<sup>a</sup> Chefe, EEER e restantes Enfermeiros e elementos da Equipa Multiprofissional</p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <p>- Elabora o relatório no qual aborda quais as competências desenvolvidas no decorrer do Ensino Clínico, recorrendo a uma análise crítica do percurso realizado.</p> <p>- Descreve as atividades desenvolvidas durante o Ensino Clínico.</p> <p>- Define a área do projeto de formação, construindo o enquadramento teórico relativo à temática em estudo.</p>

<p><b>D2.2</b> – Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade</p>			<p><b>Materiais:</b> Reflexões da experiências vivenciadas em Ensino Clínico</p> <p><b>Físicos:</b> ESEL Serviço de Neurologia do [REDACTED] e UCSP do [REDACTED]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descreve as competências adquiridas e desenvolvidas no âmbito da promoção do autocuidado da pessoa com alterações da mobilidade e sua família.</li> <li>- Faz uma análise de todo o processo de formação.</li> <li>-Avalia o percurso de acordo com os critérios estabelecidos no projeto.</li> </ul> <p><b>Critérios de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstra, no decurso do ensino clínico e na elaboração do relatório, como aplica e mobiliza na prática os conhecimentos adquiridos na teoria, evidenciando as competências desenvolvidas, fazendo uma reflexão crítica de todo o percurso.</li> <li>-Fundamenta os cuidados prestados, através dos: registos dos ensinios efetuados e a evolução observada; descrição do grau de envolvimento e as competências para o</li> </ul>
--	--	--	---	--

				<p>autocuidado adquiridas pela pessoa com alteração da mobilidade.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Justifica as opções, prioridades e planeamento dos cuidados definidos.</li></ul>
--	--	--	--	---

**Apêndice II – Formação para cuidadores domiciliares com título: “Cuidar de Si  
para cuidar do Outro”**



## SESSÃO DE FORMAÇÃO

**Título da sessão:** Cuidar de Si para Cuidar do Outro

**Tema da sessão:** Técnica correta de posicionamentos, transferência e mecânica corporal

**Data:** 17 de Novembro de 2016

**Horário:** 14h

**Local:** [REDACTED]

**Tempo previsto:** 60 minutos

**Formadores:** Aluna do 7º CMEER da ESEL –Enf. Cátia Fonseca

**Destinatários:** Auxiliares de apoio domiciliário

**Orientadores:** [REDACTED] (Ensino Clínico) e Prof. Miguel Serra (ESEL)

**Objetivos Gerais:** Transmitir conhecimentos sobre os princípios fundamentais nos posicionamentos e transferência da pessoa dependente.  
Sensibilizar para a correta postura corporal para prevenção de lesões músculo-esqueléticas.

Objetivos Específicos	Conteúdos	Metodologia	Atividades	Avaliação	Materiais e Equipamento	Duração
<ul style="list-style-type: none"> <li>Que o cuidador saiba identificar a técnica correta de posicionamento e transferência da pessoa dependente</li> <li>Que o cuidador saiba utilizar as estratégias adequadas ao correto posicionamento e transferência da pessoa dependente, prevenindo assim possíveis lesões músculo-esqueléticas para ambas as partes.</li> </ul>	<p>Princípios gerais de mecânica corporal na execução das técnicas de posicionamentos e transferência.</p> <p>Posicionamentos: - Decúbito dorsal - Decúbito Semidorsal</p> <p>Técnica de mobilização na cama. Técnica de transferência da cama para a cadeira.</p>	Método Expositivo e Demonstrativo	<p>Apresentação dos Objetivos da Formação.</p> <p>Apresentação dos conteúdos a abordar.</p> <p>Exposição e demonstração dos conteúdos.</p> <p>Dúvidas.</p> <p>Avaliação.</p>	<i>Role Playing</i>	Computador Projetor	<p>Exposição e demonstração dos conteúdos (40 minutos)</p> <p>Esclarecimento de dúvidas e avaliação (20 minutos)</p>



# CUIDAR DE SI PARA CUIDAR DO OUTRO

TÉCNICA CORRETA DE POSICIONAMENTOS, TRANSFERÊNCIAS E MECÂNICA CORPORAL

Formadora: Enf. Cátia Fonseca (aluna do 7º CMEER)

Orientador do Ensino Clínico: [REDACTED]

Orientador da ESEL: Prof. Miguel Serra

Lisboa, Novembro de 2016

## CUIDAR DE SI PARA CUIDAR DO OUTRO

### OBJETIVOS GERAIS

- Transmitir conhecimentos sobre os princípios fundamentais nos posicionamentos e transferência da pessoa dependente
- Sensibilizar para a correta postura corporal para prevenção de lesões músculo-esqueléticas.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Que o cuidador saiba identificar a técnica correta de posicionamento e transferência da pessoa dependente
- Que o cuidador saiba utilizar as estratégias adequadas ao correto posicionamento e transferência da pessoa dependente, prevenindo assim possíveis lesões músculo-esqueléticas para ambas as partes.

## CUIDAR DE SI PARA CUIDAR DO OUTRO

1. Princípios de mecânica corporal a respeitar para o correto posicionamento e transferência da pessoa dependente
2. Posicionamentos
  - Decúbito Dorsal
  - Decúbito Semidorsal (esquerdo e direito)Mobilizações no leito
3. Transferências



### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## Princípios de mecânica corporal

*Avaliar as condições disponíveis à realização do procedimento:*

- ✓ Existência de espaço físico suficiente – recomenda-se uma área de 2,5 m livres desde o centro da cama
- ✓ Piso com condições de segurança
- ✓ Quais os recursos humanos e técnicos existentes e avaliar a colaboração da pessoa
- ✓ Não deve levantar mais de 35% do seu peso corporal
- ✓ Quando são dois cuidadores, planejar e repartir os movimentos, identificando quem coordena

## Princípios de mecânica corporal

Avaliar as condições disponíveis à realização do procedimento:

✓ Utilizar sempre que possível:

- Equipamento regulável em altura, ajustando-o de acordo com o centro de gravidade do profissional e o tipo de procedimento a realizar
- Auxiliares mecânicos (*transfer*, elevadores, resguardos ou outros)



## Princípios de mecânica corporal

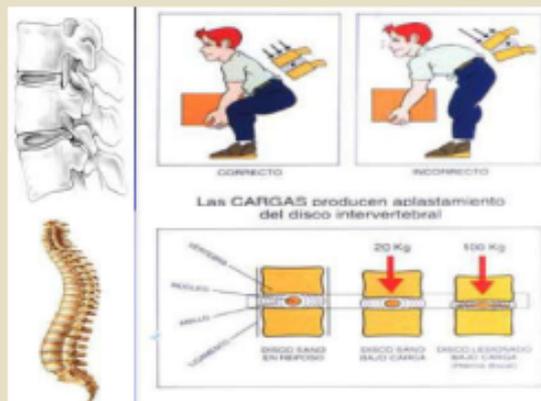
Na movimentação da pessoa dependente devemos:

Explicar à pessoa o que vai ser feito e pedir a sua colaboração sempre que possível.

Criar uma base de sustentação, colocando os pés à largura dos ombros.

Na execução de esforços, manter a região dorso-lombar direita, fletir os joelhos e colocar a força nos músculos dos membros inferiores.

Evitar movimentos de rotação e flexão da coluna, a postura do tronco e a posição dos pés na direção do movimento a realizar.



