



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

Relatório de Estágio

**Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem  
de Reabilitação no Cuidar da Pessoa com Demência**

**Ana Cristina Nunes Monteiro**

**Lisboa**

**2019**





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

Relatório de Estágio

**Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem  
de Reabilitação no Cuidar da Pessoa com Demência**

**Ana Cristina Nunes Monteiro**

Orientador: Professor Doutor Miguel Nunes Serra

**Lisboa**

**2019**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor Miguel Nunes Serra pela sua orientação, disponibilidade, apoio e objetividade sempre demonstrada ao longo deste percurso.

Aos Enfermeiros Orientadores dos locais de estágio pela partilha de experiências e conhecimentos, pela disponibilidade e oportunidade que me deram para desenvolver a minha aprendizagem.

Aos meus colegas de turma, em especial à Inês e à Raquel, pela amizade, apoio, incentivo e por todas as horas que passámos juntas, não só com muitos risos e sorrisos, mas também de receios durante esta etapa. Todos esses momentos foram importantes e encorajadores para me ajudarem a ultrapassar os diversos obstáculos.

À Raquel, companheira de idas e vindas da escola. Recordo-me de estarmos horas a fio a fazer os trabalhos. Obrigada por cada palavra de incentivo, de coragem e de apoio. Não me vou esquecer.

Agradeço aos meus colegas de serviço e coordenador, que sem se aperceberem foram agilizando este percurso académico através da vossa boa disposição e trabalho em equipa.

À minha família e aos amigos, por estarem sempre presentes. Obrigada pela vossa amizade e pela compreensão na minha ausência.

Ao João, o meu melhor amigo e namorado. Obrigada pela presença incansável em todas as horas e momentos. Esteve sempre presente com uma palavra de coragem, força e determinação. Nunca me deixou desistir. Obrigada por teres acreditado em mim.

E aos meus pais, em especial à minha mãe, a responsável por este percurso. Se não fosse pela sua persistência não me tinha inscrito no curso, pelo menos, para já. Obrigada pelo colo, pelos abraços, pela força e motivação, assim como todo o amor, que sempre tive.

A todos, o meu sincero,

Muito OBRIGADA.



## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

DA - Doença de Alzheimer

DCLewy - Demência com Corpos de Lewy

DCLV - Défice Cognitivo Ligeiro Vascular

DFT - Demência Frontotemporal

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DV - Demência Vascular

ECCL - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ICD-10 - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10<sup>th</sup> Revision

MMSE - Mini Mental State Examination

MI – Membro Inferior

MS – Membro Superior

OE – Ordem dos Enfermeiros

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

TEP - Tomografia por Emissão de Positrões

WHO - World Health Organization



## RESUMO

Os progressos tecnológicos ao nível das ciências da saúde e a melhoria das condições socioeconómicas têm contribuído para o aumento do envelhecimento demográfico e da longevidade da população, à qual se deve uma maior prevalência das doenças crónicas, das quais se destaca, a demência, o que implica à sociedade uma crescente necessidade de cuidados de natureza física, emocional e social. A demência é um problema de saúde pública, cada vez mais evidente na sociedade.

A demência corresponde a uma síndrome de etiologia variada relacionada com processos cerebrais patológicos que afetam a memória, o pensamento, o comportamento e as capacidades funcionais para a realização das atividades de vida diária (AVD). Existem vários tipos de demência, sendo a doença de Alzheimer (DA) a mais comum.

O aumento esperado da demência provocará a necessidade do aumento de cuidados de saúde de enfermagem qualificados, uma vez que existirá maior dependência da pessoa com demência nas AVD. Os dados estatísticos e os estudos desenvolvidos revelam que esta problemática se torna atual e pertinente à intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

Este relatório expõe o percurso de atividades desenvolvidas em contexto de Ensino Clínico (hospitalar e comunitário), tendo como objetivo refletir sobre as intervenções que permitiram o desenvolvimento de competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino para a obtenção do grau de Mestre em articulação com as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para a atribuição do título profissional de EEER.

Este trabalho foi dirigido pelo projeto de estágio com o intuito de intervir no cuidar da pessoa com demência. Neste sentido, a abordagem a esta temática mobiliza a Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem de Orem, sendo este um modelo teórico adequado ao objetivo do trabalho, uma vez que sustenta a relevância de cuidar de pessoas que se encontram dependentes pelo seu estado de saúde. O título do trabalho é **“Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Cuidar da Pessoa com Demência”**.

**Palavras-chave:** Demência; Doença de Alzheimer; Cuidar; Reabilitação; Enfermagem.



## **ABSTRACT**

Technological advances in health sciences and the improvement of socio-economic conditions have contributed to an increase in the demographic aging and longevity of the population, which is due to a higher prevalence of chronic diseases, such as dementia, which implies a growing need for care of a physical, emotional and social nature. Dementia is a public health problem, increasingly evident in society.

Dementia corresponds to a syndrome of varied etiology related to pathological brain processes that affect memory, thinking, behavior and functional abilities to perform activities of daily living. There are several types of dementia, with Alzheimer's disease being the most common.

The expected increase in dementia will lead to the need for increased skilled nursing care, as there will be greater dependence on the person with dementia in activities of daily living. Statistical data and studies show that this problem becomes current and pertinent to the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing.

This report shows the course of activities developed in a context of clinical teaching (hospital and community), aiming to reflect on the interventions that allowed the development of skills recommended in the Dublin descriptors for the 2nd cycle of teachings, in order to obtain the Master's degree, in articulation with the competencies defined by the Nursing Council for the attribution of the professional title of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing.

This paper was based on the internship project with the intention of intervening in the care of the person with dementia. In this sense, the approach to this topic focuses on Orem's Theory of Self-Care Nursing Deficit, which is a theoretical model adequate to the objective of this paper, since it supports the relevance of caring for people who are dependent due to their state of health. The title of the paper is "**Specialist Nurse Interventions in Rehabilitation Nursing Care of the Person with Dementia**".

**Keywords:** Dementia; Alzheimer's disease; Taking care of; Rehabilitation; Nursing.



## Índice

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES REALIZADAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO</b> .....	25
1.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista .....	25
1.1.1 Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal 26	
1.1.2 Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade .....	28
1.1.3 Competências do domínio da gestão dos cuidados .....	31
1.1.4 Competências do domínio das aprendizagens profissionais .....	34
1.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação .....	37
1.3 Competências desenvolvidas no Cuidar da Pessoa com Demência .....	70
<b>2. CONCLUSÕES</b> .....	83
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	89
<b>APÊNDICES</b>	

APÊNDICE I – Plano de Cuidados I

APÊNDICE II – Plano de Cuidados II

APÊNDICE III – “Almofada de Atividades”

APÊNDICE IV – Exercícios de estimulação cognitiva –

Memória imediata e memória recente

APÊNDICE V – Exercícios de estimulação cognitiva – Memória remota



## INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório integrada no Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi proposto pela equipa pedagógica a elaboração de um Relatório de Estágio que tem como finalidade a descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas durante os contextos do Ensino Clínico de forma a desenvolver competências comuns e específicas enquanto EEER. O Ensino Clínico teve início a 28 de setembro de 2017 e término a 14 de março de 2018. O presente trabalho veio também dar continuidade ao trabalho desenvolvido anteriormente na unidade curricular Opção II que teve como objetivo desenvolver um Projeto de Estágio numa área de interesse. Deste modo, o tema do Relatório com Estágio intitula-se **“Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Cuidar da Pessoa com Demência”**.

A escolha deste tema deve-se ao facto de ser uma área de interesse a nível pessoal como profissional, uma vez que, exerço a minha atividade profissional numa Instituição de saúde direcionada para as pessoas com demência. Como referem Etters, Goodall & Harrison (2008) cuidar de pessoas com demência é uma intervenção de Enfermagem devido ao aumento do envelhecimento da população mundial.

Como é descrito pela OE (2010a), a reabilitação permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os objetivos gerais descritos pela OE procuram melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima. Assim, conforme supracitado e consoante a fase da demência em que se encontra a pessoa, o EEER cuida, capacita ou maximiza a pessoa com demência tendo como objetivo garantir a sua qualidade de vida e independência funcional.

A nível mundial estima-se que existam cerca de 50 milhões de pessoas com demência e uma média de 10 milhões de novos casos por ano, este valor traduz-se em um novo caso a cada três segundos. Até 2030 estimam-se que estes números aumentem para 85 milhões de pessoas e que até 2050 este número triplique para 152 milhões de pessoas no mundo (World Health Organization (WHO), 2017a).

Segundo a Alzheimer's Disease International (2015) a distribuição mundial de novos casos de demência é de 4,9 milhões (49% do total) na Ásia, 2,5 milhões (25%) na Europa, 1,7 milhões (18%) na América e 0,8 milhões (8%) na África.

A incidência da demência aumenta exponencialmente com a idade, duplicando a cada 6,3 anos de idade de 3,9/1000 pessoas com idades compreendidas entre os 60-64 anos de idade para cerca de 104,8/1000 pessoas com idades acima dos 90 anos. Na Europa e na América o pico de incidência encontra-se nas pessoas com idades compreendidas entre os 80-89 anos, na Ásia entre os 75-84 anos e na África entre os 65-74 anos de idade (Alzheimer's Disease International, 2015). Cerca de 60% das pessoas com demência vivem atualmente em países com baixo a médio rendimento financeiro e a maioria dos novos casos (71%) ocorre nestes países (WHO, 2017b).

Santana, Farinha & Freitas (2015) referem que em Portugal a incidência global da demência tem vindo a aumentar. Em 2005 estimou-se a existência de aproximadamente 7,5/1000 pessoas por ano, ou seja, um novo caso a cada 7 segundos, e em 2012 cerca de 7,7/1000 pessoas por ano, o que se traduz em cerca de um novo caso a cada 4 segundos. Em 2013, 5,91% da população portuguesa acima dos 60 anos de idade tinha demência e, de entre estes, 50-70% o diagnóstico de DA.

Estima-se que a demência contribua com mais de 11,9% dos anos vividos com incapacidade nas pessoas acima dos 60 anos de idade, este valor encontra-se superior ao calculado para os acidentes vasculares cerebrais (9,5%) para as doenças cardiovasculares (5,0%) e para as doenças oncológicas (2,4%). Esta elevada morbilidade associada à cronicidade das demências acarreta custos diretos e indiretos muito elevados o que se reflete numa sobrecarga para os sistemas nacionais de saúde e na economia das famílias (Santana et al., 2015).

O tempo médio de sobrevivência da pessoa com demência desde o seu diagnóstico até à morte é de 4,6 anos (WHO, 2015), mas a média de sobrevivência das pessoas com o diagnóstico de DA é de 5 a 15 anos, sendo a principal causa de morte a pneumonia de aspiração (Real & Massano, 2014).

Atualmente, a nível mundial existe uma grande lacuna entre a necessidade de prevenção, tratamento e a prestação dos cuidados que são prestados à pessoa com demência, e esta, é na maioria das vezes subdiagnosticada e o diagnóstico realizado tardiamente (WHO, 2017b).

A WHO (2017b) destacou a demência como sendo uma prioridade de saúde pública e desenvolveu um Plano de Ação Global de Saúde Pública para 2017 – 2025 em resposta à demência, destacando esta doença a nível mundial como uma das principais causas de incapacidade e dependência entre os idosos, afetando a memória, as capacidades cognitivas e o comportamento, interferindo, em estadios mais avançados na capacidade de realizar as AVD. Este Plano torna-se assim numa importante meta para alcançar o bem-estar físico, mental e social das pessoas com demência, dos seus cuidadores e família, assim como, receberem o cuidado e o apoio que necessitam para realizarem o seu projeto de vida com dignidade, respeito, autonomia e igualdade (WHO, 2017b).

A origem da palavra demência vem do Latim *demens* que significa “privação da mente”. Segundo Real & Massano (2014) o termo “demência” não define apenas uma única doença, mas uma síndrome, uma vez que existe um conjunto muito abrangente e heterogêneo de situações patológicas que provocam este quadro clínico, existindo vários tipos de demência. Assim, a demência é definida por uma alteração patológica cerebral adquirida caracterizada pela deterioração, geralmente progressiva em três domínios: o cognitivo, relacionado com as capacidades intelectuais; o psicológico/psicopatológico, que se encontra relacionado com a componente comportamental ou neuropsiquiátrica, e o domínio funcional que está relacionado com as AVD. Estas alterações causam repercussões graves a nível pessoal, familiar, profissional, económico e social.

A WHO (2016) na International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10<sup>th</sup> Revision (ICD-10) definiu a demência como uma síndrome de evidência de declínio do cérebro, usualmente de natureza crónica ou progressiva na qual existe um distúrbio de múltiplas funções corticais superiores que incluem a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a capacidade de aprendizagem, a linguagem e o julgamento. As deficiências das funções cognitivas são normalmente acompanhadas e ocasionalmente precedidas,

pela deterioração no controlo emocional, social ou motivacional. Segundo o ICD-10, para a formulação do diagnóstico de demência é necessário que os sintomas perdurem há pelo menos seis meses e que a consciência da pessoa não se encontre alterada (Norma nº 053/2011 da Direção-Geral da Saúde (DGS), 2011).

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, na sua 5ª Edição define a demência como Perturbação Neurocognitiva Major em que

- A. evidência de declínio cognitivo significativo em relação a um nível prévio de desempenho num ou mais domínios cognitivos (atenção complexa, funções executivas, aprendizagem e memória, linguagem, capacidade perceptivomotora ou cognição social) ...
- B. Os défices cognitivos interferem na realização independente das atividades da vida diária ...
- C. Os défices cognitivos não ocorrem exclusivamente no contexto de um *delirium* ...
- D. Os défices cognitivos não são mais bem explicados por outra perturbação mental. (2014, p. 720).

A demência pode ser classificada como primária ou secundária, sendo que quando surge sem estar diretamente relacionada a nenhuma outra doença e é o primeiro sinal de patologia cerebral designa-se de demência primária. Quando se relaciona com outra causa ou condição, não sendo uma condição primária, como por exemplo, um trauma cerebral ou o vírus da imunodeficiência humana, classifica-se de demência secundária (Townsend, 2011). A demência pode ainda ser classificada em irreversível ou reversível, sendo que a demência reversível ocorre apenas numa pequena percentagem dos casos e pode também ser denominada de demência temporária, esta causa pode ocorrer devido a depressões, efeitos secundários de medicações, hidrocefalia de pressão normal, deficiências de vitaminas, lesões cerebrais, infeções do sistema nervoso central e perturbações metabólicas (Srikanth & Nagaraja, 2005).

Segundo o Royal College of Nursing (2012), existem mais de 100 tipos de demência e estas são diferenciadas devido à sua etiologia e sintomatologia. Neste trabalho abordarei sumariamente as demências mais representativas em termos de prevalência, como a demência vascular (DV), a demência com corpos de Lewy (DCLewy), a demência frontotemporal (DFT) e a DA.

A DV tem uma prevalência de 15,8% dos casos de demência em todo o mundo em pessoas acima dos 65 anos de idade e a sua incidência por ano varia entre 6 a 15 novos casos/1000 pessoas com 70 ou mais anos de idade (Jellinger, 2007) o que a

torna na segunda demência não degenerativa mais frequente (Ozbabalik, Arslantas & Elmaci, 2012). Esta demência resulta de lesões vasculares cerebrais causadas por isquémia, hipoxia ou hemorragia cerebral que de forma independente ou em associação causam a demência (Gorelick, 2004). Comparativamente à DA a DV tem um início mais abrupto e uma evolução muito variável, uma vez que a pessoa pode apresentar períodos intermédios de estabilização da sintomatologia e posteriormente novo declínio (Townsend, 2011).

De acordo com Róman et al. (2004), tem sido proposta a adoção da designação “doença cognitiva vascular” que inclui o défice cognitivo ligeiro vascular (DCLV), a demência vascular e a demência mista, com o intuito de descrever as alterações cognitivas associadas à doença vascular cerebral. Assim, o DCLV de natureza degenerativa trata-se de um estadio prodrómico da DV que segundo Wentzel et al. (2001) metade dos casos de DCLV progride em cinco anos para a DV. O DCLV é caracterizado por dificuldade na memória, concentração, lentificação psicomotora, depressão e lesões vasculares, contudo com pouca repercussão nas AVD (Nyenhuis et al., 2004). Por sua vez, a demência mista está associada a lesões de origem vascular e degenerativa.