## Princípios de mecânica corporal

Na movimentação da pessoa dependente devemos:

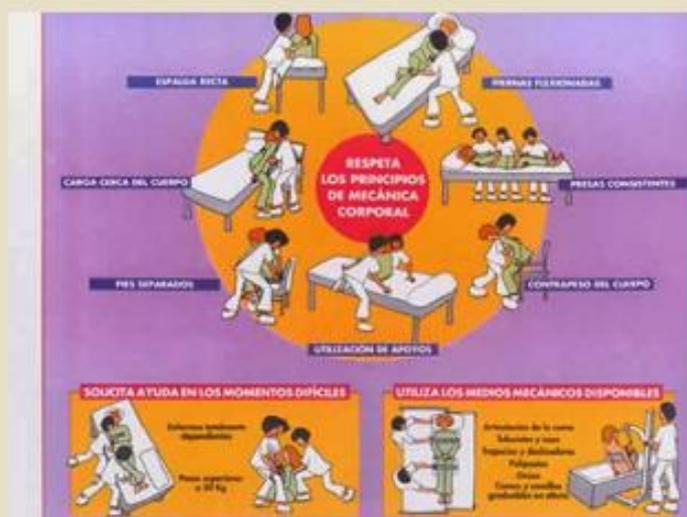
Puxar, empurrar, deslizar ou girar em vez de elevar. Usar, sempre que possível, o próprio peso para facilitar o movimento.

Ao levantar a pessoa, ou objetos, colocá-los o mais próximo possível do corpo, mantendo os membros superiores junto ao tronco.

Realizar exercícios de alongamento e relaxamento entre tarefas de maior sobrecarga e/ou repetitivas e no final, para reduzir a tensão no sistema músculo-esquelético.



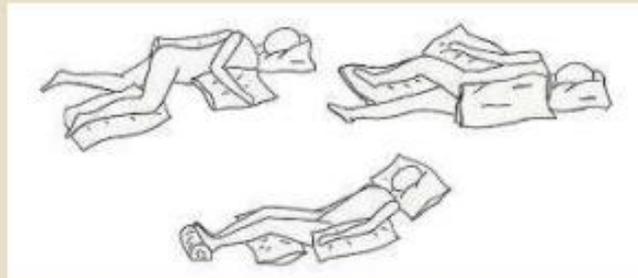
## Princípios de mecânica corporal



## Posicionamentos

### Objetivos

- Proporcionar conforto e bem-estar
- Prevenir alterações músculo-esqueléticas
- Manter o alinhamento corporal
- Estimular a circulação
- Proporcionar uma melhor respiração
- Aliviar a pressão sobre uma área do corpo
- Manter a integridade cutânea e tecidos subjacentes



## Posicionamentos

- Verificar que tem o material necessário (almofadas moldáveis e superfícies de apoio – colchões estáticos e dinâmicos de alternância de pressão).
- Planear a atividade de acordo com o nível de dependência e a situação clínica.
- Explicar o procedimento à pessoa e pedir a sua colaboração de acordo com as suas capacidades.
- Manter a privacidade da pessoa.
- As alternâncias de decúbito devem ter em consideração a condição da pessoa e as superfícies de apoio usadas.
- Determinar o tempo de permanência em cada posição de acordo com a condição clínica, o estado geral e as condições globais da pele e o grau de mobilidade da pessoa.
- Em qualquer posicionamento a pessoa deve ficar confortável, respeitando o alinhamento corporal e reduzindo as tensões articulares e musculares.

## Posicionamentos

Colocar o doente em decúbito dorsal.

Posicionar a pessoa usando movimentos suaves e firmes.

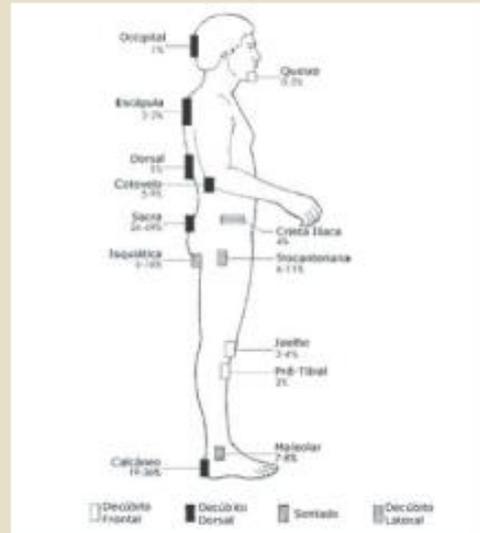
Evitar posicionar a pessoa em contacto directo com dispositivos médicos.

Manter a roupa limpa e esticada.

Avaliar a pele a cada mudança de posição.

Utilizar materiais de alívio de pressão (colchão pressão alterna, proteção calcanhar ou cotovelo, almofadas...)

Utilizar substâncias que mantêm a pele hidratada e com um bom grau de elasticidade. Quando surge uma zona de rubor massajar à volta sem pressionar.



## Posicionamentos

### Decúbito Dorsal



## Posicionamentos

### Decúbito Semidorsal



## Posicionamentos

### Mobilizações no leito

Devem ser feitas preferencialmente por dois cuidadores, usando, quando possível, auxiliares como o resguardo. Este deve ser colocado desde a região escapulo-umeral até à região poplíteia e enrolado junto ao corpo para garantir firmeza na preensão e controlar o movimento (Fig. A e B).



Não utilizando auxiliares, para mobilizar a pessoa dependente no sentido da largura do leito, os cuidadores devem colocar-se ambos do lado para o qual vai ser mobilizada a pessoa (Fig. C).

Quando o movimento for executado no sentido ascendente ou descendente devem colocar-se um de cada lado do leito (Fig. D).

## Posicionamentos

### Mobilizações no leito

Quando a técnica for executada apenas por um cuidador, deve verificar se a força a exercer é compatível com a que pode despende. Deve então proceder à mobilização da pessoa, deslocando em primeiro lugar a parte superior do corpo (cintura escapular e região dorsal) e, em seguida, a parte inferior (cintura pélvica e membros inferiores).



## Transferências

### Da cama para a cadeira de rodas/cadeirão

A assistência à pessoa dependerá do grau de dependência mas deve-se seguir os seguintes passos:

- Providenciar o material necessário (cadeira de rodas, cadeirão, cintos de segurança, tábuas de transferência, etc).
- Preparar a cadeira de rodas (travar as rodas, elevar ou retirar o apoio de braço mais próximo do leito e afastar os pedais) ou cadeirão e colocar paralelo à cama.
- Partindo do decúbito dorsal a pessoa deve fletir e/ou ser ajudada a fletir os joelhos.
- Colocar uma mão ao nível da região escapulo-umeral e outra nos joelhos e rodar a pessoa.
- Assistir na elevação do tronco com uma mão e simultaneamente fazer pressão nos membros inferiores na direção do chão, ajudando-a a sentar-se com um movimento coordenado.
- Descer a base do leito de forma a que os pés fiquem assentes no chão e assegurar-se de que a pessoa está calçada ou usa meias antiderrapantes.

## Transferências

### Da cama para a cadeira de rodas/cadeirão

Solicitar à pessoa para inclinar o tronco a fim de transferir o peso para a frente e assumir a posição ortostática.

Assistir a pessoa durante a transferência, colocando as mãos na região dorsolombar. Se possível, pedir-lhe para se apoiar no braço oposto da cadeira.

Colocar os pés nos pedais de apoio da cadeira, que devem estar ajustados de forma a que a pessoa mantenha flexão da anca e joelho a 90°.



## Transferências

### Da cama para a cadeira de rodas/cadeirão com dois cuidadores

Os dois cuidadores devem colocar-se do mesmo lado da cama;

Um cuidador deve colocar os antebraços e mãos sob a escapulo-umeral e a região lombar e o outro entre a região lombar e a região poplíteia;

Através de um movimento coordenado entre os dois cuidadores, deslocam a pessoa para a extremidade do leito;

Colocando-se paralelamente à cama, o cuidador responsável pela transferência da parte superior do corpo passa os antebraços sob as axilas da pessoa de modo a segurar-lhe os antebraços junto ao tronco. Para maior estabilidade e diminuir a carga sobre o ombro da pessoa, o cuidador deve segurar o antebraço esquerdo com a mão direita e o antebraço direito com a mão esquerda;

O outro elemento, responsável pela transferência da parte inferior do corpo da pessoa, coloca-se de frente para a cama com os antebraços sob os membros inferiores;

A transferência é feita em bloco, colocando a pessoa na cadeira/cadeirão.

## Transferências

Da cama para a cadeira de rodas/cadeirão com dois cuidadores



## Corrigir posicionamento na cadeira

Para corrigir o posicionamento na cadeira/cadeirão, se a pessoa tem grau de dependência baixo ou moderado, o procedimento pode ser realizado da seguinte forma:

- Instruir a pessoa sobre a técnica a executar;
- Aproximar os pés da pessoa do cadeirão;
- Solicitar à pessoa que incline o tronco para a frente;
- Elevar a pessoa e voltar a sentá-la (verificar se a região poplíteia está próxima do cadeirão);
- Verificar se os joelhos e coxofemoral têm um ângulo de 90° de flexão e se a região dorsal está apoiada na cadeira/cadeirão.



## Corrigir posicionamento na cadeira

Se a pessoa tem grau de dependência ou não pode colaborar, para a correção do posicionamento em cadeira de rodas deve utilizar-se o elevador. Se a compleição física da pessoa o permitir, poderá ser efetuada manualmente da seguinte forma:



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Hoeman, S.P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. 2ª ed. Lisboa: Lusociência. ISBN: 972-8383-13-4.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-8444-24-0.

Queirós, P.J.P., Cardoso, F.M., Margato, C.A. (1998). *Técnicas de Reabilitação I*. In: Manual Sinais Vitais. 2ª ed. Coimbra: Edições Formasau. ISBN: 972-8485-02-6.

**Apêndice III – Panfleto sobre orientações para o cuidador formal e informal**



## CUIDAR DE SI

O cuidador deve realizar diariamente esta sequência de exercícios:



### Referências Bibliográficas acedidas a 24/10/2016:

- [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp\\_mobilidade\\_vf\\_site.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp_mobilidade_vf_site.pdf)
- [http://www.parkinson.org.br/imagens/guia\\_cuidador/Guia\\_Pratico\\_Cuidador.pdf](http://www.parkinson.org.br/imagens/guia_cuidador/Guia_Pratico_Cuidador.pdf)



Elaborado por:  
Cátia Silva Fonseca, no âmbito do 7º Curso  
de Mestrado e Especialidade em  
Enfermagem de Reabilitação, sob orientação  
do Prof. Miguel Serra e Enfermeira  
Especialista em Reabilitação



**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa



## Cuidar da Pessoa dependente— Orientações para o Cuidador Formal e Informal



Equipa de Cuidados  
Continuados Integrados do



Este documento pretende ajudar a prestar cuidados à pessoa com dependência de forma segura e responsável, garantindo o conforto da pessoa e minimizando os riscos e sobrecarga para o cuidador.

Assim, vamos abordar os cuidados no levantar/transferência e posicionamentos e os exercícios que pode realizar para prevenir o aparecimento de lesões.



#### CUIDADOS NO LEVANTE/ TRANSFERÊNCIAS

- \* Caso a cama seja articulada, trave as rodas e baixe as grades
- \* Coloque a pessoa deitada na lateral, mova as pernas da pessoa para o lado e peça-lhe para fazer força no cotovelo e segure com firmeza pelos ombros, sentando-a na cama



- \* Peça à pessoa para apoiar os 2 pés no chão
- \* Fique à frente da pessoa assegurando que não tem tonturas ou está cansada
- \* Calce a pessoa com calçado fechado e sola antiderrapante

#### CUIDADOS NO LEVANTE/ TRANSFERÊNCIAS

- \* Coloque-se de forma a que os joelhos da pessoa fiquem entre os seus. Baixe-se, dobrando os joelhos ligeiramente. Passe os braços à volta da cintura da pessoa e, se a pessoa não tiver força para dar o impulso, segure pelo cós das calças.
- \* Guie a pessoa até uma cadeira posicionando-a confortavelmente com os joelhos fletidos e as costas direitas.



- \* Caso o levantar e transferência não seja seguro para ambos, peça ajuda de outra pessoa e coloquem-se como demonstra a figura.



#### CUIDADOS NOS POSICIONAMENTOS

Ao posicionar a pessoa na cama utilize um lençol para a mobilizar, prevenindo lesões quer à pessoa quer ao cuidador.



#### DEITADO DE COSTAS:

- \* Coloque uma almofada debaixo da cabeça da pessoa e que apoie os ombros.
- \* Apoie o braço, do cotovelo para baixo, numa almofada.
- \* Coloque uma almofada grande, mas não muito cheia, desde a coxa até aos calcanhares de modo a que estes fiquem suspensos.
- \* Apoie os pés numa almofada encostada na base da cama, para evitar a queda constante dos pés e aliviar a pressão da roupa da cama sobre os dedos dos pés.



#### DEITADO EM SEMI DORSAL DIREITO E ESQUERDO:

- \* Apoie as costas da pessoa com uma almofada para evitar que se vire, apoiando o braço nessa almofada.
- \* Coloque uma almofada na perna contrária ao lado que está posicionado (como demonstra na figura).
- \* Coloque uma almofada na base da cama para apoiar o pé.



**Apêndice IV – Folha de registo de avaliação dos Pares Cranianos**



**Registo de Enfermagem de Reabilitação****Avaliação dos Pares Cranianos**

Serviço de Neurologia

Identificação do Utente

Diagnóstico Clínico \_\_\_\_\_ Folha nº \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Pares Cranianos	Resultado da avaliação		Direita		Esquerda	
I - Olfactivo	Parosmia					
	Anosmia					
	Hiposmia					
	Sem alteração					
II – Óptico	Acuidade Visual	Amaurose				
		Ambliopia				
		Cegueira				
		Sem alteração				
	Campo visual	Escotomas				
		Hemianópsia				
		Quadrantopsia	Sup	Inf	Sup	Inf
		Sem alteração				
III – Óculomotor IV – Patético	Pupilas	Tamanho				
		Isocoria				
		Anisocoria				

<b>VI – Motor Ocular Externo</b>	<b>Elevação da pálpebra superior</b>			
	<b>Movimentos conjugados do globo ocular</b>			
	<b>Nistagmo</b>			
<b>V – Trigémeo</b>	<b>Sensibilidade táctil</b>		<b>V1</b>	
			<b>V2</b>	
			<b>V3</b>	
	<b>Sensibilidade térmica</b>		<b>V1</b>	
			<b>V2</b>	
			<b>V3</b>	
	<b>Sensibilidade dolorosa</b>		<b>V1</b>	
			<b>V2</b>	
			<b>V3</b>	
	<b>Reflexo córneo-palpebral</b>			
<b>Movimentos dos músculos mastigadores</b>				
<b>VII – Facial</b>	<b>Parésia Facial Central</b>			
	<b>Parésia Facial Periférica</b>			
	<b>Apagamento do sulco nasogeniano</b>			
	<b>Digeusia (2/3 anteriores da língua)</b>			
	<b>Ageusia (2/3 anteriores da língua)</b>			
	<b>Sem alterações do paladar</b>			
<b>VIII – Estato-Acústico</b>	<b>Diminuição da acuidade auditiva</b>			
	<b>Equilíbrio</b>	<b>Sentado</b>	<b>Estático</b>	<b>Estável</b>
				<b>Instável</b>
		<b>Dinâmico</b>	<b>Estável</b>	
			<b>Instável</b>	
	<b>Em pé</b>	<b>Estático</b>	<b>Estável</b>	
			<b>Instável</b>	
		<b>Dinâmico</b>	<b>Estável</b>	
<b>Instável</b>				



IX – Glossofaríngeo	Digeusia (1/3 posterior da língua)		
	Ageusia (1/3 posterior da língua)		
	Sem alterações do paladar		
X – Vago	Reflexo do vômito		
	Desvio da úvula		
	Hipofonia		
	Disfonia		
	Sem alterações da voz		
XI – Espinhal	Rotação da cabeça		
	Elevação dos ombros contra resistência		
XII – Grande Hipoglosso	Desvio da língua		
	Atrofia da língua		
	Sem alterações		