Os fatores de risco da DV são os mesmos para o acidente vascular cerebral (AVC) como é o caso da hipertensão, dislipidemia, diabetes *mellitus*, fibrilhação auricular, tabagismo, alcoolismo, entre outros (Gorelick, 2004). As manifestações clínicas da DV são variáveis dependendo da localização das lesões cerebrais, no entanto, os primeiros sintomas a surgir são alterações emocionais e da personalidade (Esteves, Albuquerque & Cerejeira, 2016a). Segundo Staekenborg et al. (2010) os sintomas comportamentais e psicológicos foram relatados em 92% dos utentes com DV em que a apatia (65%) foi a mais prevalente, seguida de sintomas depressivos (45%), irritabilidade (42%) e agitação/agressividade (40%). O domínio mais frequentemente afetado é o da função executiva (dificuldade de concentração e de planeamento, défice de atenção, alterações da memória de trabalho e lentificação psicomotora), mantendo-se intacta a memória episódica (capacidade de reter e lembrar eventos do passado ocorridos em determinado local e data). Relativamente a alguns sinais neurológicos focais, os utentes podem apresentar alterações na marcha, incontinência, alterações de humor e personalidade (Róman et al., 1993) e alterações da fala (Townsend, 2011).

A incidência da DCLewy é de 3,8% de novos casos por ano, o que a torna na segunda causa mais frequente de demência degenerativa a seguir à DA (Jones & O'Brien, 2013). A DCLewy pode estar presente em diversas situações clínicas como: perturbações de movimento extrapiramidais, perturbações cognitivas e perturbações da motilidade intestinal (Esteves et al., 2016b). Nakatsuka et al. (2013) referem que os principais sintomas da DCLewy são as alucinações visuais, sintomas de parkinsonismo e défices cognitivos de carácter flutuante, sendo este um sintoma inaugural. Del Ser, Mckeith & Anand (2000) também corroboram referindo que 92,4% das pessoas apresentam sintomas de parkinsonismo, 89,1% flutuações cognitivas, 77,3% alucinações visuais, 46% delírios e 42% quedas consecutivas. Além destes sintomas, é possível verificar alterações ao nível da atenção, do estado de consciência e nas capacidades visuoespaciais que podem ocorrer em períodos curtos (minutos ou horas) ou de duração mais longa (semanas ou meses) (Esteves et al., 2016b). Deste modo, o perfil neurocognitivo desta demência consiste numa associação de alterações neuropsicológicas corticais, ao nível da linguagem, memória, funções executivas e visuoespaciais e subcorticais, que corresponde à velocidade de processamento cognitivo, funções visuoespaciais e atenção. Estas pessoas, também apresentam perturbações do comportamento do sono com movimentos oculares rápidos (Iranzo et al., 2013).

A DFT, ou degeneração frontotemporal, é a terceira demência degenerativa mais frequente, posteriormente à DA e à DCLewy (Snowden, Neary & Mann, 2002). Existem três síndromes que constituem a DFT, sendo a degeneração lobar frontotemporal que as engloba em: demência variante comportamental/frontal; afasia progressiva não fluente e demência semântica (Neary et al., 1998).

A idade de início varia consoante o subtipo de demência, com início precoce, a demência frontotemporal (idade média de 57,5 anos), seguindo-se a demência semântica (idade média de 59,3 anos) e por último a afasia progressiva não fluente (idade média de 63 anos) (Johnson et al., 2005). Os fatores de risco associados à DFT são genéticos, das quais 40% das pessoas relata ter uma história familiar com esta demência (Pickering-Brown, 2007). A DFT caracteriza-se principalmente por alterações da linguagem e do comportamento e mantém uma preservação relativa da memória, gnosis, praxia e orientação do espaço. Relativamente ao comportamento, estas pessoas apresentam um comportamento social desadequado, caracterizado por

perda de autocrítica, apatia, desinibição e comportamentos repetitivos. Por sua vez, as alterações da linguagem manifestam-se por dificuldade na compreensão e expressão verbal, com redução da fluência do discurso. A nível cognitivo, estas pessoas apresentam deterioração dominante da função executiva e da atenção (Esteves et al., 2016c).

A DA é a demência mais comum para a WHO (2017a) e contribui em 60-70% dos casos a nível mundial. A nível neuropatológico, esta caracteriza-se pela acumulação de numerosos emaranhados neurofibrilares e placas senis no hipocampo e em determinadas partes do córtex cerebral, regiões essenciais à memória e cognição (Townsend, 2011). A destruição gradual de células encefálicas leva a um declínio progressivo da função cognitiva (Gatens & Musto, 2011). Esta doença é caracterizada por um processo neurodegenerativo. Inicialmente as pessoas apresentam défices mnésicos e, progressivamente, outros domínios cognitivos são afetados como: a linguagem, as funções executivas e a capacidade visuoespacial (Esteves et al., 2016d). O início dos sintomas é lento e insidioso e a evolução é geralmente progressiva e deteriorante (Townsend, 2011). Na fase terminal da doença o utente torna-se completamente dependente (Esteves et al., 2016d).

A prevalência da DA tem vindo a aumentar. Em 2000, nos Estados Unidos da América, havia 4,5 milhões de pessoas com DA. Para 2050 estima-se que este número triplice, havendo uma previsão de 11,3 a 16 milhões de pessoas com DA (Hebert, Scherr, Bienias, 2003). Em Portugal também tem havido um aumento significativo do número de casos e prevê-se que esse número continue a aumentar nas próximas décadas, existindo 53 novos casos em cada 1000 pessoas entre os 65-74 anos de idade e 170 a 230 novos casos em idades compreendidas entre os 75-84 anos de idade. Estima-se que a doença afete 2,32% das pessoas entre os 75-79 anos de idade e 29,60% das pessoas acima dos 90 anos de idade. Aproximadamente dois terços das pessoas diagnosticadas com DA são mulheres, o que se pode dever ao facto de estas terem uma maior esperança média de vida (Esteves et al., 2016d).

A idade e os fatores genéticos são fatores de risco não modificáveis para o aparecimento da DA. Para Townsend (2011) e Esteves et al. (2016d), a DA caracteriza-se em três tipos: Alzheimer de início precoce (quando os primeiros sintomas ocorrem antes dos 65 anos de idade, e é mais suscetível de se manifestar em pessoas com o

síndrome de Down, uma vez que o gene que codifica a proteína percussora da amiloide localiza-se no cromossoma 21, sendo responsável por 14% de todos os casos de DA de início precoce); Alzheimer de início tardio (quando os primeiros sintomas ocorrem depois dos 65 anos de idade, sendo responsável por 90% de todos os casos) e Alzheimer familiar, que representa 5% a 10% de todos os casos (esta caracteriza-se por um padrão de transmissão hereditário, ou seja, se um dos progenitores tiver um gene mutado, existe a probabilidade da pessoa desenvolver a DA, normalmente entre os 40 e 60 anos de idade).

Há evidências de possíveis causas associadas ao diagnóstico de demência como: baixo nível de escolaridade, hipertensão arterial, diabetes mellitus, hábitos tabágicos e obesidade (Alzheimer's Disease International, 2014; WHO, 2015). Estes fatores de risco estão relacionados com estilos de vida que podem influenciar o risco de desenvolver DA. Deste modo, a adoção de estilos de vida saudáveis como uma alimentação rica em vegetais, peixe e ácidos gordos insaturados está associada a um menor declínio cognitivo (Morris, Evans & Tangney, 2006), assim como a prática regular de exercício físico diminui o risco de desenvolver DA, uma vez que promove uma melhor perfusão cerebral, o aumento da capacidade aeróbica e o fornecimento de nutrientes ao cérebro (Erickson, Weinstein & Lopez, 2012). A Alzheimer's Disease International (2014) menciona no seu relatório que promover a atividade física com o intuito de reduzir as taxas de obesidade, reduzir o consumo do tabaco, melhorar a deteção precoce e o controlo da diabetes mellitus, hipertensão arterial, assim como reduzir os fatores de risco de doenças cardiovasculares devem ser prioridades na promoção da saúde pública. A WHO (2015) concluiu que uma redução em 10% nos principais fatores de risco para a demência pode levar a uma redução de 8,3% na prevalência desta doença.

Em 2011 foram divulgadas novas diretrizes para o diagnóstico da DA propostas pelo National Institute on Aging and Alzheimer's Association que pressupõe a utilização de exames imagiológicos, como a TEP (tomografia por emissão de positrões) e de biomarcadores (como a proteína beta-amilóide e proteína tau) no sangue e líquido cefalorraquidiano para efetuar o diagnóstico. Estas novas diretrizes contemplam três estadios para a DA: 1) fase pré-clínica, 2) fase de declínio cognitivo ligeiro e 3) fase de demência (Jack Jr. et al., 2011).

No primeiro estadio (fase pré-clínica), existem alterações neuropatológicas que podem ser detetadas através da TEP e análise do líquido cefalorraquidiano que indicam os sinais iniciais da doença. Contudo, nesta fase, não há manifestações clínicas. Acredita-se que o processo fisiopatológico da DA comece anos antes do diagnóstico. Este estadio proporciona uma oportunidade para implementar intervenções terapêuticas que possam modificar a evolução da doença (Sperling et al., 2011).

No segundo estadio (fase de declínio cognitivo ligeiro), a pessoa começa a manifestar alterações a nível da memória episódica. É importante avaliar as alterações ao nível de outros domínios como as funções executivas, a linguagem, a atenção e a capacidade ao nível da perceção espaço-visual, uma vez que podem surgir alterações nestes domínios. As pessoas mantêm a capacidade de realizar as AVD, no entanto, podem levar mais tempo, serem menos eficientes e cometer alguns erros na execução das atividades que anteriormente não ocorreriam (Albert et al., 2011).

O terceiro estadio (fase de demência) é caracterizado pela perda acentuada da memória, alterações ao nível do comportamento, da perceção espaço-visual, da capacidade de raciocínio e julgamento que comprometem a capacidade da pessoa para realizar as AVD (McKhann et al., 2011).

Segundo o National Institute on Aging and Alzheimer's Association a demência devido à DA é considerada provável se apresentar as seguintes características: a) início insidioso (os sintomas desenvolvem-se durante vários meses a anos e não repentinamente em horas ou dias); b) história de deterioração cognitiva (reportada ou de observação); c) os défices cognitivos iniciais e mais protuberantes ocorrem nas categorias amnésica (défice de memória) e não amnésica (como défices de linguagem - dificuldade que o utente tem em encontrar palavras); défices visuoespaciais (manifestados por agnosia dos objetos, prosopagnosia, simultanagnosia e alexia) e síndrome disexecutiva (em que o utente manifesta dificuldades em avaliar e resolver problemas); d) não existir a evidência de outras patologias associadas ou a exposição a substâncias que possam explicar os défices cognitivos. Além do que foi explanado anteriormente, a confirmação do diagnóstico de DA fica ainda mais comprovada se o declínio cognitivo for analisado através de avaliações seriadas e existir mutação genética geradora de DA (McKhann et al., 2011).

A manifestação clínica predominante na maioria das pessoas com DA é a alteração ao nível da memória recente de curto prazo e da memória episódica. A pessoa no dia-a-dia apresenta comportamentos repetidos e incapacidade para recordar os fatos ocorridos. Este défice pode afetar o desempenho da pessoa com demência em casa, no trabalho ou nas tarefas favoritas (Gatens & Musto, 2011; Townsend, 2011; Esteves et al., 2016d). Progressivamente, os esquecimentos aumentam e a memória semântica também é afetada. A pessoa não consegue encontrar palavras para traduzir o seu pensamento, apresentando perturbações do julgamento, tornando-se indiferente a sua doença e o que a rodeia. A memória afetiva é a última a ser afetada (Varanda & Rodrigues, 2017).

Além de défices de memória ocorrem défices noutros domínios cognitivos à medida que a DA progride, como défices de nomeação de objetos, fluência verbal e de categorização semântica, refletindo uma deterioração da estrutura e da organização da memória semântica (conhecimento geral dos factos, de objetos e significado das palavras). Os défices nas funções executivas ocorrem precocemente na DA e manifestam-se pela dificuldade em manipular a informação e em resolver problemas e novas situações. As alterações neste domínio podem também afetar a memória de trabalho e refletem-se em défices atencionais nomeadamente em tarefas complexas, ou seja, realização de tarefas simultâneas ou alternadas. Contudo, os défices de atenção seletiva só surgem em fases avançadas da doença. É frequente que no decurso da doença sejam evidentes défices na capacidade visuoespacial. Pode existir um ineficiente processamento das diferentes características dos estímulos sensoriais (forma, cor e movimento). A pessoa apresenta também episódios de desorientação no tempo e no espaço, e é possível verificar que esta começa a colocar os objetos em sítios errados. A disfunção visual é a principal característica da DA até fases tardias da doença (Gatens & Musto, 2011; Townsend, 2011; Esteves et al., 2016d).

As manifestações clínicas da DA não se limitam apenas aos défices cognitivos acima mencionados. As pessoas com DA apresentam também sintomas designados por “sintomas psicológicos e comportamentais da demência”. Estes englobam alterações ao nível emocional, do conteúdo, do pensamento, perceção, motricidade e alterações da personalidade (Cerejeira, Lagarto & Mukaetova-Ladinska, 2012). São vários os sintomas que ocorrem simultaneamente ao longo da evolução da DA como:

agitação, alucinações, delírio, mudanças de humor, alterações da personalidade, perda de iniciativa, declínio no autocuidado (Gatens & Musto, 2011; Townsend, 2011) depressão, apatia e alterações do sono (Geda et al., 2013).

A avaliação cognitiva ou neuropsicológica é fundamental na detecção e caracterização do défice cognitivo. As recomendações atuais para o diagnóstico de DA referem que os défices cognitivos devem ser confirmados por um instrumento de rastreio como o Mini Mental State Examination (MMSE), Montreal Cognitive Assessment ou por uma avaliação neuropsicológica de forma mais detalhada quando o teste de rastreio é inconclusivo (McKhann et al., 2011). Os exames complementares de diagnóstico também são utilizados uma vez que são úteis para identificar ou excluir outras causas de défices cognitivos, como défices de vitaminas, infeções do sistema nervoso central e doença cerebrovascular (Esteves et al., 2016d).

A pessoa com demência apresenta alterações a nível psíquico e comportamental. No decorrer da evolução da doença, é primordial a intervenção do EEER uma vez que a pessoa no estadio avançado da doença fica dependente de cuidados de terceiros. Entenda-se por dependência a

situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária. (Decreto-lei nº 101, de 6 de Junho de 2006, p. 3857).

Deste modo, os cuidados de enfermagem no contexto dos cuidados de saúde tornam-se essenciais. Moniz (2003, p.30) refere que “aos enfermeiros compete acompanhar e, sempre que necessário, substituir as pessoas que por qualquer motivo possam estar temporariamente ou definitivamente incapacitadas de levar a cabo as suas actividades de vida”. Ainda Collière (1999, p. 290) reforça que “o campo de competência da enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa, e dos que o cercam, com vista a compensar as suas limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las”.

A filosofia e concepção da prática de cuidados que sustentou a minha intervenção baseou-se na Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem (2001).

Para Orem (2001) a pessoa tem a capacidade de cuidar de si própria e o apoio dos outros só será necessário quando esta não for capaz de suprimir por si própria o seu autocuidado. O autocuidado é uma função humana reguladora que as pessoas têm deliberadamente de desempenhar por si próprias ou que alguém desempenhe por elas, com o intuito de adquirir e preservar condições para manter a vida, a saúde (condições físicas e psicológicas), o desenvolvimento e o bem-estar. Segundo Queirós, Vidinha & Filho (2014), a capacidade de cada um cuidar de si próprio, ou seja, de se autocuidar, é inerente ao ser humano.