**Legenda:**

S – Sim

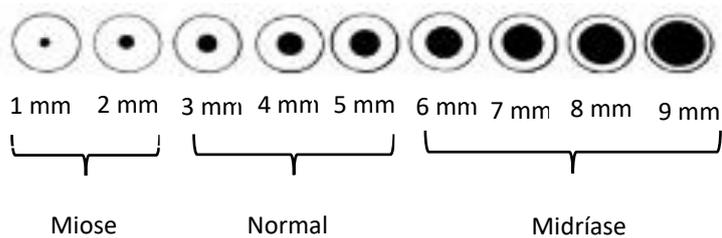
D – Diminuída

A – Aumentada

M - Mantida

N – Não

**Diâmetro das pupilas:**





## **Apêndice V – Estudo de caso**



**Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização em Enfermagem de  
Reabilitação**

**Processo de Enfermagem de Reabilitação  
- Estudo de Caso -**

**Docente:** Professor Miguel Serra

**Enfermeiro Especialista em Reabilitação:** 

**Discente:** Cátia Silva Fonseca (nº 401)

**Lisboa  
Janeiro, 2017**



## Índice

<b>1. COLHEITA DE DADOS</b> .....	111
<b>1.1. Identificação e história pessoal</b> .....	111
1.1.1. Antecedentes Pessoais.....	111
1.1.2. Antecedentes Familiares.....	112
<b>1.2. Avaliação Inicial</b> .....	112
1.2.1. Motivo do Internamento .....	112
1.2.2. História de Doença Atual .....	112
1.2.3. Terapêutica Atual.....	114
<b>2. AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO</b> .....	114
<b>3. PLANO DE CUIDADOS SEGUNDO O MODELO DE DOROTHEA OREM</b> .....	124

## 1. COLHEITA DE DADOS

### 1.1. Identificação e história pessoal

<b>Nome:</b> L.G.		
<b>Gênero:</b> Masculino	<b>Raça:</b> Leucodérmico	<b>Idade:</b> 53 anos
<b>Estado civil:</b> divorciado	<b>Profissão:</b> Desempregado (trabalhava como motorista de entrega de confeitaria) <b>Escolaridade:</b> 12 <sup>o</sup> ano	<b>Residência:</b> Queluz
<b>Agregado familiar:</b> vive sozinho, tem um filho de 22 anos que mora com a mãe (ex-mulher). A mãe vive sozinha no andar abaixo do sr. L.G.		
<b>Condições Habitacionais:</b> Vive num 4 <sup>o</sup> andar de um prédio sem elevador, mas de fácil acesso ao edifício. Tem que subir escadas até ao 3 <sup>o</sup> andar com entrada pelo apartamento da mãe e depois subir umas escadas em “caracol” até ao seu apartamento. A habitação tem condições de higiene e segurança. As portas do apartamento têm largura suficiente o que permite a mobilidade em andarrilho. O wc encontra-se equipado com poliban.		
<b>Suporte familiar:</b> O sr. L.G. vive sozinho, encontrando-se a mãe, com 77 anos, a viver sozinha no andar abaixo. É divorciado, tem um filho de 22 anos que estuda e encontra-se presente na sua vida diária. À partida, terá alta sem défices significativos que interfiram com a sua capacidade de autocuidado.		

#### 1.1.1. Antecedentes Pessoais

Hipertensão Arterial
Dislipidemia
Hiperuricemia

Acidente Isquémico Transitório em Setembro de 2015
--

Fumador ocasional (refere fumar cerca de 1 maço de tabaco por semana)
---

### 1.1.2. Antecedentes Familiares

Pai faleceu de cancro do pulmão (fumador de cerca de 3 maços de tabaco por dia e hábitos etanólicos).

## 1.2. Avaliação Inicial

### 1.2.1. Motivo do Internamento

Instalação súbita de tonturas, náuseas e cefaleia a 18/12/16. Passados 3 dias recorre ao Serviço de Urgência tendo sido interpretado como “infeção viral”. Manteve sensação de mal-estar e náuseas desde esse dia com episódios de sensação de desequilíbrio. Durante a madrugada de dia 21/12/16, enquanto estava deitado, iniciou quadro de cefaleia fronto- parietal esquerda intensa, acompanhada de parestesias do membro superior esquerdo (com início na mão e evolução gradual para a região interna do antebraço e depois para a região externa) e da hemiface esquerda (apenas andar inferior?). Refere também alteração da tonalidade da voz, sem menção a alteração da articulação das palavras.

### 1.2.2. História de Doença Atual

Informação colhida em nota de transferência do Serviço de Medicina para o Serviço de Neurologia do [REDACTED]. Esteve internado no Serviço de Medicina de 28/12/16 a 30/12/16, tendo dado entrada no Serviço de Neurologia a 31/12/16.

Homem de 53 anos com fatores de risco vasculares, internado no serviço por Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico do território vertebro-basilar com lesão estabelecida em TC CE paramediana cerebelosa esquerda do território da PICA (artéria cerebelar posterior inferior). Doente com história de mais de uma semana de evolução de vertigem rotatória com náuseas e vômitos e cefaleia, posteriormente parestesias do membro superior esquerdo. Dia 28/12/16 novos episódios de vômitos e observada anisocoria. Nega história de traumatismo ou instalação dos défices durante o esforço.

À observação manteve-se vigil e orientado nas três dimensões. Apresenta anisocoria com OE<OD e ligeira ptose palpebral à esquerda (s. horner?), sem defeito de campo, movimentos oculares mantidos e simétricos sem diplopia com nistagmo torsional na leve e levosupraverção do olhar, parésia facial central esquerda, disfonia, protusão da língua na linha média e elevação do palato simétrica. Nega disfagia. Prova de Braços Estendidos e Mingazinni sem queda. Hemianestesia álgica direita com hemianestesia álgica do andar superior da hemiface esquerda. Ataxia no Predomínio Direcional do Nistagmo (PDN)<sup>1</sup> e na PCJ à esquerda. Reflexo cutâneo-plantar sem resposta à esquerda e em flexão à direita. Soluços frequentes.

Do estudo etiológico destaca-se doppler com sinais sugestivos de lesão obstrutiva a montante na transição V2-V3 (disseção vertebral?). Clínica sugestiva de síndrome de Wallenberg<sup>2</sup> esquerdo por disseção vertebral.

---

<sup>1</sup> <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v16n5/1982-0216-rcefac-16-05-01650.pdf>

<sup>2</sup> Também conhecida por síndrome da artéria cerebelar posterior inferior, em que a oclusão vascular ocorre mais frequentemente na artéria vertebral do que na cerebelar inferior posterior. É caracterizada clinicamente por:

- Termoanalgesia no hemicorpo contralateral à lesão
- Hemihipo-anestesia facial ipsilateral (lesão do V par craniano – trigémeo)
- Disfagia e disfonia graves (lesão do IX e X par craniano – Glossofaríngeo e Vago)
- Síndrome vestibular ipsilateral: vertigem rotatória, diplopia, nistagmo
- Síndrome de Horner ipsilateral (lesão às fibras descendentes simpáticas)
- Síndrome cerebelar atáxica ipsilateral (lesão ao pedúnculo cerebelar inferior)

Artigos com mais informação acerca da Síndrome de Wallenberg:

- <http://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/592384>
- <http://stroke.ahajournals.org/content/strokeaha/17/3/542.full.pdf>

### 1.2.3. Terapêutica Atual

#### No domicílio:

<b>Fármaco</b>	<b>Dose</b>	<b>Frequência</b>	<b>Via de Administração</b>
Atorvastatina	20 mg	1xdia (jantar)	PO
Alopurinol	100 mg	1xdia (almoço)	PO
Nifedipina CR	30 mg	1xdia (Pequeno-almoço)	PO
Nifedipina CR	60 mg	1xdia (Pequeno-almoço)	PO
Bisoprolol	5 mg	1xdia	PO

#### No internamento:

<b>Fármaco</b>	<b>Dose</b>	<b>Frequência</b>	<b>Via de Administração</b>
Ácido Acetilsalicílico	20 mg	1xdia (Almoço)	PO
Omeprazol	20 mg	1Xdia (jejum)	PO
Paracetamol	1000 mg	SOS	PO
Captopril	12.5 mg	SOS	PO
Metoclopramida	5 mg	8/8h (6h-14h-22h)	PO

## 2. AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O Sr. L.G. encontra-se vigil e orientado na pessoa, espaço e tempo. Participativo nos cuidados. Calmo e bem-disposto, com uma atitude proactiva e positiva em relação ao seu processo de reabilitação.

Neurologicamente apresenta força de grau 4 (na escala de Lower) a nível do hemicorpo esquerdo de predomínio distal, com parestesias a nível da mão esquerda e hipoestesia a nível do hemicorpo direito. Deslocava-se com apoio unilateral de

uma pessoa, tendo iniciado no internamento, o treino de marcha com andarilho dinâmico. Iniciou também programa de fisioterapia e avaliado pela terapeuta da fala devido a disfonia e discreta disfagia por paresia da faringe segundo avaliação da terapeuta.

<b>ESTADO GERAL</b>	
<b>Pele e mucosas</b>	Pele e mucosas coradas e hidratadas. Pele íntegra sem presença de feridas.
<b>Edemas</b>	Sem edemas
<b>Inspeção estática do Tórax</b>	Tórax simétrico
<b>Inspeção dinâmica do Tórax</b>	Movimentos torácicos simétricos Respiração mista
<b>Palpação do Tórax</b>	Vibrações vocais mantidas
<b>Auscultação do Tórax</b>	Murmúrio vesicular mantido bilateralmente, sem presença de ruídos adventícios.
<b>Exame objetivo do Abdómen</b>	Abdómen depressível e indolor à palpação.
<b>Alimentação</b>	Alimenta-se oralmente de uma dieta geral, sem queixas de disfagia, embora tenha acompanhamento por Terapeuta da Fala, devido a parésia da faringe. Tem capacidade funcional para se alimentar autonomamente. Apresenta disfonia ligeira.
<b>Continência de Esfíncteres</b>	Autónomo na utilização do wc para urinar e evacuar. Sem alteração de controlo de esfíncteres.
<b>Padrão de Sono e Repouso</b>	Sem alterações do padrão de sono noturno. Não faz sestas diurnas.

<b>Parâmetros vitais</b>	
<b>Tensão Arterial</b>	147/87 mmHg
<b>Frequência Cardíaca</b>	85 bpm
<b>Temperatura (Axilar)</b>	37°C
<b>SpO2</b>	98%
<b>Ciclos respiratórios</b>	16 cpm
<b>Dor (Escala Numérica)</b>	Dor 0

<b>ESTADO DE CONSCIÊNCIA (Escala de coma de Glasgow)</b>		
<b>Abertura ocular</b>	Espontânea	4
<b>Resposta Verbal</b>	Orientada	5
<b>Resposta Motora</b>	Obedece a comandos	6
<b>Score Total</b>		15

<b>AVALIAÇÃO DOS PARES CRANIANOS</b>		
<b>I - Olfactivo</b>	Sem alteração da percepção do cheiro	
<b>II – Óptico</b>	<b>Acuidade visual</b>	Sem alteração
	<b>Campo de visão</b>	Apresenta uma alteração no quadrante superior à esquerda devido a ptose. Sem alterações no quadrante superior e inferior à direita e no quadrante inferior à esquerda.
<b>III – Óculomotor</b> <b>IV – Patético</b> <b>VI – Motor Ocular Externo</b>	Apresenta midríase reativa à luz, forma redonda e a pupila do OD com diâmetro de 3 mm e a pupila do OE com diâmetro de 2 mm). Apresenta simetria dos movimentos oculares.	

	Apresenta ptose palpebral à esquerda.		
<b>V – Trigêmeo</b>	<b>Sensibilidade táctil</b>	Divisão oftálmica	Diminuída à direita
		Divisão maxilar	Diminuída à direita
		Divisão mandibular	Diminuída à direita
	<b>Sensibilidade térmica</b>	Divisão oftálmica	Diminuída à direita
		Divisão maxilar	Diminuída à direita
		Divisão mandibular	Diminuída à direita
	<b>Sensibilidade dolorosa</b>	Divisão oftálmica	Diminuída à direita
		Divisão maxilar	Diminuída à direita
		Divisão mandibular	Diminuída à direita
	Apresenta reflexo córneo-palpebral bilateral.		
	Movimentos de mastigação mantidos.		
	<b>VII – Facial</b>	Apresenta parésia facial central à esquerda. Apresenta digeusia aos sabores doce, salgado e amargo nos 2/3 anteriores da língua à direita.	
<b>VIII – Estado-Acústico</b>	Divisão coclear	Apresenta diminuição da acuidade auditiva à direita (avaliado através	

		do teste de <i>Rinne</i> <sup>3</sup> e <i>Weber</i> <sup>4</sup> ).
	Divisão vestibular	Apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé. No teste de Babinski-Weil apresenta desvio da marcha para a esquerda.
<b>IX – Glossofaringeo</b>	Apresenta alteração da percepção do sabor doce ou salgado no 1/3 posterior da língua à direita.	
<b>X – Vago</b>	Apresenta reflexo do vômito.	
<b>XI – Espinhal</b>	Rotação da cabeça sem alterações, força muscular idêntica em ambos os lados do pescoço. Elevação dos ombros contra resistência com ligeira diminuição da força à esquerda.	
<b>XII – Grande Hipoglosso</b>	Apresenta discreto desvio da língua à direita, a úvula mantém-se centrada.	

<b>AValiação da Força (Escala de Lower)</b>			
<b>Segmentos</b>	<b>Movimentos</b>	<b>Score</b>	
		<b>Hemicorpo direito</b>	<b>Hemicorpo esquerdo</b>
<b>Cabeça e Pescoço</b>	Flexão	<b>5</b>	
	Extensão	<b>5</b>	
	Flexão lateral esquerdo	<b>5</b>	
	Flexão lateral direito	<b>5</b>	

<sup>3</sup> O teste de Rinne é realizado ao colocar um diapasão em vibração (512 ou 256 Hz) contra o osso mastóide e pede-se à pessoa para referir quando já não sente a vibração. Depois o diapasão é colocado perto do canal auditivo externo e faz-se uma estimativa do tempo de condução aérea (CA). No caso do Sr. L.G., o tempo de CA é inferior à condução óssea (CO) à direita, revelando uma diminuição da acuidade auditiva.

<sup>4</sup> O teste de Weber consiste em colocar o diapasão no vértice do crânio e avaliar se a vibração é percebida em ambos os lados, sendo que no caso do Sr. L.G. se encontrava diminuída à direita.