Petronilho (2012) refere que a ação do autocuidado engloba o domínio cognitivo (capacidades cognitivas para ação do autocuidado), domínio físico (capacidade física para realizar a ação do autocuidado), domínio emocional ou psicossocial (a atitude, os valores, a motivação e a perceção de competência na realização da ação do autocuidado) e o domínio do comportamento (capacidade para realizar os comportamentos de autocuidado).

No que concerne à pessoa com demência, esta ao longo da evolução da doença vai apresentando alterações a nível cognitivo e comportamental que a impossibilitam de cuidar de si mesma, tornando-se numa pessoa dependente, o que nos remete para alguém com défice de autocuidado e que necessita de alguém para a supervisionar, assistir ou mesmo substituir (Orem, 2001).

Para ultrapassar ou compensar as limitações associadas à saúde das pessoas e com o intuito de promover ações de manutenção do seu próprio funcionamento e desenvolvimento, Orem propõe uma seleção e combinação de 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 e ensinar.” (Taylor, 2004, p. 216).

A Teoria Geral do Autocuidado de Orem analisa o conceito do autocuidado e entende-o como um foco e processo fundamental na saúde das pessoas. Esta Teoria Geral é composta por três teorias relacionadas: a Teoria do Autocuidado, que

descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Taylor, 2004).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem estabelece a estrutura e o conteúdo da prática de enfermagem (Orem, 2001, p. 147). De acordo com Petronilho (2012, p. 25): “Nesta teoria é determinado como é que os enfermeiros, os doentes ou ambos, dão resposta às necessidades de autocuidado do doente.”. A intervenção dos enfermeiros pode passar por três sistemas de enfermagem: sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio-educação (Orem, 2001). Cada pessoa pode ter a necessidade de utilizar um ou mais sistemas, uma vez que esta pode ser dependente em determinados requisitos de cuidados, mas independente nas restantes. Deste modo, a pessoa com demência, no estadio inicial, pode precisar de apoio de enfermagem no sistema de apoio-educação e, no decorrer da evolução da demência, passar posteriormente para o sistema parcialmente compensatório. Num estadio mais avançado da demência, pode eventualmente necessitar do sistema totalmente compensatório. Assim, “os cuidados de enfermagem são exigidos quando existe um défice de autocuidado entre aquilo que o doente pode realizar (ação de autocuidado) e o que necessita de ser realizado para manter o funcionamento desejado (necessidade de autocuidado).” (Petronilho, 2012, p. 25-26).

McEwen & Wills, citados por Petronilho (2012), referem que a intervenção do enfermeiro na satisfação das necessidades do autocuidado da pessoa é realizada de forma terapêutica, resultante da incapacidade da mesma em determinar ou executar as necessidades do autocuidado porque, muitas vezes, as pessoas com demência acabam por se esquecerem de cuidar de si próprias, uma vez que apresentam um declínio nas suas capacidades de se manterem em segurança, prestarem o seu autocuidado, cuidarem das tarefas domésticas, assim como terem momentos de lazer e de interação social, necessitando de assistência no seu dia-a-dia. Por este motivo, a assistência à pessoa com demência deve satisfazer a necessidade da pessoa, respeitando e promovendo as suas capacidades e preferências.

Embora que, neste momento, não exista nenhum tratamento que permita curar ou reverter a deterioração causada pela DA, as opções disponíveis para aliviar os défices cognitivos e as alterações de comportamento visam a utilização de terapêutica farmacológica e de intervenções não farmacológicas, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do utente e sua família através de uma abordagem multidisciplinar (Bottino, Carvalho & Alvarez, 2002).

A literatura menciona que as intervenções não farmacológicas na pessoa com DA assentam, na sua maioria, na reabilitação, com o intuito de atenuar a progressão da doença ou manter o desempenho cognitivo e funcional, de forma a estimular a pessoa a adotar uma participação ativa, tendo em conta as suas incapacidades para tentar reduzir o impacto da demência e das dificuldades sentidas no quotidiano. Entre as principais técnicas que envolvem o trabalho multidisciplinar destacam-se: a estimulação cognitiva, orientação para a realidade, terapia por reminiscências, musicoterapia, reabilitação motora, orientação para melhorar a estrutura do ambiente, orientação nutricional, orientação e suporte psicológico aos familiares e cuidadores (Bottino et al., 2002).

A necessidade de melhorar a qualidade de vida das pessoas com demência e suas famílias tem contribuído para uma maior sensibilização sobre a relevância dos programas de reabilitação. Neste domínio, proliferam múltiplas abordagens que devem ser adaptadas a cada caso. Apesar do interesse crescente nas últimas décadas nesta área, ainda não se dispõe de dados seguros sobre a eficácia real das diferentes modalidades de intervenção não farmacológica. Contudo, os trabalhos nesta área visam demonstrar as vantagens da intervenção, no que diz respeito ao nível de prolongamento do tempo com qualidade de vida da pessoa com demência e sua família (Loewenstein, Acevedo & Czaja, 2004).

A pessoa com demência necessita de respostas complexas e coordenadas de forma a obter, por parte dos enfermeiros, cuidados individualizados que otimizem a sua independência funcional e bem-estar porque, para além da demência, apresenta outras patologias associadas, o que exige uma intervenção a nível multidisciplinar (Esteves et al., 2016d).

A reabilitação da pessoa com demência é um processo holístico de cuidar que deverá ser iniciado o mais precocemente possível, tendo em conta a

multidimensionalidade e unicidade de cada pessoa, quer seja na componente física, emocional, psíquica ou social e espiritual (Henriques & Ávila, 2017). O desenvolvimento do conhecimento do EEER acerca dos estadios da demência é uma mais-valia para cuidar da pessoa com DA e dar informações aos seus familiares e cuidador informal (Melo, 2005).

Para Hesbeen (2000, p.10), o acto de cuidar designa-se como uma “atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar, a promover a sua saúde.”. Para a mesma autora, o conceito de cuidar é “aberto ao conhecimento, a todos os conhecimentos que permitam melhorar, enriquecer, tornar mais pertinente a ajuda prestada a uma pessoa” (Hesbeen, 2000, p.40). Silva (2002), refere que na doença crónica, como a demência, o enfermeiro cuida da pessoa e sua família com a finalidade de preservar a capacidade funcional e bem-estar, pelo que tem uma intervenção relevante na identificação de problemas, utilizando instrumentos que determinem o nível de independência na implementação de um plano de cuidados que enfatize o aumento do potencial de saúde (apesar das suas incapacidades), a promoção da educação e suporte da família e do cuidador informal, bem como a referenciação correta da situação perante a equipa multidisciplinar.

Apesar do nível de funcionamento cognitivo da pessoa com DA estar alterado, o processamento de informação (aprendizagem) pode ser otimizado através de uma intervenção terapêutica adequada às capacidades de compreensão da pessoa com demência. Neste âmbito, de acordo com a avaliação ao nível cognitivo e das capacidades funcionais, é estabelecido um plano de reabilitação personalizado e sustentado em estratégias de reabilitação para facilitar a aprendizagem compensatória (Gitlin & Earland, 2014).

Existem pessoas com diminuição das suas capacidades cognitivas que vivem com as famílias (Colling, 2004). Por este motivo, é fundamental estabelecer objetivos que sejam compatíveis com a capacidade funcional e cognitiva da pessoa com DA, gerindo as expectativas, dúvidas e receios da família e cuidador informal, de modo a garantir que ocorra uma continuidade no plano de reabilitação do utente (Schulte, Stephens & Ann, 2010). Deste modo, é importante que o plano de reabilitação na pessoa com DA inclua a própria pessoa, sua família e cuidador informal.

O plano de reabilitação deverá ser direcionado para preservar as capacidades cognitivas e funcionais do utente, com o objetivo de prevenir e reduzir os sintomas comportamentais, com vista a promover a sua segurança e melhorar a sua qualidade de vida e dos seus cuidadores (Alzheimer's Disease International, 2016).

O aumento do stress é o problema mais mencionado pelos cuidadores e está associado à necessidade de supervisão e de prestação de cuidados de forma contínua à pessoa com demência, devido ao seu declínio para executar as AVD de forma independente (Davis, Hoppes & Chesbro, 2005). A família e o cuidador informal, por tentarem substituir o utente nas suas AVD podem, por vezes, contribuir para a perda funcional da pessoa, desencorajando a sua independência (Bewernitz, Mann & Dasler, 2009). Sidani, Streiner & LeClerc (2011), propõem uma abordagem focada nas capacidades das pessoas, o que implica identificar e respeitar as capacidades das mesmas, gerir o nível de assistência com as capacidades demonstradas e criar um ambiente de suporte para garantir o envolvimento das pessoas nas AVD.

No processo de reabilitação deve-se também ter em conta a influência que o ambiente representa no dia-a-dia da pessoa com DA, uma vez que as mudanças ao nível do ambiente podem prejudicar as pessoas com alterações cognitivas, ou seja, a pessoa com DA pode não desempenhar as atividades da mesma forma, ou com o mesmo potencial, quando é removida do seu ambiente familiar. Para isso, é necessário avaliar o impacto do meio envolvente no desempenho das suas AVD, porque as alterações no meio envolvente podem aumentar ou diminuir o nível de estimulação, o que pode ser prejudicial. Segundo Davis et al. (2005), o ambiente deve encontrar-se organizado e ajustado à pessoa com DA, para facilitar a orientação, memória e mobilidade.

No sentido de desenvolver as competências comuns e específicas do EEER, assim como as competências descritas nos Descritores de Dublin e com o objetivo de desenvolver o meu projeto de estágio, o ensino clínico foi realizado em dois contextos. O primeiro, em contexto hospitalar, num Serviço de Medicina de um hospital central de Lisboa, e o segundo, numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), do Agrupamento dos Centros de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, em contexto domiciliário. Ambos os contextos de ensino clínico decorreram num período de nove semanas.

Relativamente ao primeiro contexto de ensino clínico (contexto hospitalar), o espaço físico deste local é composto por: cinco enfermarias, das quais duas são individuais. Este serviço tem a capacidade para vinte e duas camas e dez macas. A taxa média de ocupação é de 85,89% e a média de internamento é de 5,84 dias. Durante o ensino clínico pude verificar que não há a prevalência de nenhuma patologia em específico. Estas são diversas, desde o AVC; patologia respiratória restritiva, como: pneumonia, pneumonia adquirida na comunidade, derrame pleural, hemotórax, pneumotórax; patologia respiratória obstrutiva, como: doença pulmonar obstrutiva crónica e asma. A equipa de enfermagem é constituída por três EEER, dos quais um é o segundo elemento da equipa de enfermagem e os outros dois especialistas que prestam cuidados gerais, o que restringe o tempo para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, assim como a sua continuidade. A nível dos cuidados de reabilitação a pessoas com alterações motoras, os cuidados englobam o treino de AVD: a realização de levantar e transferência; treino de marcha; treino de deglutição (maioritariamente a utentes que sofreram de AVC e apresentam alterações na deglutição); a realização de atividades terapêuticas, assim como mobilizações e posicionamentos anti-espásticos.

Contudo, este hospital central tem um Departamento de Reabilitação Funcional Respiratória (RFR) que, para além de receberem utentes externos, também prestam cuidados aos utentes internados no hospital. Assim, os EEER deste serviço deslocam-se aos restantes serviços do hospital para realizarem RFR, o que lhes permite dar continuidade de cuidados aos utentes com patologias do foro respiratório.

No que diz respeito ao ensino clínico, no contexto comunitário, a ECCI presta cuidados de saúde a quarenta utentes. Estes são referenciados através do hospital pela Unidade de Cuidados Saúde Personalizados e pela Unidade de Saúde Familiar onde os critérios para os quais os utentes são admitidos tem que corresponder ao que está descrito no documento de Orientação Técnica nº 1/CNCRNCCI/2017 de 27/02/2017 (Portaria n.º 50/2017, 2017) no que concerne às equipas domiciliárias.

A equipa multidisciplinar é composta por: sete enfermeiros, dos quais três são EEER, um enfermeiro especialista na área de saúde mental e psiquiatria e três são enfermeiros generalistas. Para além dos cuidados específicos de um EEER, estes também prestam cuidados gerais, devido à diminuição dos recursos humanos.

As necessidades identificadas na população e que requerem cuidados pelo EEER, reportam-se a pessoas maioritariamente idosas com alterações da mobilidade (de origem orto-traumática ou cerebrovascular) e com alterações do foro respiratório. Associado a estas patologias também foi evidente observar que alguns dos utentes tinham como diagnóstico secundário, síndrome demencial. Uma outra necessidade identificada neste contexto foi a importância da educação para a saúde aos cuidadores informais e familiares que prestam cuidados diariamente. Estas visitas domiciliárias tornam-se fundamentais no sentido de realizar ensinamentos e estratégias de adaptação do domicílio às necessidades das pessoas.

A fundamentação científica que sustenta o enquadramento conceptual e a análise do percurso desenvolvido com o objetivo de adquirir competências comuns e específicas do EEER foi realizada, numa primeira fase, em pesquisas de artigos científicos em bases de dados como “CINAHL *Plus*, MEDLINE, B-ON, SCIELO, GOOGLE ACADÉMICO”, limitando o período temporal de pesquisa para efeitos de atualidade científica a um máximo de quinze anos e utilizando como critérios de inclusão os seguintes termos: Nurse<sup>n</sup>; Care<sup>n</sup>; Dementia Nursing<sup>n</sup> e Nursing Interventions<sup>n</sup>. É de ressaltar que foram também incluídos no trabalho os artigos com relevância para o tema, mesmo aqueles com mais de quinze anos de publicação. Além das bases de dados, efetuei também pesquisas em livros da especialidade de reabilitação, dissertações de Mestrado e relatórios de estágio.

O relatório está dividido em três capítulos, em que a presente introdução aborda a identificação da problemática escolhida e a sua contextualização, a justificação clara e concisa da pertinência do tema escolhido e a filosofia de cuidados que sustentou o projeto. No capítulo seguinte é realizada uma descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas aquando do ensino clínico, tendo em conta o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER, assim como, das competências desenvolvidas no cuidar da pessoa com demência. Posteriormente, as conclusões, onde é realizada uma síntese dos principais conteúdos do ensino clínico, bem como sugestões de investigação, limitações identificadas e considerações finais sobre o percurso desenvolvido e as perspetivas futuras. Por fim, as referências bibliográficas que suportam este trabalho.

# **1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES REALIZADAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

Com este capítulo pretendo descrever, analisar e refletir sobre os objetivos e atividades realizadas no ensino clínico, com o intuito de transparecer a evolução das competências comuns e específicas preconizadas pela OE. Deste modo, para desenvolver estas competências enquanto EEER, durante o ensino clínico, elaborei estudos de casos e realizei análises crítico-reflexivas sob a supervisão dos enfermeiros orientadores e docente, de forma a poder refletir sobre as minhas intervenções, para que, aquando da prestação de cuidados, pudesse mobilizar a melhor evidência científica.

De forma a organizar a análise das competências desenvolvidas e a sua respetiva compreensão, este capítulo divide-se em três distintas secções: Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; Competências Específicas do EEER e Competências desenvolvidas no Cuidar da Pessoa com Demência.

## **1.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

Segundo a OE (2010b), o enfermeiro especialista é dotado de um aprofundado conhecimento numa determinada área de enfermagem, tendo conhecimentos, capacidades e estratégias que mobiliza em contexto de prática clínica e que lhe permite atuar ao longo do processo de vida das pessoas, tendo em conta todos os níveis de prevenção, assim como, problemas de saúde. O enfermeiro especialista demonstra níveis elevados de julgamento crítico e tomada de decisão. Este também se envolve na educação para a saúde dos utentes e familiares e investe na investigação com o objetivo de avançar e melhorar a prática de enfermagem.

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 assessoria. (OE, 2010b, p.3).

Estas competências encontram-se divididas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. De seguida, irei abordar cada domínio, descrevendo as atividades que foram realizadas para desenvolver estas aptidões.

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

Ao longo da formação como enfermeiro de cuidados gerais, foi abordado o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, onde se encontra o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE). Estes contêm conceitos, princípios, valores e normas deontológicas que regem a profissão de Enfermagem. Neste momento, dando continuidade à formação e desenvolvimento de competências enquanto EEER, este presencia situações complexas de cuidados e é detentor de um conhecimento mais profundo, acrescentando responsabilidade na tomada de decisão (OE, 2010b).

Ao longo do ensino clínico, foram várias as situações que requereram reflexão e análise crítica. Considero imprescindível a orientação que os enfermeiros orientadores e o professor me deram, de forma a refletir criticamente sobre situações complexas, com o intuito de adquirir e desenvolver conhecimentos para dar resposta às necessidades identificadas pelas pessoas, familiares e cuidadores, respeitando os princípios ético-legais. Aliás, as questões ético-legais ocorrem com alguma frequência no desenvolvimento da atividade profissional do enfermeiro e reconheço que a responsabilidade profissional é um dever inerente ao exercício da profissão. Enquanto EEER, devemos ser capazes de mobilizar os nossos conhecimentos e competências com base em pensamento crítico e julgamento clínico, de forma a adaptar as nossas intervenções a cada situação em específico, para que se possam tomar decisões de forma deliberada e informada, simultaneamente com os utentes e famílias face ao seu projeto de saúde. É essencial estabelecer uma relação de parceria, integrando a pessoa nos cuidados, conferindo-lhe um papel ativo, fazendo-a sentir-se no centro dos cuidados (Tanner, 2006).

Durante o estágio, tive a oportunidade de participar em reuniões multidisciplinares que considero terem sido uma mais-valia para tomar decisões em situações complexas, tais como: o planeamento da alta, planeamento de cuidados, educação para a saúde aos utentes, familiares e cuidadores, formalização de pareceres sobre estratégias que melhorem a participação social e familiar, e ainda, estratégias paliativas no alívio da dor e dispneia.

No decorrer do ensino clínico, agi em conformidade com o que se encontra descrito no ponto 9 da Carta dos Direitos do Doente Internado (DGS, 2005) e no artigo 106º do CDE (OE, 2015), no que concerne ao dever do sigilo profissional, não expondo informações que identifiquem as instituições, assim como, os dados pessoais e informação clínica do respetivo utente e familiares, mantendo a confidencialidade do processo clínico. Este, apenas era transmitido aos profissionais das equipas multidisciplinares que estão a par dos cuidados. Para além da confidencialidade perante estes dados, tive também em atenção, aquando da prestação de cuidados, de respeitar a intimidade e a privacidade das pessoas como está disposto no artigo 107º do CDE (OE, 2015), assim como, estabelecer um ambiente seguro assente numa relação de confiança, através de uma abordagem empática e positiva, parametrizando objetivos realistas e por etapas.

Por vezes, os utentes, devido às alterações da mobilidade, funcionalidade e da autoimagem têm que expor o seu corpo perante pessoas estranhas, mesmo sendo estas profissionais de saúde, uma vez que requerem ajuda nos cuidados de higiene corporal. Como tal, tive o cuidado de preservar a intimidade das pessoas. No hospital, aquando da prestação de cuidados, fechava a unidade do utente com as cortinas para que este não se sentisse exposto perante as restantes pessoas. Já no contexto da ECCI, é o EEER que se desloca ao domicílio do utente para prestar cuidados diferenciados. Perante esta situação, tinha o cuidado de decidir com a pessoa o local onde esta gostaria de ser cuidada, tendo em conta os cuidados a serem prestados, de forma a manter a privacidade no seu quotidiano.

Desde que exerço a profissão de enfermagem tenho tido a preocupação em estabelecer uma relação terapêutica com as pessoas a quem presto cuidados. Deste modo, adotei práticas apropriadas à manutenção da dignidade da pessoa e prevenção de riscos. A minha atuação perante os utentes assentou numa base de diálogo

terapêutico e escuta ativa, com o intuito de informar o utente e família sobre o seu estado de saúde, para que estes pudessem ajustar as suas expectativas com o programa de reabilitação. Para além disto, informei as pessoas sobre a importância da adoção de estilos de vida saudáveis, com o objetivo de promover a saúde e minimizar as consequências negativas inerentes ao seu estado de saúde. Na transmissão de informação tinha a preocupação de validar se esta era percebida na medida que se pretendia. Perante este contexto, procurei promover a autonomia e o *empowerment* da pessoa, esclarecendo-a sobre os cuidados inerentes ao seu estado de saúde. Deste modo, esta abordagem invoca a conservação da dignidade humana e assenta sobre os princípios éticos da não maleficência, beneficência e justiça.

Contudo, aquando da educação para a saúde aos utentes, familiares e cuidadores, foi por vezes percebida alguma recusa e relutância em assumir novos hábitos de vida, mesmo quando eram dadas explicações de como adotar estilos de vida saudáveis, no cumprimento do regime terapêutico prescrito ou na adaptação do domicílio para facilitar a realização das AVD. Em consonância com o artigo 105º, alínea a) e c) do CDE (OE, 2015), o enfermeiro deve assumir o dever e a responsabilidade de informar e explicar à pessoa e família os cuidados de enfermagem para que este possa usufruir da melhor forma do seu direito de autodeterminação. Penso que deste modo respeitei os valores assentes no princípio da autonomia, dignidade humana e liberdade da pessoa, com o intuito de proporcionar ao utente e família uma decisão ponderada sobre o seu estado de saúde.

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

No que diz respeito às competências neste domínio, foram relevantes as visitas prévias aos locais de estágio, de forma a conhecer a dinâmica do serviço, a prevalência das patologias e a intervenção do EEER. Além disso, aquando da integração no serviço de medicina e na ECCI, foi importante verificar os protocolos e as normas do serviço, assim como, a observação da execução de técnicas por parte do enfermeiro orientador, para que posteriormente pudesse dar resposta às necessidades das pessoas e estar em conformidade com a equipa.

No contexto hospitalar, tive a oportunidade de desenvolver um trabalho denominado por "Almofada de Atividades" (apêndice III), com o intuito de ajudar os utentes com alterações neurológicas a realizarem exercícios na vertente cognitiva, motora, sensitiva e visuoespacial, através da execução de algumas atividades, tais como: exercícios de motricidade fina, exercícios para a promoção do autocuidado do vestir/despir, de forma a estimular e a manter a funcionalidade nas AVD, e ainda, exercícios de atenção e cálculo, retenção, evocação e linguagem. Este trabalho foi bem recebido pela equipa de enfermagem, que considerou ser uma mais-valia para os utentes nesta condição de saúde.

No decorrer do ensino clínico, coloquei em prática os princípios fundamentais da mecânica corporal, mantendo assim a coordenação dos sistemas músculo-esquelético e nervoso para assegurar o equilíbrio, a postura e o alinhamento do corpo nas diversas atividades do dia-a-dia, promovendo assim, a utilização mais eficaz da energia muscular e a execução dos procedimentos com rigor, sem desenvolver lesões músculo-esqueléticas (Potter & Perry, 2006). Este aspeto é, por vezes, descurado e subvalorizado e as lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho são muito comuns entre os profissionais de saúde (Alexandre & Rogante, 2000). Neste contexto, tive também o cuidado em alertar os colegas e os cuidadores informais sobre posturas ergonomicamente adequadas, reforçando que, para além da adoção de uma correta base de sustentação, também se deve ter em conta a posição e a orientação dos pés, que devem estar virados no sentido do movimento, seja a posicionar, a mobilizar ou a transferir. O importante é utilizar os grandes grupos musculares, principalmente dos membros inferiores (MI) e não apenas os membros superiores (MS) e a região lombar, de modo a evitar posturas viciosas e incorretas (OE, 2013).

Um outro ponto relevante a abordar aquando da prestação dos cuidados, é o aprovisionamento de um ambiente terapêutico e seguro, de forma a evitar riscos para o profissional e utente. Assim, foi indispensável a utilização de equipamento de proteção individual aquando da intervenção do programa de reabilitação. No contexto hospitalar, tive a preocupação de fechar a unidade do utente com as cortinas, com o intuito de criar privacidade e controlar potenciais infeções cruzadas, uma vez que, durante a realização da RFR, é possível que o utente consiga expelir as secreções. Tanto os profissionais, como os utentes, ficam potencialmente expostos a agentes infecciosos e cabe aos profissionais adotar medidas de proteção. Nesta circunstância,

devemos respeitar as regras de segurança na abordagem deste tipo de terapêutica (RFR), recorrendo à utilização de equipamento de proteção individual (máscara facial, luvas e avental), assim como, o posicionamento do próprio enfermeiro no decorrer da RFR, para que este não fique exposto diretamente ao circuito de tosse ou à ventilação do utente.

Durante o estágio considerei a prevenção de possíveis riscos ambientais. Agi de forma preventiva para manter um ambiente seguro na prestação de cuidados, minimizando os riscos como, por exemplo, a queda. Uma vez que garantir a segurança do ambiente físico é uma das competências profissionais, inerentes a todos os enfermeiros, o EEER é ainda detentor de competências específicas para avaliar e desempenhar atividades, nomeadamente a avaliação das condições de segurança do piso, a utilização correta dos produtos de apoio e o uso de vestuário e calçado apropriado ao treino de marcha. Com base neste facto, orientei as pessoas com diminuição da mobilidade a retirar os tapetes e os obstáculos no circuito da marcha, assim como, a verificar se o piso se encontrava limpo e seco. No caso dos utentes que utilizavam auxiliares de marcha, como andarilho ou canadianas, supervisionei a forma como faziam uso dos mesmos. No caso das canadianas, se a pessoa tinha o cuidado de ter os pés paralelos e ligeiramente afastados, o apoio a cerca de 15 centímetros à frente e ao lado dos pés, e a altura ajustada de forma a que, quando a mão segura a pega, o cotovelo efetue 30° de flexão. No caso da utilização do andarilho, a altura do mesmo foi ajustada de forma a que, quando o utente segura as pegadas, o cotovelo faça um ângulo de 25° a 30° de flexão (OE, 2013). Por fim, em relação à utilização da cadeira de rodas, orientei a pessoa a travar a cadeira quando esta está parada e a colocar as rodas dianteiras para a frente aquando da transferência, assim como a retirar o braço da cadeira de rodas do lado para onde vai ser realizada a transferência (OE, 2013). Reforcei junto da pessoa e seus cuidadores, a importância de verificar o estado de preservação dos auxiliares de marcha (punhos ou pegadas e as ponteiros de borracha), para que estas mantivessem o seu bom estado de conservação e as suas propriedades antideslizantes, de forma a garantir que a segurança da sua utilização fosse assegurada. Uma outra estratégia indicada foi a utilização de um tapete antiderrapante para colocar na base do duche e um banco, para que a pessoa se pudesse sentar durante o banho, assim como a colocação de uma barra de apoio de parede para auxiliar no sentar/levantar.

O ato de instruir e treinar a pessoa sobre as técnicas a executar, bem como a assistência e supervisão dos procedimentos, garante a segurança dos utentes e previne acidentes (OE, 2013). Neste contexto, foi importante envolver os cuidadores para que pudessem manter a continuidade dos cuidados e assim diminuir o seu nível de ansiedade na ausência de um profissional de saúde no local. O contacto direto, tanto com a equipa de cuidados gerais, bem como com os cuidadores, foi uma mais-valia para transmitir estratégias com o intuito de cuidar, capacitar e maximizar o utente face à sua situação de saúde.

Os registos de enfermagem são elementos muito importantes na continuidade dos cuidados e como tal, nos dois contextos clínicos, tentei ser rigorosa na forma como foram efetuados os registos de informação clínica do utente, para que o plano de cuidados se mantivesse sempre atualizado. No âmbito hospitalar, os registos eram efetuados em papel, registando-se a avaliação inicial, os objetivos dos cuidados e as intervenções realizadas pelo EEER. Além deste registo em papel, o serviço tinha um programa informático, denominado por *Glintt*, em que era possível realizar notas livres sobre as intervenções efetuadas, permitindo também dar ênfase ao trabalho concretizado. No estágio da comunidade, os registos foram realizados no programa informático *SClínico* e este *software* já continha intervenções em linguagem segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Estes tipos de registos utilizam parâmetros *standard*, o que permite o tratamento de dados que possam ser traduzidos em indicadores de resultados, possibilitando a avaliação de ganhos em saúde.

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

Nas competências do domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista tem uma posição proativa, uma vez que colabora e intervém nas tomadas de decisão da equipa multidisciplinar, contribuindo com os seus conhecimentos e competências para a melhoria do processo de cuidados. Este adota um papel de liderança na equipa, tendo a capacidade de gestão de tempo, de recursos humanos e materiais, delegando tarefas sob a sua supervisão. Identifica também as necessidades da pessoa, família e cuidadores e referencia essas mesmas necessidades a outros profissionais de saúde, mobilizando os recursos sociais e

comunitários e as ajudas técnicas disponíveis. De salientar que as reuniões se realizavam mensalmente com a ECCI para discussão de diferentes casos no âmbito clínico, social, familiar e da necessidade de referenciação para os diversos apoios da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Nestas reuniões, a participação do EEER era fulcral para a identificação de necessidades e gestão de recursos disponíveis. Participei nas reuniões, dando o meu contributo na avaliação das necessidades da pessoa e família, na caracterização do suporte familiar e social e na mobilização dos recursos disponíveis como estratégia a adotar para a resolução das necessidades identificadas.

Neste âmbito, tive oportunidade de orientar os colegas para dar continuidade aos cuidados anteriormente realizados, transmitindo quais as intervenções a serem efetuadas para melhorar o estado de saúde dos utentes, como foi o caso de uma utente, em contexto hospitalar, com o diagnóstico de derrame pleural, em que instruí os colegas sobre a terapêutica de posição, transmitindo que a pessoa estando em posição de decúbito semiventral previne a formação de aderências posteriores, em decúbito semidorsal previne a formação de aderências anteriores e em decúbito lateral previne a formação de aderências laterais. A adoção das posições deve ser oposta ao lado do derrame e o utente deve alterar os decúbitos de 20 em 20 minutos ao longo do dia, de forma a otimizar a reabsorção do mesmo e prevenir a formação de sinéquias (Heitor, Canteiro & Ferreira, 2017). Além do que foi mencionado anteriormente, treinei os colegas para incentivarem os utentes a utilizar o espirómetro de incentivo, de forma a promover a expansão pulmonar ao nível das bases e nas situações em que a pessoa apresenta dificuldade em realizar inspirações profundas (Cordeiro & Menoita, 2012). Uma outra situação, ocorrida neste contexto, foi a necessidade de cuidar de utentes com pneumonia, em que, como adjuvante aos exercícios de RFR, também o posicionamento da pessoa em *fowler* alternado com o *semi-fowler* e decúbito lateral para o lado não afetado, a cada 60 a 90 minutos, aumenta a oxigenação arterial do pulmão (Hoeman, 2000). Transmitem também aos colegas a relevância da preferência do decúbito lateral para o lado oposto à pneumonia, de forma a facilitar a drenagem de secreções. Reforcei com os colegas de equipa a importância do reforço hídrico com o objetivo de fluidificar as secreções, além de ter discutido com a equipa médica o benefício da prescrição de terapêutica fluidificante de secreções (Cordeiro & Menoita, 2012).

O contato com a família e cuidadores permitiu-me orientar e supervisionar os cuidados que prestam à pessoa dependente, uma vez que, ao assumirem a responsabilidade de cuidar de alguém com dependência, estão em processo de aquisição de novos conhecimentos e experiências e, neste sentido, há necessidade de implementar estratégias que lhes permitam dar resposta à pessoa dependente e a si mesmos (Sequeira, 2018). Ao longo do ensino clínico verifiquei que os cuidadores informais apresentam necessidade de escuta ativa, assim como necessidade de transmissão de informação relativamente à doença, à administração de terapêutica inalatória e à manipulação de equipamento, como por exemplo, o cough assist. Um dos objetivos dos cuidados de enfermagem é contribuir para que as dúvidas, expectativas e necessidades do cuidador informal sejam esclarecidas de forma clara e concisa, para que este possa melhorar a eficácia da sua resposta às necessidades da pessoa dependente. Desta forma, ajudei os cuidadores informais a compreenderem as informações sobre o estado de saúde da pessoa, sendo que também ensinei e instruí sobre procedimentos técnicos (administração de alimentação e medicação por sonda nasogástrica, mobilizações, posicionamentos e transferências, administração de terapêutica). Para tal, solicitei e consultei outros profissionais, como médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais no processo de cuidar do utente.