		Rotação	5	
<b>Membro superior</b>	<b>Escapulo- umeral</b>	Flexão	5	5
		Extensão	5	5
		Adução	5	5
		Abdução	5	5
		Rotação interna	5	5
		Rotação externa	5	5
	<b>Cotovelo</b>	Flexão	5	5
		Extensão	5	5
	<b>Antebraço</b>	Pronação	5	5
		Supinação	5	5
	<b>Punho</b>	Flexão palmar	5	4
		Dorsi-flexão	5	4
		Desvio radial	5	4
		Desvio cubital	5	4
		Circundação	5	4
	<b>Dedos</b>	Flexão	5	4
		Extensão	5	4
		Adução	5	4
Abdução		5	4	
Oponência do polegar		5	4	
<b>Membro inferior</b>	<b>Coxo Femural</b>	Flexão	5	5
		Extensão	5	5
		Adução	5	5
		Abdução	5	5
		Rotação interna	5	5
		Rotação externa	5	5
	<b>Joelho</b>	Flexão	5	4
		Extensão	5	4
			Flexão plantar	5

	<b>Tibio-társica</b>	Flexão dorsal	<b>5</b>	<b>4</b>
		Inversão	<b>5</b>	<b>4</b>
		Eversão	<b>5</b>	<b>4</b>
	<b>Dedos</b>	Flexão	<b>5</b>	<b>4</b>
		Extensão	<b>5</b>	<b>4</b>
		Adução	<b>5</b>	<b>4</b>
		Abdução	<b>5</b>	<b>4</b>

<b>AValiação DA COORDENAÇÃO MOTORA</b>	
<b>Prova Dedo-nariz</b>	Sem dismetria em ambos os lados
<b>Prova Calcanhar-Joelho</b>	Apresenta discreta descoordenação à esquerda
<b>Prova da indicação de Barany</b>	Sem dismetria em ambos os lados

<b>AValiação DA SENSIBILIDADE</b>		
<b>Superficial</b>	<b>Táctil</b>	Diminuída a nível do hemicorpo direito
	<b>Térmica</b>	Diminuída a nível do hemicorpo direito
	<b>Dolorosa</b>	Diminuída a nível do hemicorpo direito
<b>Profunda</b>	<b>Postural</b>	Mantida
	<b>Vibratória</b>	Não avaliada

**Avaliação do Equilíbrio** – O Sr. L.G. apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentado, mas equilíbrio estático e dinâmico em pé instável, necessitando de uma base de apoio e sustentação e/ou ajuda de terceiro.

**Avaliação da Marcha** – O Sr. L.G. necessita de um auxiliar de marcha (andarilho dinâmico) e supervisão na marcha.

**Avaliação Funcional** (Índice de Barthel Modificado)

<b>1. Alimentação</b>		
Independente	X	10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)		5
Dependente		0
<b>2. Transferências</b>		
Independente		15
Precisa de alguma ajuda	X	10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se		5
Dependente, não tem equilíbrio sentado		0
<b>3. Toalete</b>		
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	X	5
Dependente, necessita de alguma ajuda		0
<b>4. Utilização do wc</b>		
Independente		10
Precisa de alguma ajuda	X	5
Dependente		0
<b>5. Banho</b>		
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)		5
Dependente, necessita de alguma ajuda	X	0
<b>6. Mobilidade</b>		
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)		15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda		10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	X	5
Imóvel		0
<b>7. Subir e Descer Escadas</b>		
Independente, com ou sem ajudas técnicas		10
Precisa de ajuda		5

Dependente	X	0
<b>8. Vestir</b>		
Independente	X	10
Com ajuda		5
Impossível		0
<b>9. Controlo Intestinal</b>		
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	X	10
Acidente ocasional		5
Incontinente ou precisa do uso de clisteres		0
<b>10. Controlo urinário</b>		
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	X	10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)		5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho		0
<b>Total</b>		<b>65</b>

**Resultado:** Não independente

<b>AValiação do Risco de Desenvolvimento de UP (Escala de Braden)</b>	
<b>Percepção Sensorial</b>	3
<b>Humidade</b>	4
<b>Atividade</b>	2
<b>Mobilidade</b>	3
<b>Nutrição</b>	3
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>	3
<b>Score Total</b>	<b>18 (Baixo risco de desenvolvimento de UP)</b>

<b>AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA (Escala de Downton)</b>	
<b>Quedas Anteriores</b>	0
<b>Medicamentos</b>	1
<b>Déficies sensoriais</b>	2
<b>Estado Mental</b>	0
<b>Deambulação</b>	1
<b>Score Total</b>	<b>4 (Alto Risco)</b>

### 3. PLANO DE CUIDADOS SEGUNDO O MODELO DE DOROTHEA OREM

De acordo com a avaliação inicial realizada ao Sr. L.G. foi elaborado um programa de intervenção do EEER como resposta às necessidades identificadas. Este programa foi elaborado com base na Teoria do Autocuidado de Orem e recorrendo à linguagem CIPE, para a formulação de diagnósticos e intervenções.

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Início	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Fim	Avaliação
03/01/17	Mobilidade comprometida relacionada com a <i>Síndrome de Wallenberg</i> e manifestada por alteração do equilíbrio postural e da marcha	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover uma recuperação da mobilidade da pessoa adequada às expectativas e ao seu potencial de recuperação.</li> <li>- Melhorar a força muscular</li> <li>- Promover o equilíbrio estático e dinâmico</li> </ul>	<p>03/01/17</p> <p>03/01/17</p> <p>03/01/17</p> <p>03/01/17</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação e monitorização da capacidade da pessoa na mobilidade, através do Índice de Barthel</li> <li>- Avaliação e monitorização da força muscular através da Escala de Lower</li> <li>- Avaliação e monitorização da Coordenação Motora</li> <li>- Realização de exercícios de mobilização ativa resistida dos membros inferiores, segundo a tolerância da pessoa</li> </ul>	<p>16/01/17</p> <p>16/01/17</p> <p>16/01/17</p> <p>16/01/17</p>	<p>-Índice de Barthel (fim): 100/100 classificado como <b>Independente</b></p> <p>- Apresentava força de grau 5 (Escala de Lower) a nível do hemicorpo esquerdo, mantendo as parestesias da mão esquerda e a hipoestesia no hemicorpo direito.</p> <p>- O sr. L.G. tolerou e participou ativamente na realização de</p>

		<p>sentado e em pé</p> <p>- Promover a segurança no treino de marcha recorrendo a dispositivos de Ajuda Técnica</p>	03/01/17	- Avaliação e monitorização do equilíbrio	16/01/17	<p>mobilizações resistidas dos membros inferiores, com recurso a faixa elástica</p>
	06/01/17		<p>- Treino de exercícios de equilíbrio estático e dinâmico, promovendo o alinhamento corporal através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercícios ativos/assistidos de fortalecimento dos músculos anti gravíticos</li> <li>• Reforço de habilidades remanescentes: executar exercícios ativos-assistidos de fortalecimento da musculatura abdominal na posição de sentado; executar treino de equilíbrio na posição de sentado e em pé; estimular reflexo postural e propriocepção através de: utilização de calçado apropriado e vigiar a posição corporal.</li> </ul>	16/01/17	<p>- Apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé estável.</p> <p>- Realizados exercícios de treino de equilíbrio estático e dinâmico em pé.</p>	
	06/01/17		- Ensino à pessoa sobre treino de marcha com auxílio de andarilho (primeiro dinâmico e depois estático)	16/01/17	- Iniciou treino de marcha com auxílio de andarilho dinâmico com boa tolerância, até que conseguiu deslocar-se sem auxílio de apoios técnicos.	

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Supervisão do treino de marcha</li> <li>- Treino de escadas adaptado às condições habitacionais do sr. L.G.</li> <li>- Avaliação da tolerância ao exercício</li> </ul>	16/01/17	<p>Independente na marcha.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniciou treino de escadas, sendo que no final já tolerava um lance de escadas sem pausas nos degraus.</li> </ul>
03/01/17	Risco de queda relacionado com a <i>Síndrome de Wallenberg</i> e manifestado por alteração do equilíbrio e da marcha	- Prevenção de episódios quedas e lesões decorrentes das mesmas	<p>03/01/17</p> <p>06/01/17</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação do risco de Queda através da Escala de Downton em uso no HSM</li> <li>- Consciencialização do Sr. L.G. acerca das suas limitações</li> <li>- Assegurar que a cama está baixa</li> <li>- Manter os objetos de fácil acesso à pessoa</li> <li>- Ensino ao Sr. L.G. acerca da adaptação às barreiras arquitetónicas e obstáculos que possam surgir no domicílio (mobiliário, tapetes, pisos escorregadios, etc)</li> <li>- Incentivo ao uso de vestuário e calçado adequados</li> </ul>	<p>16/01/17</p> <p>16/01/17</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risco de Queda (Escala de Downton) à saída – 3 (devido às alterações sensoriais mantidas: visão e audição).</li> <li>- Não apresentou episódios de queda</li> <li>- O Sr. L.G. apresentava estratégias de adaptação do ambiente, promovendo a sua segurança e prevenção de quedas (ex. piso escorregadio após os cuidados de higiene)</li> <li>- Apresentava vestuário e calçado adequado para o treino de marcha.</li> </ul>