No decorrer do ensino clínico foi possível observar e ouvir as dificuldades socioeconómicas das pessoas. Face à crise económica em que o país se encontra, nem sempre as pessoas têm recursos suficientes para dar resposta às dificuldades. Devido a esta situação, os enfermeiros orientadores fizeram-me descobrir novas estratégias que podiam ser utilizadas de forma a manter a eficácia e o rigor da intervenção, mas que minimizavam os gastos financeiros dos utentes. Assim, a reutilização de materiais no domicílio, para além do carácter económico, transmite à pessoa uma personalização dos cuidados em torno de objetivos negociados. Neste sentido, adquiri competências na gestão de recursos e, de forma a encontrar alternativas aos pesos e halteres, substitui estes materiais por recursos que se encontravam disponíveis no domicílio, como garrafas de água ou “um quilo de arroz”, sendo que, para substituir o bastão, utilizei uma vassoura ou um guarda-chuva. Por sua vez, para treinar a motricidade fina, recorri a feijões e a botões. Por fim, para

fortalecer a musculatura da mão e punho, incentivei os utentes a abrir recipientes, como garrafas de água.

Sendo que a prática de enfermagem é coletiva, torna-se fundamental potenciar relações interpessoais saudáveis, valorizando os contributos individuais na tomada de decisão (Curtis & O'Connell, 2011). Neste sentido, mantenho uma postura calma e tranquila na interação com os colegas e outros profissionais da equipa, assim como para com os utentes e famílias. Considero ainda ter uma postura de inter-ajuda com os outros profissionais e, em situações de maior stress, uma atitude e postura ajustada face às diferentes situações, adaptando e ajustando o meu plano de trabalho.

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

As competências no domínio das aprendizagens profissionais foram desenvolvidas em ambos os contextos do ensino clínico. O ambiente de trabalho, nomeadamente a interação com os pares, é determinante na construção e evolução da identidade profissional. Já o desenvolvimento profissional é determinado pelo ambiente e sua organização, assim como, pelas relações que os profissionais estabelecem entre si (Serra, 2013). O percurso como enfermeira especialista foi alicerçado em novas experiências na vertente motora, respiratória e no cuidar da pessoa com demência, que considero terem tido um impacto bastante positivo na minha aprendizagem, transformando-a em conhecimento.

Aquando da seleção dos contextos do ensino clínico, procurei escolher locais de estágio que me dessem a oportunidade de desenvolver competências nestas áreas específicas e que me permitissem prestar cuidados à pessoa com demência. Esta premissa foi relevante por se enquadrar no âmbito do tema deste trabalho. Desta forma, o estágio deu resposta às minhas necessidades formativas como EEER, bem como a possibilidade de desenvolver um conhecimento especializado. Estes contextos clínicos foram produtivos e úteis para adquirir novos conhecimentos e práticas na abordagem para com o utente, face à sua situação clínica.

Ao longo deste percurso, delineei a aquisição de competências através da elaboração de planos de cuidados que se encontram em apêndice I e II. Estes planos foram complementados com informação técnico-científica e por momentos de reflexão

crítica, juntamente com os enfermeiros orientadores, sobre situações clínicas experienciadas, de forma a melhorar as competências enquanto EEER. Foram também realizadas notas de campo que me auxiliaram na construção da descrição e análise das atividades do presente relatório.

A reflexão sobre as situações clínicas aumenta a confiança e o nível de segurança do EEER, assim como a sua capacidade de execução, garantindo um maior suporte de argumentação e fundamentação técnico-científica.

O ensino clínico foi essencial para identificar aspetos profissionais a melhorar e novas metas a atingir. De forma a concretizar estes objetivos, foi fundamental o suporte dos enfermeiros orientadores e do docente, pois não só me ajudaram a aumentar os meus conhecimentos científicos, como fomentaram o meu processo de aprendizagem, desde a avaliação, planeamento e implementação dos cuidados de enfermagem de reabilitação à análise e discussão; à execução das técnicas e ao treino constante, aliado à pesquisa da evidência científica, promovendo assim, uma crescente autonomia e confiança nas minhas capacidades técnicas e nos conhecimentos desenvolvidos, possibilitando uma aprendizagem promotora de cuidados de qualidade e conferindo aos utentes e sua família uma maior segurança.

Como já referido no início deste capítulo, o EEER, enquanto profissional de saúde especializado, nas respostas às necessidades da pessoa, depara-se constantemente com processos de tomada de decisão, alguns dos quais de extrema complexidade. Neste sentido, e com o objetivo de intervir da melhor forma possível, tive o cuidado de agir com base em fundamentos científicos atualizados. Para tal, recorri a bases de dados como “CINAHL *Plus*, MEDLINE, B-ON, SCIELO, GOOGLE ACADÉMICO” e a livros da especialidade de reabilitação. A mobilização de conhecimento deve ter em consideração não só a evidência científica, mas também a experiência que o enfermeiro possui na prática, no conhecimento da pessoa e do meio em que esta vive. Como refere Benner (2001), a experiência é muito mais do que um acumular de situações de cuidados, é um processo intencional que ajusta a teoria à prática.

Durante o estágio hospitalar, tive a possibilidade de durante alguns dias estar a assistir aos cuidados do EEER no Departamento da Unidade de Reabilitação Respiratória. No primeiro dia estive presente numa reunião com a Enfermeira Chefe

do Departamento em que me pude aperceber da dinâmica do serviço, assim como do funcionamento do Departamento, os cuidados de enfermagem de reabilitação que são prestados e quais as patologias mais frequentes. Foi-me dado a conhecer que neste Departamento são prestados cuidados a pessoas em regime ambulatorio e a utentes internados no hospital. Neste contexto, o EEER desloca-se aos diversos serviços do hospital para prestar cuidados de RFR nas mais diversas patologias. Contudo, no meu caso, apenas assisti nos cuidados prestados aos utentes em regime ambulatorio, tema que irei abordar mais adiante neste relatório.

Já em contexto domiciliário, tive a possibilidade de, durante três dias, estar a prestar cuidados a pessoas com demência, juntamente com um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Esta experiência foi benéfica pois permitiu-me, uma vez mais, perceber a importância da equipa interdisciplinar. Foi notório e gratificante experienciar que as intervenções à pessoa com demência podem ser desenvolvidas concomitantemente (ou seja, no âmbito de enfermagem de reabilitação é permitido ao EEER formar o cuidador informal a adquirir estratégias para intervir de forma proativa na independência das AVD, assim como, a saber adaptar a habitação de residência do utente para permitir uma melhor segurança e prevenção de acidentes). Neste sentido, foi-me possível sugerir adaptações no domicílio, de forma a minimizar os riscos de acidentes, como por exemplo, organização do mobiliário, para que as divisões da casa tivessem mais espaço de forma a que a pessoa pudesse circular pela casa de forma segura; colocação de mais iluminação nas zonas interiores e exteriores da casa; identificação de divisões da casa, prateleiras e armários identificadas com sinaléticas; incentivação à utilização de calendários e relógios de parede para que as pessoas se pudessem orientar no tempo, assim como, alguns exercícios de estimulação cognitiva para realizarem durante o dia-a-dia e sob a supervisão do cuidador informal.

Ainda na ECCL, tive a oportunidade de assistir a duas formações intituladas "Demência" e "Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários, que desafios?", sendo que a primeira foi dirigida a auxiliares de ação médica e a segunda foi dirigida à comunidade. Considero que ambas as formações foram interessantes e enriquecedoras, no sentido em que foram transmitidos conhecimentos e estratégias aos cuidadores e familiares sobre como cuidar de pessoas com demência, com o objetivo de que estes se sentissem informados e consequentemente mais seguros e

confiantes aquando da prestação de cuidados. A evidência científica é unânime em afirmar que o cuidado centrado na pessoa requer o estabelecimento de relações terapêuticas entre o profissional de saúde, o utente e seus cuidadores (McCormack, 2004; Nolan, Davies & Brown et al., 2004).

## **1.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

O ensino clínico foi enriquecedor em oportunidades de aprendizagem e permitiu-me desenvolver competências específicas do EEER. Estas competências, juntamente com a Teoria do Autocuidado de Orem e a evidência científica foram relevantes para o presente trabalho. Neste sentido, as situações descritas e analisadas em contexto de ensino clínico não são exclusivas de uma determinada competência, podendo assim contribuir para o desenvolvimento em simultâneo de várias competências específicas do EEER.

A Reabilitação em si compreende um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas a maximizar o seu potencial funcional, promovendo a sua independência e a máxima satisfação, preservando a sua autoestima (OE, 2010a). Deste modo, a intervenção do EEER assenta em três competências específicas que são as seguintes

- a) cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- b) capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- c) maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. (OE, 2010a, p.2).

De forma sistemática vou abordar as diferentes áreas de intervenção da enfermagem de reabilitação, com o intuito de, em cada área, mencionar as competências específicas do EEER desenvolvidas no âmbito do estágio curricular.

Na fase inicial da minha intervenção, aquando da prestação dos cuidados de reabilitação, foi sempre a minha intenção envolver o utente, a família e o cuidador informal neste processo, tendo como princípio a avaliação inicial do utente, a identificação das suas expetativas e de objetivos concretizáveis, além de que, tive

também o cuidado de compreender a esperança dos mesmos, assim como, os seus receios e preocupações, de forma a poder informá-los sobre situações potencialmente geradoras de crise, procurando motivar e proporcionar um ambiente de reabilitação suscetível de dar resposta às suas necessidades (Petronilho, 2012).

A avaliação é a etapa inicial do processo de enfermagem sendo também crucial para a realização de um plano de intervenção. No início do primeiro ensino clínico, esta avaliação inicial foi realizada através da observação dos enfermeiros orientadores. De seguida, era discutido entre mim e o meu orientador as necessidades do utente. Gradualmente, e sempre sob a supervisão dos enfermeiros orientadores, esta avaliação passou a ser elaborada apenas por mim, em que, através de uma entrevista semiestruturada com o utente, obtive informações sobre o mesmo. Deste modo, organizei a entrevista por tópicos para me permitir identificar e avaliar a pessoa quanto à sua história pessoal (contexto familiar, social, laboral e habitacional); antecedentes pessoais e familiares; a história de doença atual e suas intercorrências; medicação atual; fatores de risco; suporte familiar; exame físico e a avaliação da funcionalidade a nível cardiorrespiratório; motor; sensorial; cognitivo; alimentação e eliminação. Consultei também o processo clínico do utente, sobretudo o registo e interpretação dos sinais vitais, relatórios de exames complementares de diagnóstico, particularmente, a telerradiografia do tórax, espirometria e gasimetria arterial.

O exame neurológico revelou-se como um suporte para avaliar a pessoa, planear os cuidados e estruturar metas. Esta avaliação contempla várias áreas como consciência; orientação; atenção; memória; linguagem; pares cranianos; força muscular; tônus muscular; coordenação motora; amplitude articular; sensibilidade; equilíbrio e marcha. Esta avaliação foi realizada gradualmente para não cansar o utente e, muitas vezes, coloquei questões para o avaliar ao nível do estado de consciência e de orientação, no sentido de obter uma colheita de dados mais fidedigna possível sem o utente se aperceber que estava a ser avaliado através destas mesmas perguntas. Segundo a literatura, a avaliação deve ter em conta a utilização de uma linguagem universal, ser simples e rápida no sentido de não diminuir a participação do utente nem enviesar os resultados. Assim, foram usadas escalas de avaliação reconhecidas pela comunidade científica como: a Escala de coma de Glasgow para a avaliação do estado de consciência, os descritores do MMSE para avaliação do estado mental, a escala de avaliação de força muscular do Medical Research Council

e ainda, para a avaliação da espasticidade, a Escala de Ashworth Modificada e, para a avaliação do equilíbrio, a Escala de Equilíbrio de Berg. Tive também em conta a aplicação de outras escalas como a Escala de Braden para avaliar o risco de úlcera por pressão e a avaliação do risco de queda através da utilização da escala de Morse. Estes instrumentos têm a vantagem de facilitar a monitorização da evolução do estado de saúde da pessoa.

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (Organização Mundial da Saúde, 2004), a funcionalidade é o termo genérico para as funções e estruturas do corpo, correspondendo aos aspetos positivos da interação entre a pessoa com uma determinada condição de saúde e o seu contexto (ambiental e pessoal). A avaliação da funcionalidade da pessoa permite determinar o grau de capacidade da mesma para o autocuidado. Tendo por base os pressupostos defendidos na Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem de Orem, em que a pessoa pode ser agente de autocuidado, quando a sua capacidade de autocuidado se encontra preservada ou então agente dependente de cuidados quando a sua capacidade se encontra em défice e necessita de cuidados prestados por terceiros, como familiares, amigos ou vizinhos. Quando a intervenção dos cuidados prestados é realizada a partir da responsabilidade da ação profissional dos enfermeiros, esta intervenção é realizada de forma terapêutica, resultante da incapacidade da pessoa em determinar ou executar as necessidades do autocuidado. Deste modo, os enfermeiros passam a ser denominados por agentes de autocuidado terapêutico (Orem, 2001).

A reabilitação tem como objetivo promover a restauração da funcionalidade. Por este motivo, o EEER deve procurar instrumentos que permitam avaliar o nível de dependência da forma mais minuciosa e específica. Para tal, recorri a vários instrumentos utilizados para a avaliação da capacidade funcional da pessoa aquando da realização das AVD, nomeadamente, o Índice de Barthel. Esta escala permite determinar a capacidade da pessoa para o autocuidado e, por sua vez, o nível de independência para a realização de dez AVD: comer; higiene pessoal; uso dos sanitários; tomar banho; vestir e despir; controlo dos esfíncteres; deambular; transferência da cadeira para a cama; subir e descer escadas (Araújo, Ribeiro & Oliveira, 2007). A avaliação do grau de dependência ajuda a determinar o tipo de cuidados necessários, constituindo assim indicadores para um diagnóstico mais

preciso de cuidados fundamentados na resposta funcional (Araújo, Paúl & Martins, 2011). A escolha desta escala deve-se ao facto de a literatura nos revelar que o Índice de Barthel é um dos instrumentos de avaliação das AVD que apresenta resultados de confiabilidade e validade muito consistentes (Paixão Júnior & Reichenheim, 2005) e é utilizada essencialmente em contexto hospitalar, unidades de convalescença e centros de reabilitação (Araújo et al., 2007). Além da evidência científica, o facto de no serviço onde exerço funções estar implementada esta escala foi decisivo na minha escolha, dado que já tinha um primeiro contacto na sua aplicabilidade. Assim, a sua utilização quer a nível hospitalar quer a nível comunitário permitiu-me identificar o nível de dependência do utente em cada autocuidado e, deste modo, ajudar-me a estipular intervenções, tendo por base os sistemas de Orem (2001). A sua aplicação e monitorização compara os resultados da avaliação à data de admissão e no dia da alta, permitindo dar visibilidade à evolução do estado de saúde, bem como a evidenciar ganhos na funcionalidade da pessoa, além de que, possibilita uma orientação para o planeamento dos cuidados, parcelando objetivos concretizáveis. Durante o ensino clínico tive oportunidade de prestar cuidados a utentes com alterações neurológicas. A avaliação do autocuidado, ao nível da alimentação, transferências, mobilidade, vestir e despir e na higiene pessoal, permitiu-me orientar as intervenções, assim como ajustar os produtos de apoio que iam sendo necessários no decorrer do processo de reabilitação, à medida que ia registando os resultados alcançados, possibilitando a sua tradução em indicadores de resultados.

Esta avaliação inicial, realizada através de entrevistas ao utente, família e cuidador informal, a par do exame físico, utilização de escalas e instrumentos de avaliação, juntamente com a observação de exames complementares de diagnóstico, permitiu-me formular um plano de cuidados de reabilitação que desse resposta às necessidades da pessoa no âmbito da reeducação funcional respiratória, sensoriomotora, cognitiva e na promoção do autocuidado através do treino das AVD e, desta forma, conseguir compreender os ganhos em saúde obtidos com a intervenção especializada do EEER.