03/01/17	Autocuidado higiene pessoal comprometido relacionado com a alteração do equilíbrio e marcha e manifestado por necessidade de supervisão de 3ª pessoa	- Promover a autonomia na realização da higiene pessoal	06/01/17	- Avaliação e monitorização do autocuidado higiene pessoal segundo a adaptação do Índice de Barthel - Reforço sobre os aspetos de segurança aquando dos cuidados de higiene - Incentivo e estimulação do sr. L.G. a realizar autonomamente a higiene das regiões onde o consegue fazer - Reforço positivo na realização do autocuidado higiene pessoal.	16/01/17	- Pela avaliação dos itens Higiene Pessoal pela Escala de Barthel, apresentava cotação de 0, pois necessitava de ajuda no duche devido a instabilidade do equilíbrio de pé. Foi progredindo, sendo que neste momento está independente na deslocação até ao wc e na realização dos cuidados de higiene pessoal. - Cumpria os cuidados de segurança (piso escorregadio) e os cuidados na manutenção da temperatura da água, por alteração da sensibilidade dolorosa e térmica a nível do hemicorpo direito.
03/01/17	Risco de deglutição comprometida relacionada com a	- Promover uma deglutição eficaz e segura	03/01/17	- Avaliação e monitorização da deglutição através da Escala GUSS - Identificação de sinais e sintomas de aspiração. - Supervisão na alimentação.	16/01/17	- O Sr. L.G. apresentava à entrada <b>score 20 na Escala</b>

	<i>Síndrome de Wallenberg</i> e manifestada por parésia da faringe (sem alterações efetivas na deglutição)	- Prevenir complicações de disfagia como Pneumonias por aspiração.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientação do Sr. L.G. a sentar-se em posição ereta para se alimentar.</li> <li>- Avaliação das condições da mucosa oral.</li> <li>- Avaliação do padrão de deglutição.</li> <li>- Manutenção de um ambiente tranquilo.</li> <li>- Monitorização do encerramento dos lábios durante os atos de beber, comer e engolir.</li> <li>- Observação da deglutição e esvaziamento da boca.</li> <li>- Orientação do Sr. L.G. quanto à colocação dos alimentos na metade da língua sem défices, uma vez que apresenta diminuição da sensibilidade e digeusia para os sabores salgado, amargo e doce na metade direita da língua.</li> <li>- Orientação do Sr. L.G. quanto ao cuidado para evitar aspiração.</li> </ul>		<b>GUSS<sup>5</sup></b> , sendo classificado como Disfagia Leve/Não disfagia, tendo prescrita uma dieta normal, com ingestão normal de líquidos. Manteve este score todo o internamento. <ul style="list-style-type: none"> <li>- À observação, deglutição eficaz e segura, sem apresentar sinais e sintomas de aspiração.</li> <li>- À data da alta, o Sr. L.G. mantinha a capacidade de deglutição inalterada, tendo sido acompanhado por Terapeuta da Fala durante o internamento.</li> </ul>
06/01/17	Perceção sensorial comprometida relacionada com a	- Promover a adaptação das suas limitações ao ambiente	06/01/17	- Avaliação da alteração da acuidade auditiva (através da avaliação dos pares cranianos – Teste de <i>Rinne</i> e <i>Weber</i> ) e da alteração da sensibilidade.	16/01/17	- Apresenta diminuição da acuidade auditiva à direita e hipoestesia à direita.

<sup>5</sup> Avaliação não Invasiva da Disfagia adaptada da Escala GUSS implementada no Serviço de Neurologia do [REDACTED] (em anexo no Relatório de Estágio).

	<i>Síndrome de Wallenberg</i> e manifestada por diminuição da acuidade auditiva e pela hipoestesia à direita.	- Promover a segurança e prevenção de acidentes		- Utilização de técnicas de prevenção de acidentes até que ocorra a adaptação ao ambiente. - Orientação quanto à necessidade de acompanhamento especializado.		- O Sr. L.G. tem consciência das suas limitações e consegue adaptar-se ao ambiente respeitando as condições de segurança.
08/01/17	Ansiedade atual relacionada com a situação clínica e as suas repercussões funcionais e manifestada pela expressão relativamente à sua reintegração social e profissional	- Promover a verbalização da ansiedade  - Promover a expressão das emoções e sentimentos	08/01/17	- Entrevista ao Sr. L.G. quanto à profissão que exercia, a situação atual e as perspetivas profissionais futuras adaptadas à sua nova capacidade funcional. - Recurso às técnicas de comunicação e relação de ajuda preconizadas por Phaneuf (2005): escuta ativa, reformulação, empatia e clarificação.	16/01/17	- O Sr. L.G. encontra-se ansioso com a perspetiva de retomar a sua vida pessoal, profissional e social, tendo em consideração as limitações que apresenta - Verbaliza espontaneamente preocupação relativamente à sua situação profissional (encontrava-se desempregado, mas tinha uma entrevista de trabalho como motorista, na altura do episódio do AVC) e se

						<p>no futuro terá capacidade para exercer essa função.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Encontrou estratégias de <i>coping</i> para lidar com a situação e reagiu positivamente em relação ao seu processo de reabilitação e reintegração comunitária (outras oportunidades profissionais).</li><li>- O Sr. L.G. teve alta com referência para manter programa de reabilitação e acompanhamento em consulta de Neurologia.</li></ul>
--	--	--	--	--	--	---

**Apêndice VI – Caderno de atividades de estimulação cognitiva**





c

## O meu caderno de atividades

O meu nome é XXXXXXXXXX

## Treino de Orientação

**Todos os dias vou repetir estas informações:**

Nasci em [REDACTED].

Estou casado com a [REDACTED] de quem tenho 2 filhos: o [REDACTED] e o [REDACTED]. Tenho dois netos: o [REDACTED], filho do [REDACTED], e a [REDACTED], filha do [REDACTED].

Vivo em Portugal, no Distrito de Lisboa, no Concelho do [REDACTED]. O meu andar é o 5°.

Gosto de tomar um café e comer um pastel de nata de manhã, no café do meu amigo [REDACTED].

**Todos os dias vou responder a estas perguntas:**

Em que ano estamos?

2015

2016

2017

Qual é a estação e o mês?

Verão



Junho

Julho

Agosto

Outono



Setembro

Outubro

Novembro

Primavera



Março

Abril

Maio

Inverno



Dezembro

Janeiro

Fevereiro

Qual é o dia?

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Segunda	Sábado
Terça	
Quarta	Domingo
Quinta	
Sexta	

### Treino de Memória (em relação ao autocuidado)

Numerar de 1 a 3 de acordo com a ordem correta de como lavar o cabelo no banho.

 <p>Secar o cabelo com a toalha</p> <input type="checkbox"/>	 <p>Passar champô</p> <input type="checkbox"/>	 <p>Molhar o cabelo</p> <input type="checkbox"/>
---	---	--

Se tivesse que fazer um passeio por que ordem deveria pôr estas peças de vestuário?



## Treino de Memória

### Exercício 1

Instruções: Leia os seguintes números e depois repita-os pela mesma ordem sem olhar para a folha.

4
9
15
27
33
46

### Exercício 2

Instruções: Leia as seguintes palavras e depois repita-as pela mesma ordem sem olhar para a folha.

Pá
Sol
Rio
Copo
Porta
Chapéu

### Exercício 3

Instruções: Memorize os seguintes objetos e depois diga em voz alta.



### Exercício 4

Instruções: Diga qual o intruso em cada conjunto de palavras.