O ambiente é também um aspeto relevante a avaliar e este tem um impacto importante no processo de reabilitação. O primeiro contexto do ensino clínico decorreu em ambiente hospitalar e, neste contexto, é difícil realizar uma avaliação direta e rigorosa das condições habitacionais da pessoa. Deste modo, questioneei a pessoa e

familiares acerca das barreiras arquitetônicas no domicílio e quais os possíveis meios ao seu dispor para as colmatar. Assim, no serviço de medicina, um dos aspetos que avaliei na preparação do utente para a alta foi o planeamento de intervenções de reabilitação adaptadas às possíveis limitações no domicílio. Quer no hospital quer na comunidade, mobilizei conhecimentos acerca dos produtos de apoio disponíveis (alteador de sanita, barras de apoio laterais para banheira, lavatório e sanita, estrado de banheira para facilitar nas transferências e cadeiras para banheira), recorrendo ao apoio da Assistente Social e às diretrizes do EEER orientador, relativamente às adaptações que o utente poderia efetuar na sua casa. Segundo a OE (2013), recomenda-se que haja uma área livre de 2,5 metros de diâmetro, tendo em conta o centro da cama. O piso também deverá apresentar as devidas condições de segurança, ou seja, não deve ser escorregadio, desnivelado, ou apresentar obstáculos que potenciem uma possível queda. Durante o ensino clínico, no contexto comunitário, prestei cuidados a uma utente com diminuição da mobilidade. A divisão do seu quarto não cumpria os 2,5 metros de diâmetro recomendados desde o centro da cama. Por este motivo, a família da utente adaptou a sua sala em quarto, de forma provisória, com o objetivo de a facilitar nas transferências e na deambulação, organizando a disposição do conteúdo da mesma.

Ao longo do ensino clínico desenvolvi progressivamente a minha capacidade de observação, estando mais alerta para fatores que podem influenciar a saúde da pessoa. Assim, pelo facto de ter estado em contexto hospitalar e ter seguido para o contexto da comunidade, retornando posteriormente ao contexto hospitalar foi uma mais-valia, pois permitiu-me ter uma maior perceção da preparação para a alta do utente, tendo em consideração a realidade objetiva, nomeadamente, a estrutura e organização da casa dos utentes, relativamente à existência de barreiras arquitetônicas, assim como, o seu suporte familiar.

Simultaneamente, o contexto familiar em que a pessoa se encontra inserida, tem uma grande influência na sua adesão ao programa de enfermagem de reabilitação. Deste modo, compreender a dinâmica familiar é primordial, quer em contexto hospitalar, quer em comunidade, na medida em que me permitiu avaliar a rede de suporte da pessoa e de que forma esta influencia a motivação do utente, bem como o desgaste emocional da sua família e do cuidador informal. Assim, no âmbito hospitalar, tinha o cuidado de, aquando da preparação para a alta, inquirir o utente

sobre a sua rede de suporte, de modo a transmitir informações pertinentes que permitissem dar continuidade aos cuidados realizados. Como refere Sequeira (2010b), o cuidador também é alvo de cuidados, com o objetivo de avaliar as capacidades do mesmo para prestar cuidados. Na ECCI deparei-me com alguns casos em que o principal cuidador é o conjugue, tal como pude assistir numa situação em particular, em que um senhor com DA se encontrava num estadio avançado da demência, acamado e com necessidade de ajuda total em todas as AVD. Inclusivamente, por apresentar alterações ao nível da deglutição e pelo risco de aspiração, tinha sonda nasogástrica. Este utente tinha como principal cuidadora a sua esposa que também apresentava algumas comorbidades e, por esse motivo, encontrava-se num estado de saúde frágil e com ligeira dependência. Dada a situação crónica, as agudizações e internamentos recorrentes do seu companheiro, conduziram a uma sobrecarga emocional. Constatei junto da esposa qual a sua rede de apoio familiar e como esta situação estava a afetar os restantes membros da família, nomeadamente o filho, que se encontrava a trabalhar a muitos quilómetros de distância da casa dos pais. Este casal tinha apenas a ajuda de uma vizinha que conseguia dar apoio em alguns períodos do dia. Avaliei, através de instrumentos validados, como foi o caso do recurso da Escala de Zarit Modificada, a sobrecarga da cuidadora para fundamentar a minha intervenção. Após esta avaliação inicial, validei com o meu EEER orientador e sinalizei a situação à Assistente Social e Psicóloga da ECCI, de forma a garantir a continuidade dos cuidados.

Em relação ao planeamento das intervenções, este era discutido com os enfermeiros orientadores. Este planeamento é exequível de sofrer alterações, relacionadas, como por exemplo, com a alteração do estado de saúde e escolhas do utente. As implementações das intervenções planeadas foram orientadas, tal como descrito anteriormente, segundo os sistemas de enfermagem de Orem. Este planeamento foi norteado de forma a estimular a capacitação para o autocuidado e para a reeducação das funções alteradas, bem como da sua manutenção. Todos os planos de cuidados realizados foram elaborados de forma individualizada, tendo por base os cuidados centrados na pessoa, respeitando as escolhas, necessidades, capacidades e limitações de cada utente.

O estágio comunitário decorreu em ambiente domiciliário. Foram realizados planos de cuidados a médio e longo prazo devido à necessidade dos cuidados serem

prestados duas a três vezes por semana, por um período de duração superior a dois meses, o que permitiu avaliar a evolução da funcionalidade da pessoa, assim como, as alterações que determinavam as limitações/incapacidades para esta executar as atividades. Deste modo, pude conceber, implementar e avaliar os resultados das intervenções executadas. Ao longo do estágio tive oportunidade de realizar quatro avaliações iniciais e duas notas de alta. A população era maioritariamente idosa, com doenças crónicas e as necessidades identificadas abrangiam um âmbito mais alargado do que a intervenção exclusiva do EEER poderia dar resposta. Daí que, a abordagem multidisciplinar, sobretudo numa fase inicial, era benéfica para intervir de forma satisfatória. De 15 em 15 dias a ECCI realizava reuniões em que se abordava o estado de evolução de cada utente entre as várias valências de intervenção, com o intuito de atualizar o plano de intervenção em cada área. A nível hospitalar, os planos de cuidados têm de ser realizados a curto prazo devido aos internamentos terem uma duração média de uma semana. Os utentes a quem prestei cuidados tiveram alta para o domicílio e, neste âmbito, realizei educação para a saúde ao utente, família e cuidador informal. Neste caso, como no geral, a nota de alta do EEER é fulcral para que exista uma continuidade do plano de cuidados através da transmissão de informações pertinentes para promover a continuidade dos cuidados, porque, por vezes, os utentes, aquando da alta hospitalar para o domicílio, são seguidos pela equipa interdisciplinar do centro de saúde.

Ao prestar cuidados, o EEER tem de implementar intervenções terapêuticas no sentido de melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas AVD, minimizar o impacto das incapacidades instaladas, promover a satisfação da pessoa e preservar a sua autoestima (OE, 2010a), o que foi patente em todos os contextos do ensino clínico. No entanto, é evidente salientar a necessidade e a importância do envolvimento de todos os elementos da equipa interdisciplinar (enfermeiros generalistas, assistentes operacionais, médicos, fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, entre outros...), assim como, da família e do cuidador informal. Como menciona Menoita, Sousa e Alvo (2014, p. 39), “o sucesso do processo de Reabilitação não depende de um conjunto de actos ou técnicas pontuais, mas da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho desenvolvido por toda a equipa”, de forma a realizar um diagnóstico precoce e ações preventivas, para assegurar a manutenção das capacidades funcionais,

prevenir complicações, evitar incapacidades, solucionar os problemas e melhorar a qualidade de vida das pessoas. No contexto da ECCI, tive a oportunidade de prestar cuidados a uma utente com o diagnóstico de AVC. Esta apresentava diminuição da força muscular no hemicorpo esquerdo e, no seguimento da intervenção entre o EEER, a fisioterapeuta e a terapeuta ocupacional, a utente teve um aumento da força muscular, conseguindo posteriormente realizar atividades instrumentais de vida diária e AVD, tendo ganhos em saúde.

No âmbito da RFR, foram várias as situações que me fui deparando ao longo do ensino clínico em contexto hospitalar e comunitário. Aquando da intervenção à pessoa com necessidade de RFR, no contexto hospitalar, analisei o seu processo clínico, recolhendo dados tais como: a história da doença atual, o seu diagnóstico médico, os antecedentes pessoais, a terapêutica realizada no domicílio, a sua história familiar e social, assim como, os exames complementares de diagnóstico realizados, de entre os quais destaco: análises clínicas, gasimetria arterial e telerradiografia de tórax. A informação recolhida através do processo clínico era complementada com a recolha de informação junto do utente, familiar e cuidador informal. De seguida, procedia à realização da avaliação inicial através da avaliação do estado de consciência do utente, avaliando também os sinais vitais, o padrão respiratório, a monitorização da oximetria de pulso, a auscultação pulmonar e sintomatologia referida. Após a recolha dos dados e da avaliação inicial, realizava o plano de cuidados, tendo em conta os objetivos a atingir e as intervenções a serem realizadas. No final da sessão de RFR, acompanhada pelo EEER orientador, procedia novamente à reavaliação dos sinais vitais, monitorização da oximetria de pulso e auscultação pulmonar, permitindo-me, desta forma, comparar e avaliar os resultados das intervenções implementadas.

Durante o estágio desenvolvi a capacidade de interpretar a telerradiografia do tórax e da auscultação pulmonar. Nesta prática foi essencial a orientação dos enfermeiros orientadores para me direcionarem para a sua interpretação. A auscultação pulmonar requer treino para que seja mais eficaz a sistematização do procedimento, a deteção e a diferenciação dos diferentes ruídos adventícios. No início de cada sessão de RFR, efetuava a auscultação pulmonar para me ajudar a planear a minha intervenção e, no final, verificava através da auscultação pulmonar o impacto dessas mesmas intervenções. Relativamente à observação da telerradiografia do

tórax como complemento da restante avaliação, este é um instrumento que também orienta a intervenção do EEER, podendo confirmar os dados recolhidos, como derrame pleural, pneumonia ou doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) agudizada. Tanto a auscultação pulmonar, como a telerradiografia do tórax colocam em evidência a eficácia das intervenções do EEER no utente e permitem monitorizar a evolução do seu estado de saúde.

Na sequência do ensino clínico em contexto hospitalar, tive a oportunidade de prestar cuidados de reabilitação a uma utente com derrame pleural à direita. Durante a avaliação da utente, verifiquei a diminuição da expansibilidade do hemitórax direito através da palpação. Na inspeção, verifiquei uma assimetria do tórax, com inclinação ligeira do tronco para a direita e na auscultação verifiquei uma diminuição do murmúrio vesicular, confirmando-se a presença de atritos pleurais. A utente referia dispneia, cansaço e toracalgia de intensidade ligeira, dor intermitente, tipo “picada”, que se agravava à inspiração. Após a recolha dos dados e observação dos exames complementares de diagnóstico como a gasimetria arterial e a telerradiografia do tórax (onde observei a hipotransparência do hemitórax direito, a curva de Demoiseau e o desvio do mediastino para a esquerda). Dada a situação, estruturei um plano de intervenção de RFR, com o objetivo de impedir a formação de aderências pleurais que limitassem a mobilidade torácica e diafragmática; impedir ou corrigir as posições antiálgicas que comprometem a adoção de posições viciosas incorretas, potenciando a deformações posturais e à limitação da articulação escapulo-umeral, assim como a melhorar a tolerância aos esforços. Deste modo, o foco da intervenção do EEER insere-se num conjunto de técnicas e exercícios respiratórios que visam melhorar a *performance* pulmonar, incentivar à expansão pulmonar, melhorar a mobilidade torácica, melhorar a *performance* diafragmática, prevenir posturas antiálgicas e limitar as sequelas na pessoa com derrame pleural (Cordeiro & Menoita, 2012; Heitor et al., 2017). Procurei dar início às sessões de RFR com técnicas de descanso e relaxamento, consciencialização e controlo da respiração. Posteriormente, realizei a reeducação diafragmática global e de cada hemicúpula diafragmática com maior incidência à direita e com ênfase na inspiração profunda. Realizei também a reeducação costal global com bastão para melhorar a distribuição e a ventilação alveolar, promovendo a expansão torácica. A reeducação costal seletiva, como por exemplo, a abertura costal seletiva com ênfase à direita, tinha como objetivo recuperar

a mobilidade costal e prevenir limitações funcionais da articulação escapulo-umeral à direita, além de favorecer a expansão pulmonar e torácica do lado comprometido (Cordeiro & Menoita, 2012). Nesta situação, instruí a utente para a importância da terapêutica de posição (decúbito sobre o lado sã. Neste caso, o decúbito lateral esquerdo), que pode ser iniciada na fase aguda do derrame pleural, como estratégia coadjuvante na reabsorção do derrame pleural e minimização de sinéquias (Heitor et al., 2017). Dei a indicação à utente da importância de alterar os decúbitos num período de quinze minutos, sendo instruída a fazê-lo ao longo do dia (Cordeiro & Menoita, 2012), dando privilégio ao decúbito lateral esquerdo. Realizei ainda exercícios de correção da postura antiálgica (decúbito para o lado afetado. Neste caso, o decúbito lateral direito). Incentivei a utente a realizar exercícios de mobilização da articulação escapulo-umeral, de preferência em frente a um espelho. Estes exercícios tinham como objetivo melhorar a expansão pulmonar. Ainda, para melhorar a expansão pulmonar e restabelecer a função diafragmática, recorri ao espirómetro de incentivo, uma vez que a sua utilização pode facilitar a utente a realizar inspirações profundas (Gronkiewicz & Coover, 2011). No decorrer das sessões verificou-se uma melhoria significativa da utente pela redução da sintomatologia da dispneia, dor, cansaço e toracalgia, confirmando-se esta melhoria através da visualização da telerradiografia de tórax. Ao nível da postura, verificou-se uma ligeira melhoria na simetria do tórax e na auscultação pulmonar. No entanto, era ainda evidente a diminuição do murmúrio vesicular no 1/3 inferior do hemitórax direito. Ainda assim, este plano de intervenção teve algum impacto positivo na tolerância ao esforço no desempenho das AVD, nomeadamente, no autocuidado (higiene corporal e vestir/despir).

Ainda no foro das patologias respiratórias, segundo o Ministério da Saúde (2018), Portugal integra o grupo de países com menor mortalidade por asma e DPOC. Relativamente à asma, a mortalidade ocorre sobretudo nas faixas etárias acima dos 65 anos de idade, com valores, em 2015, de 4,0/100.000 habitantes. Respetivamente à mortalidade por DPOC, verificou-se uma redução a partir dos 65 anos de idade com um decréscimo de 8,8%, em 2015, de 100/100.000 habitantes (DGS, 2017). Contudo, Portugal destaca-se por ser o país da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico com menos internamentos e cuidados de ambulatório por asma e DPOC. Estes internamentos têm sido evitáveis através da adoção de medidas preventivas ou terapêuticas tomadas ao nível dos Cuidados de Saúde

Primários, onde houve um aumento de consultas de cessação tabágica, bem como o acesso a espirometria e a tratamentos de reabilitação respiratória (Ministério da Saúde, 2018).

A RFR nas pessoas com DPOC deve ser iniciada quando a pessoa apresenta sintomatologia com o propósito de facilitar a eliminação das secreções, contribuindo para a desobstrução brônquica, melhorando os defeitos ventilatórios (Cordeiro & Menoita, 2012). Em contexto hospitalar, no que diz respeito ao plano de enfermagem de reabilitação, integrei as seguintes intervenções: treino dos músculos respiratórios; dos MS e MI e ainda, técnicas de conservação de energia. Inicialmente, instruí e treinei a pessoa a ter consciência da respiração diafragmática, para que esta relaxasse os músculos acessórios da respiração e recrutasse o diafragma com o objetivo de que esta diminuísse o trabalho respiratório; os custos energéticos da ventilação pulmonar; a dispneia; melhorasse a tolerância ao exercício (como por exemplo, andar e subir escadas) e a realização das AVD (alimentar-se, tomar banho, vestir/despir). Instruí e treinei a pessoa a realizar a expiração com os lábios semi-cerrados, com o objetivo de reduzir o colapso alveolar precoce das vias aéreas durante a expiração, a diminuir a hiperinsuflação e dispneia e a melhorar as trocas gasosas, realizando este exercício em repouso e aquando das atividades. Além destas intervenções, ensinei e treinei as posições de descanso e relaxamento porque, muitas vezes, o utente apresenta dispneia e esta surge associada a elevados níveis de ansiedade. Deste modo, estas técnicas ajudam o utente a adquirir maior consciência das diferenças entre tensão e relaxamento (Larson, Johnson & Angst, 2000). Também realizei o ensino de métodos de limpeza das vias áreas para evitar a retenção de secreções, obstrução brônquica e infeções, como drenagem postural modificada e ensino da tosse assistida e dirigida.

Foram ainda abordados vários temas de educação para a saúde à pessoa com DPOC, como o ensino sobre a alimentação, estratégias de cessação tabágica, a importância do exercício físico e estratégias para realizar as AVD. No âmbito do ensino sobre a alimentação, orientei o utente para que a dieta fosse fracionada entre cinco a seis refeições diárias e que, aquando das refeições, estas fossem ser ingeridas devagar e em pequenas quantidades, de forma a evitar a dispneia e a fadiga. Incentivei à ingestão de líquidos no intervalo das refeições, uma vez que a água diminui a viscosidade das secreções, fluidificando-as e facilitando posteriormente a sua expulsão. Reforcei ainda a importância de ingerir, todos os dias, frutas, legumes,

cereais e fibras, de modo a evitar a obstipação e a evitar a ingestão de alimentos que causem flatulência como feijões, repolho e couves, assim como refrigerantes e bebidas gaseificadas (Cordeiro & Menoita, 2012).

O tabagismo é a principal causa de DPOC (DGS, 2009). Se para além disso, houver exposição ocupacional a poeiras, o potencial para a DPOC aumenta ainda mais (Larson, et al., 2000). A educação para a saúde na cessação tabágica é fulcral neste âmbito. Em Portugal, 44,7% da população consome tabaco (Ministério da Saúde, 2018). A cessação tabágica diminui a morbilidade e a mortalidade da DPOC, sendo a única intervenção suscetível de modificar a evolução da doença (DGS, 2009). Devido a este facto, abordei este tema com os utentes, no sentido de esclarecê-los sobre os malefícios do tabagismo e reforcei que, com abstinência total, pode ser possível travar a irreversível progressão da doença e suspender a inflamação desencadeada pelo fumo do tabaco.

Ainda neste contexto, relativamente a utentes com DPOC, segundo Velloso & Jardim (2006), 78% das pessoas com DPOC apresentam dispneia. De forma a instruir estes utentes, foram realizados ensinamentos e treinos de estratégia que têm por base a rentabilização do consumo energético e oxigenação do organismo, juntamente com o trabalho dos grupos musculares que intervêm na respiração. Aquando da realização das atividades do quotidiano, foi transmitido à pessoa que, caso sentisse tonturas, palpitações, dor no peito e dispneia, deveria interromper imediatamente as atividades e adotar as posições de descanso (como por exemplo, posição de cocheiro).

A pessoa com DPOC deve também ter conhecimento sobre técnicas de conservação de energia. Neste sentido, ensinei e instruí a pessoa a realizar a sua higiene pessoal (escovar os dentes, lavar a cara, pentear-se) sentada e com apoio dos MS sobre o lavatório, assim como, a tomar banho, calçar-se e descalçar-se (usando uma calçadeira de cabo longo e de preferência que os sapatos não tenham atacadores) sentada num banco e que a mesma deveria realizar estas tarefas aquando da fase expiratória. No caso dos homens com DPOC, transmiti-lhes que deviam desfazer a barba com os cotovelos apoiados no lavatório, para prevenir episódios de dispneia e cansaço na execução desta AVD. Transmitemos aos utentes que, ao executar as tarefas domésticas como: arrumar a roupa, colocar a loiça na mesa,

buscar objetos dos armários acima dos ombros, o fizessem em fase expiratória, assim como ao subir e descer escadas. Foi ainda indicado ao familiar e cuidador informal que organizassem o ambiente, ou seja, que dispusessem os objetos que o utente usa frequentemente em locais acessíveis à sua altura (não superior à dos ombros) para evitar grandes amplitudes de movimento, com o objetivo de rentabilizar o consumo de energia (Velloso & Jardim, 2006; DGS, 2009; Cordeiro & Menoita, 2012). Algumas alterações no domicílio foram passíveis de serem realizadas, como a organização dos objetos mais utilizados nas prateleiras intermédias. Contudo, devido a dificuldades económicas, algumas famílias não puderam realizar as alterações devido a barreiras arquitetónicas, como por exemplo, em locais com degraus colocar uma rampa ou um corrimão para facilitar a sua utilização.

A educação para a saúde é cada vez mais importante. Esta componente educacional deve abranger medidas terapêuticas e preventivas. O utente deve ser ensinado e instruído para a auto-gestão da sua doença, sendo que aos familiares e cuidadores deve ser dado o conhecimento da intervenção adequada a adotar em cada circunstância. Uma das vertentes que durante o ensino clínico foi possível observar como lacuna, foi referente à administração de terapêutica inalatória. Esta temática tem vindo, cada vez mais, a ter um lugar importante, uma vez que os profissionais de saúde, como os EEER, começam a ter consciência das repercussões da não adesão à terapêutica, quer em termos pessoais, quer em termos sociais e económicos. A dificuldade em usar medicamentos por via inalatória está marcada por elevadas taxas de erro na sua administração. Esta situação leva à diminuição da adesão do utente a esta terapêutica, uma vez que a técnica inalatória incorreta leva à redução ou ausência total do efeito terapêutico esperado (Silva, 2014). O incorreto uso dos dispositivos inalatórios deve-se, não só à complexidade de alguns deles, mas também ao número de passos exigidos para a execução da técnica inalatória em alguns dispositivos. Neste sentido, instruí, treinei e supervisionei os utentes na administração da terapêutica inalatória, o que permitiu que a técnica efetuada pelo utente fosse realizada corretamente e com mais eficácia, rentabilizando este recurso e reduzindo a probabilidade de exacerbações e consequentes recorrências ao serviço de urgência, melhorando a sua qualidade de vida.

Uma outra área de intervenção, por parte do EEER, é a permeabilização das vias áreas, dado que o seu comprometimento impede a oxigenação eficaz dos tecidos.

A aspiração remove secreções quando o utente é incapaz de limpar as suas vias áreas através da tosse ou de uma terapêutica não invasiva. No entanto, esta técnica potencia graves complicações, tais como: atelectasia; hipóxia; broncoconstrição; hipotensão; arritmias cardíacas; infeção; laringospasmo e irritação das mucosas (Gronkiewicz & Coover, 2011). Devido aos riscos mencionados, a minha abordagem à pessoa com necessidade de limpeza das vias aéreas iniciava-se com utilização de técnicas e estratégias menos invasivas como: dissociação dos tempos respiratórios; com ênfase na inspiração; reeducação diafragmática; drenagem postural modificada; abertura costal global e seletiva; manobras acessórias (percussão, vibração e compressão – condicionadas às limitações da condição clínica do utente); tosse assistida; ensino sobre a tosse dirigida e ainda o recurso a dispositivos de auxílio na mobilização das secreções como o flutter, acapella ou o cough assist. Por fim, através da educação para a saúde, informei os utentes sobre a importância da fluidificação de secreções através do reforço hídrico, sendo esta uma estratégia que pode ser associada às anteriores para a redução de secreções.

Tal como referi no subcapítulo das competências do domínio das aprendizagens profissionais, durante o estágio hospitalar, tive a oportunidade de, durante alguns dias, estar a assistir aos cuidados do EEER no Departamento da Unidade de Reabilitação Respiratória, assistindo apenas nos cuidados prestados aos utentes em regime ambulatório.

Neste regime, os utentes são encaminhados para o serviço através do médico que os acompanhou durante o internamento hospitalar ou através do médico de família que tem conhecimento da dinâmica deste serviço. Posteriormente, o utente realizava uma reunião com a pneumologista do serviço. Esta, de seguida, reunia-se com a equipa de EEER para discutir e delinear o plano de reabilitação respiratória. Este mesmo plano tem em conta o número de sessões de reabilitação respiratória por semana e os seus principais objetivos. Desta forma, o EEER antes de cada sessão de cuidados, realizava uma avaliação específica, de tópicos relevantes como: estado de consciência; avaliação dos sinais vitais; características do tórax pela inspeção; palpação; auscultação e percussão; postura corporal; caracterização da ventilação (ritmo, frequência, amplitude e simetria); pesquisa de achados subjetivos como a tosse; dor; dispneia; expectoração, bem como alterações na coloração da pele. Neste contexto, o EEER realiza diversas intervenções, desde a administração de terapêutica

inalatória, com a utilização de inaladores, nebulizadores e a respetiva educação para a saúde, relativamente à sua autoadministração. Além do que foi mencionado anteriormente, o EEER também realiza intervenções no âmbito da reabilitação respiratória, como RFR, através de exercícios e técnicas realizados no leito dos utentes, como: reeducação diafragmática com e sem resistência; reeducação da hemicúpula diafragmática direita e esquerda; reeducação costal global e seletiva e a espirometria de incentivo. Por sua vez, no ginásio, eram realizados exercícios de fortalecimento da musculatura dos MS através de métodos de treino variados em que o utente utilizava resistências, pesos, faixas elásticas, sacos de areia, halteres, bastões ou cicloergômetros. No que diz respeito aos exercícios de fortalecimento muscular dos MI, estes eram efetuados através de marcha simples, da utilização de bicicleta ergométrica, bem como, da utilização de pesos e faixas elásticas. Além disso, os utentes realizavam técnicas de correção postural com recurso a espelhos quadriculados, exercícios de mobilização torácica e osteoarticular, através da utilização de bastões e sistemas de roldanas, assim como, treino de exercício aeróbico na passadeira rolante e na bicicleta ergométrica.

Relativamente ao ginásio desta Unidade de Reabilitação Respiratória, a disposição do material estava organizada como se de um “circuito” se tratasse, e os utentes tinham ao seu dispor duas bicicletas ergométricas; uma passadeira; um cicloergómetro; um sistema de roldanas; um quadro quadriculado; um espaldar; halteres; faixas elásticas; sacos de areia com diferentes pesos e um bastão. Deste modo, o plano de sessões realizados no ginásio tinha como objetivo, o fortalecimento da musculatura respiratória, o treino ao esforço e ainda o treino de técnicas de conservação de energia na pessoa com patologia respiratória crónica (Velloso & Jardim, 2006; Pamplona & Morais, 2007; Soares & Carvalho, 2009). Cada treino é individualizado consoante a patologia e os objetivos pré-definidos, uma vez que a capacidade para o exercício é variável, ou seja, as limitações de cada utente devem ser avaliadas constantemente para que o plano de treino seja adequado e benéfico (Pamplona & Morais, 2007). Nesta circunstância, tive a oportunidade de participar no plano de treino de utentes com diversas patologias como: derrame pleural, bronquiectasias, lobectomia superior à direita e DPOC. No caso desta última patologia, Pamplona & Morais (2007) e Soares & Carvalho (2009) referem que as pessoas com DPOC beneficiam de programas de treino de exercício, uma vez que

melhoram não só a tolerância ao exercício, como também os sintomas de dispneia e fadiga, favorecendo a realização de AVD devido à gestão de dispêndio de energia (Velloso & Jardim, 2006).

A maioria dos utentes conhecia o seu circuito de treino. O objetivo de sessão após sessão era aumentar o número de séries, assim como a intensidade do treino. É essencial ter em atenção que, nem todas as pessoas conseguem tolerar a mesma intensidade, por isso, é fundamental realizar um treino intercalado entre treinos com períodos de alta intensidade e baixa intensidade, ou até de repouso, isto porque os exercícios de alta intensidade podem resultar num elevado grau de dispneia e de fadiga (Cordeiro & Menoita, 2012).

Ao longo das sessões na Unidade de Reabilitação Respiratória, verifiquei o empenho dos utentes com antecedentes pessoais de derrame pleural, asma, DPOC e pós-operatório tardio como lobectomia superior, com vista a melhorar a sua condição física e de certa forma a alterar o seu estilo de vida. Foi também notório, a possibilidade de observar que os utentes tinham a perceção dos benefícios do plano de treino. A evidência científica indica que a reabilitação respiratória como complemento ou alternativa ao tratamento farmacológico, melhora a dispneia, aumenta a tolerância ao esforço e melhora a qualidade de vida dos utentes, contribuindo para a diminuição de exacerbações, consultas e internamentos hospitalares (DGS, 2009).

Durante o ciclo de vida da pessoa, a capacidade de se autocuidar varia e o aparecimento de doenças, incidentes, hospitalizações, restrições da mobilidade aumenta a dependência da pessoa e a sua capacidade funcional não permite responder às necessidades no desempenho das AVD, como o autocuidado. A capacidade funcional abrange a capacidade da pessoa em manter as suas capacidades físicas e cognitivas para viver de forma independente e autónoma, ou seja, a capacidade para realizar as AVD e conseqüentemente manter a qualidade de vida (Frank, Santos & Assmann, 2007).

Em ambos os contextos pude realizar intervenções relativamente à pessoa com AVC. Segundo a WHO (2018), o AVC é considerado um grave problema de saúde pública, tanto a nível nacional como mundial. Em 2016, a nível mundial, o AVC foi a segunda causa de morte num total de 15 milhões de mortes. Em Portugal, é

considerada a principal causa de morte, sendo também a principal causa de incapacidade nas pessoas idosas (Cardoso, Raínho & Quitério, 2011), provocando défices motores, sensoriais, comportamentais, preceptivos e da linguagem (Menoita et al., 2014). A pessoa com AVC apresenta, de um modo geral, alterações ao nível da cognição; humor; força muscular; sensibilidade; equilíbrio; postura; marcha e estas alterações condicionam também o autocuidado. É da responsabilidade do EEER, avaliar o impacto que estas alterações originam na pessoa, causando-lhe dependência. Segundo a avaliação da funcionalidade ao nível das AVD, as pessoas com AVC necessitam de ajuda a: alimentarem-se; vestirem-se/despirem-se; higiene pessoal; transferirem-se da cama para a cadeira e vice-versa; uso do sanitário, assim como no andar. A reabilitação tem como objetivos gerais, a recuperação da funcionalidade, a promoção da independência, a reintegração da pessoa no seio familiar e na sociedade e a preservação da auto-estima, com o intuito de que o utente possa manter a qualidade de vida, assegurando que são satisfeitas as necessidades específicas da pessoa (Kelly-Hayes, 2000).

Na avaliação da pessoa com AVC, realizei o exame neurológico, assim como a aplicação das escalas (escala de coma de Glasgow; escala do Medical Research Council para a avaliação da força muscular; escala de Ashworth Modificada; escala de Equilíbrio de Berg; escala de Barthel, de Braden e de Morse), que foram mencionadas anteriormente e, após cada avaliação, negocieei com o respetivo utente um plano de intervenção que fosse ao encontro dos seus objetivos e do seu projeto de saúde, uma vez que a motivação no processo de recuperação aumenta a adoção e a manutenção de comportamentos adequados (Bastos, 2004).

Em relação à reeducação funcional motora 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 os movimentos do lado afetado (Menoita et al., 2014). Para atingir estes objetivos, foram planeadas e executadas diversas técnicas/estratégias de acordo com a situação da pessoa como a facilitação cruzada, posicionamento em padrão anti-espástico, estimulação sensorial, atividades terapêuticas e programa de mobilizações, inicialmente passivas e posteriormente ativas assistidas e resistidas.