Maçã

Banana

Anel

Uvas

Laranja

Colher de pau

Colher

Faca

Banana

Garfo

Escova

Revista

Livro

Caderno

Jornal

## Exercício 5

Instruções: Jogo dos Provérbios – Complete as seguintes frases.

- ❖ Grão a grão enche...
- ❖ Cão que ladra...
- ❖ Mais vale um pássaro na mão...
- ❖ Quem tudo quer...
- ❖ Não deixes para amanhã...

## Exercício 6

Instruções: Complete a soma.

$2+3=$

$4+2=$

$2+5=$

$0+1=$

$7+2=$

$6+2=$

$2+1=$

$2+2=$

$2+0=$

$5+5=$

# Treino de Habilidade Construtiva

## Exercício 1

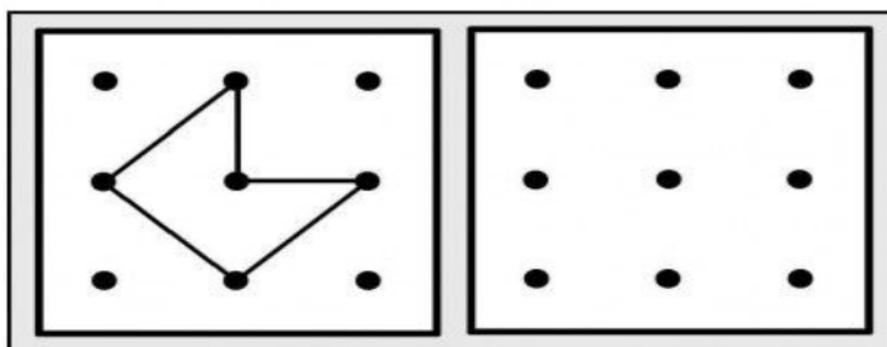
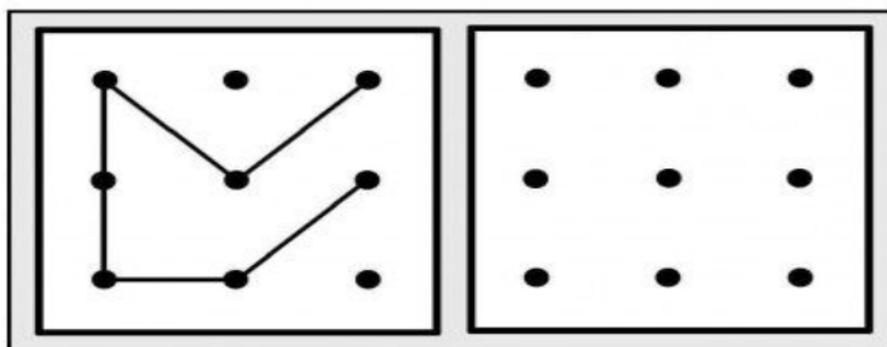
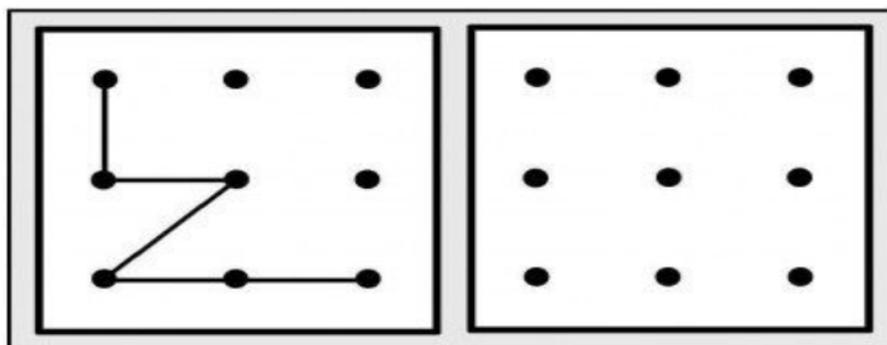
Instruções: Repita o desenho.

The worksheet is enclosed in a blue border and contains six rows of practice. Each row consists of a set of geometric shapes on the left and a horizontal line on the right for copying. The shapes are as follows:

- Row 1: Three circles of increasing size from left to right.
- Row 2: Three circles of decreasing size from left to right.
- Row 3: Three triangles of increasing size from left to right.
- Row 4: Three triangles of decreasing size from left to right.
- Row 5: Three rectangles of increasing height from left to right.
- Row 6: Three rectangles of decreasing height from left to right.

## Exercício 2

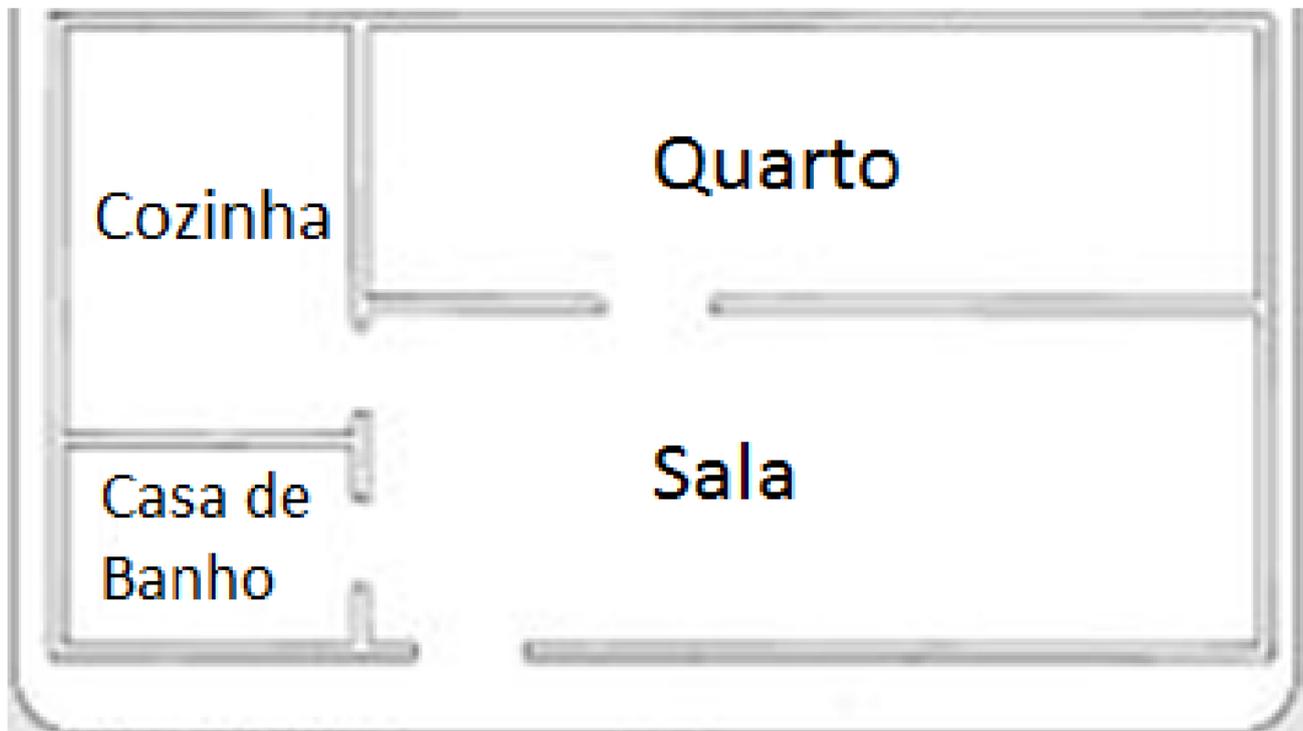
Instruções: Repita o desenho.



## Treino de Atenção

### Exercício 1

Instruções: Coloque as figuras que pertencem a cada divisão da casa.



## Exercício 2

Instruções: Encontre o par.

**NOTA:** Os espaços em branco destinam-se ao preenchimento de imagens por parte do utente que foram facultadas pela autora deste trabalho.