No estágio hospitalar tive a oportunidade de prestar cuidados a uma utente com AVC à direita, apresentando hemiparesia à esquerda (apêndice I). Segundo Welmer, Arbin & Holmqvist (2006), verificou-se que um plano de reabilitação que integre a prevenção da espasticidade e o aumento da força muscular através de exercícios musculares passivos e ativos, melhora significativamente o desempenho de AVD como comer e vestir. Baseando a minha prática na literatura, incluí no plano de reabilitação a realização de mobilizações no hemicorpo esquerdo, com o intuito de manter a amplitude, o tamanho das fibras musculares e evitar a espasticidade e contraturas musculares. Inicialmente as mobilizações realizadas à utente foram passivas e ativas assistidas e, posteriormente, com o aumento da força muscular, efetuei mobilizações ativas e ativas resistidas, realizando na cabeça e pescoço movimentos de flexão/extensão, flexão lateral direita/esquerda e rotação; no segmento da escapulo-umeral movimentos de flexão/extensão, adução/abdução e rotação interna/externa; no cotovelo, movimentos de flexão/extensão; no segmento do antebraço, movimento de pronação e supinação. Relativamente ao punho, movimentos de flexão palmar, dorsi-flexão, desvio radial/cubital e circundação; nos dedos da mão realizei movimentos de flexão/extensão, adução/abdução, circundação e oponência do polegar. Em relação às mobilizações realizadas no MI esquerdo, realizei no segmento da coxo-femural, movimentos de flexão/extensão, adução/abdução e rotação interna/externa; na articulação do joelho, movimento de flexão/extensão; na tíbio-társica movimentos de flexão plantar/dorsal, inversão e eversão e no segmento dos dedos do pé, movimentos de flexão/extensão e adução/abdução. As mobilizações foram realizadas de forma gradual, coordenada e repetida, para a formação do engrama motor, respeitando a amplitude articular, o limite da dor e a tolerância da pessoa. De salientar que as mobilizações foram realizadas também no hemicorpo menos afetado, introduzindo alguma resistência, com a intenção de prevenir complicações osteo-articulares e musculares. Este programa foi explicado à utente para que esta compreendesse os seus benefícios e desse modo observasse e pensasse acerca do movimento para se consciencializar do mesmo, participando dentro das suas capacidades, garantindo o seu conforto, posicionamento e alinhamento corporal correto para uma boa execução dos movimentos. Segundo Kottke (1994), o sistema nervoso central necessita de receber várias vezes a mesma informação de forma ordenada para poder torná-la funcional.

Segundo a bibliografia, para que ocorra desenvolvimento muscular, as mobilizações devem ser realizadas duas a três vezes por dia e repetidas, no mínimo, dez vezes em cada movimento. Estes princípios foram respeitados, à exceção da realização de mobilizações duas a três vezes por dia, uma vez que no serviço, apenas dois EEER exerciam funções diretas. Por esse motivo, realizei ensinamentos à pessoa, com o objetivo de esta realizar autonomamente alguns exercícios terapêuticos de acordo com a sua capacidade funcional. Durante as sessões de reabilitação procurei criar um ambiente calmo, para que desta forma a utente pudesse observar e pensar sobre o movimento. Aliás, as alterações neurológicas muitas vezes resultam em défices de atenção, por isso, é uma mais-valia proporcionar um ambiente sem distrações no sentido de conseguir obter o máximo de concentração, participação e conseguir estabelecer uma boa relação terapêutica. No entanto, em ambiente hospitalar, nem sempre foi fácil, pelo facto de a pessoa estar inserida numa unidade de internamento com várias camas e conseqüentemente com outros utentes que queriam utilizar os meios de comunicação (rádio, televisão e computador) como forma de lazer. Contudo, após negociação com os utentes foi possível agilizar esta situação. No término das sessões, a utente era posicionada em posição anti-espástica. O posicionamento em padrão anti-espástico é o primeiro passo na recuperação da pessoa com AVC e deve ser utilizado até à recuperação total (Menoita, et al., 2014). Deste modo, ao intervir, tinha o cuidado de informar ou questionar à pessoa para que lado queria ser lateralizada, de forma a promover o envolvimento da mesma neste processo. O posicionamento em padrão anti-espástico permitiu-me também verificar que tem efeito benéfico no controlo sintomático do tremor. Após o posicionamento, verifiquei o alinhamento corporal dos vários segmentos para garantir que as proeminências ósseas estivessem salvaguardadas da pressão e assegurar que a utente estivesse confortável.

No programa de reabilitação à pessoa com AVC foram incluídas atividades terapêuticas como a automobilização. Esta atividade terapêutica tem como objetivos ajudar a tomar consciência da mão afetada como parte integrante do corpo e a manter o MS em padrão anti-espástico, proporcionando a extensão e abdução dos dedos, a extensão do cotovelo e a elevação da escapulo-umeral (Menoita et al., 2014). A automobilização, para além de evitar as contraturas e atrofas musculares, estimula a reacquisição do tónus e força muscular e ajuda o utente a integrar o hemicorpo

negligenciado, nos casos de *neglect* (Hoeman, 2000). Esta intervenção, numa fase inicial, revelou-se determinante pois pôde ser executada de forma independente pela pessoa ao longo do dia, estado esta em posição deitada ou sentada. Informe também a família e cuidador informal da importância de organizar o ambiente de modo a incentivar a pessoa a agir com base na facilitação cruzada. Assim, os objetos pessoais como o comando de televisão, revistas e mesa de apoio encontravam-se do lado lesado do utente de forma a que este pudesse ter a perceção do lado lesado, criando também um estímulo sistemático. Para além deste ponto, os familiares e cuidador informal foram instruídos a estimular a interação com o utente pelo lado lesado.

Outras atividades terapêuticas foram incluídas no programa de reabilitação e englobaram exercícios de rolar (para o lado afetado e para o lado menos afetado) que permitiram que a pessoa mudasse de posição no leito de forma independente. Para além deste exercício, a ponte, a rotação controlada da anca, a carga no cotovelo do lado afetado e exercícios de equilíbrio (estático e dinâmico), contribuíram para o levantar, transferências e para o treino de marcha controlada. Estes exercícios tiveram uma boa adesão por parte da utente, assim como de outros doentes com hemiplegias. O exercício da ponte permitiu ainda que os utentes participassem no autocuidado de vestir e despir as calças, no auxiliar na mudança da fralda e na colocação da arrastadeira, para além de ajudarem a preparar para a marcha, uma vez que fortalece os músculos da coxa, grandes glúteos e musculatura abdominal (Menoita et al., 2014).

No que concerne aos exercícios de treino de equilíbrio na posição ortostática, foram realizados exercícios em frente a um espelho para facilitar as correções posturais e também exercícios com a pessoa apoiada numa 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, 2017), visando o fortalecimento da musculatura dos segmentos corporais a mobilizar (flexão/extensão e abdução da coxo-femural, flexão do joelho e flexão plantar da tíbio-társica). Na ECCL acompanhei uma utente com o diagnóstico de Isquémia Medular Aguda Dorsal a nível da D7 - D8 e D10 (apêndice II). Desta intercorrência de saúde, a senhora apresentava alterações ao nível da força muscular no MI esquerdo. Na avaliação inicial que realizei, segundo a escala de Medical Research Council, esta utente apresentava força muscular de grau 3/5 no MI esquerdo. Relativamente ao equilíbrio, apresentava na posição sentada, equilíbrio estático e dinâmico eficaz, mas na posição de pé,

apresentava equilíbrio estático eficaz, se apoiada no andarilho, e equilíbrio dinâmico ineficaz, comprometendo desta forma a mobilidade necessária para realizar a marcha. Através dos exercícios de fortalecimento muscular no leito como as mobilizações ativas assistidas e ativas, o rolar e a ponte, a utente foi apresentando aumento da força muscular e, após três semanas, segundo a escala do Medical Research Council, apresentava força muscular de grau 4/5 no MI esquerdo e equilíbrio estático na posição de pé sem apoio, permitindo, realizar exercícios de fortalecimento muscular nesta posição. No domicílio temos que ser criativos e mobilizar os recursos da própria pessoa para realizar os exercícios. Deste modo, pedi à utente, que na posição de pé e apoiada no seu andarilho ao realizar a flexão da coxo-femural, tivesse como objetivo colocar o pé em cima de um banco de apoio. As execuções destes exercícios foram realizadas à frente da sua filha e, deste modo, incentivei a utente a manter a realização dos exercícios no leito e na posição de pé, sempre na presença da sua filha, de forma a dar continuidade aos cuidados e, assim, garantir a manutenção da sua autonomia e capacidade de autocuidado.

Nos dois contextos de ensino clínico, realizei a técnica de transferência da cama para a cadeira de rodas e vice-versa, ensinando ao utente, família e cuidador informal a técnica correta para garantir a segurança dos intervenientes na prevenção de quedas, uma vez que a queda é uma das principais causas de imobilidade, tornando-se essencial prevenir a sua ocorrência, assim como complicações músculo-esqueléticas. Deste modo, ao realizar ensinamentos de transferência, instruí a pessoa a sair da cama pelo lado hemiplégico e a entrarem pelo lado menos afetado, recorrendo, sempre que possível, ao uso de produtos de apoio, como a tábua de transferência. Da mesma forma que, aquando da transferência para a cadeira de rodas, instruí o utente e respetivo cuidador informal para a importância de a cadeira de rodas estar oblíqua ou paralela, travada e sem suporte lateral do MS lesado e com o pedal da cadeira de rodas desviado ou retirado. Já na posição de sentado na cadeira de rodas, incentivei o utente com AVC a realizar a automobilização e a manter os membros superiores apoiados numa superfície de trabalho. No serviço não havia mesa de apoio transparente, uma vez que esta característica iria facilitar a integração do hemicorpo lesado no esquema corporal. Neste âmbito, instruí e treinei o utente a manter o MS afetado sobre a superfície de trabalho em padrão anti-espástico, ou seja, que o cotovelo ficasse em extensão, o antebraço em supinação, o punho e os dedos da mão

em extensão e os pés devidamente apoiados no chão, incentivando, por períodos (consoante a tolerância da pessoa), a cruzar o MI menos afetado sobre o MI lesado, com o objetivo de realizar estimulação por carga e simultaneamente ajudar a corrigir a rotação externa da coxo-femural e evitar a inversão do pé (Menoita et al., 2014). São diversas as vantagens de estar na posição de sentada. Além do utente puder realizar a automobilização, pode também executar AVD, como o autocuidado, conseguindo pentear-se, realizar a higiene oral e colocar creme de rosto. Estas atividades são muito importantes para a pessoa, para que esta se sinta bem, confiante e segura. É fulcral que, aquando destes ganhos e conquistas diários, se dê reforço positivo aos utentes. Como refere Alarcão & Roldão (2010, p. 31), “o feedback está presente como elemento orientador, estimulador e regulador”. Foi notório reparar que os utentes ganham ânimo para conseguir, a cada dia, readquirir as suas capacidades e conseguirem realizar atividades que não conseguiam anteriormente.

O levante e a transferência ao longo dos ensinamentos clínicos foram realizados com e sem recurso a dispositivos de apoio como a tábua de transferência. A transferência da pessoa do leito para a cadeira e posteriormente para a posição de pé, segundo a OE (2013), beneficia o aparelho respiratório num ganho de 7% da capacidade pulmonar total, a par da redução da probabilidade de atelectasias. Para além disso, o levante melhora o sistema cardiovascular, promovendo o aumento do débito cardíaco e reduzindo a formação de êmbolos, enquanto que, a nível gastrointestinal, em resultado da posição vertical, promove a digestão de alimentos. O treino de transferência para a posição bípede ajudou na preparação do treino de marcha, assim como a melhorar o equilíbrio estático e dinâmico na posição de pé.

Ao iniciar o treino de marcha, foi essencial definir metas realistas em conjunto com o utente, família e cuidador informal para assegurar e avaliar a segurança do ambiente, bem como locais/pontos de repouso para a gestão do cansaço, realizando períodos de repouso, caso fosse necessário. Neste sentido, sensibilizei o utente, família e cuidador informal para a gestão de potenciais riscos. Deste modo, alertei para a importância de utilizar calçado, de preferência antiderrapante, fechado e ajustado ao pé para permitir o correto apoio do pé no chão para uma melhor estabilidade. No domicílio alertei que fossem retirados tapetes dos quartos e carpetes dos corredores, ou que estas fossem fixas ao chão. Alertei também para verificarem, antes do treino de marcha, se havia objetos dispersos pelo trajeto da marcha, como

calçado, sacos, peças decorativas, além de certificarem se o chão se encontrava seco, tendo especial atenção quando o utente saísse do banho. A maioria dos utentes, famílias e cuidadores informais compreenderam a informação transmitida e a sua importância, adotando as sugestões, não se verificando quedas durante a realização do ensino clínico. Na ECCI tive a situação de uma utente que tinha degraus entre algumas divisões da casa, porém, esta não conseguia realizar a flexão da coxo-femural acima dos 120°, uma vez que lhe comprometia o equilíbrio e conseqüentemente a marcha. Por este motivo, e de forma a que a utente continuasse a ter independência nas AVD, o seu marido realizou obras em casa, transformando uma garagem num quarto, casa de banho e cozinha. Como menciona Olson (2011), um ambiente acessível é elementar para a funcionalidade na deambulação. Esta mudança teve impacto positivo no projeto de saúde desta utente, pois permitiu-lhe ter mais independência no seu domicílio.

Previamente ao início do treino de marcha, o equilíbrio corporal foi avaliado para definir a necessidade da utilização de auxiliares de marcha e qual a melhor adequação do produto de apoio. Tal como refere Olson (2011), as alterações na marcha requerem que a equipa interdisciplinar avalie a mobilidade e desenvolva um plano para treinar e fortalecer os músculos, os ligamentos e os tendões. A escolha e o uso apropriado dos auxiliares de marcha são muito importantes para a reabilitação da pessoa como para a prevenção de riscos. Quer no hospital quer na comunidade, instruí vários utentes sobre o uso apropriado de auxiliares de marcha como andarilho, canadiana, tripé e bengala assim como na manutenção da cadeira de rodas, tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa para poderem usufruir de maior mobilidade e facilitar na socialização, uma vez que as transferências e a deambulação em casa e nos locais públicos tornam-se num desafio para as pessoas com diminuição ou restrição na mobilidade. Na ECCI, na sequência de cuidados a uma utente, recorri primeiramente ao uso de andarilho e posteriormente ao uso de canadianas, uma vez que esta foi tendo ganhos ao nível da força muscular e equilíbrio corporal dinâmico. Ainda neste contexto, desenvolvi um “trilho” com obstáculos, para que esta pudesse em simultâneo treinar o equilíbrio e a marcha. Em ambos os contextos de ensino clínico realizei também o treino de escadas. Estes treinos têm como objetivo promover a independência ao nível da locomoção e readquirir um padrão automático perdido. Apesar de ter realizado o treino de marcha em ambos os contextos do ensino clínico,

foi na comunidade que mais oportunidades tive de o realizar, uma vez que, ao nível hospitalar, é uma técnica pouco trabalhada por falta de gestão de tempo e de recursos, não permitindo que os utentes, aquando da alta, se sintam preparados para o domicílio. Segundo Petronilho (2007), cada vez mais, o regresso a casa é precoce e os internamentos são mais curtos, não dando espaço para a total recuperação dos utentes e existe uma diminuição de oportunidades para os enfermeiros realizarem ensinamentos antes dos utentes terem alta hospitalar.

Durante o ensino clínico na ECCI verifiquei que as barreiras arquitetónicas são muito frequentes e são os principais entraves à mobilidade das pessoas com dependência. Segundo a OE (2013), a mobilidade é a capacidade que a pessoa tem de interagir com o meio que a rodeia, de uma forma livre e adaptável permitindo-lhe realizar as AVD, bem como satisfazer as necessidades psicossociais inerentes à qualidade de vida. Aquando do estágio, verifiquei que as habitações apresentam espaços pequenos, sem rampas de acesso à entrada do prédio, assim como no interior do domicílio existem degraus para passar a outra divisão e que, por norma, não têm corrimão de apoio ou a largura dos degraus é insuficiente. Neste sentido, foi sugerido às famílias e cuidador informal, a pertinência da adaptação do domicílio para minimizar a ocorrência de acidentes, como as quedas, reforçando a importância de colocar rampas de acesso às divisões ou colocação de corrimões. Foi também percebido que alguns prédios não têm elevador ou se encontram avariados. Estes fatores constituem inibidores para a mobilidade. É primordial promover um ambiente terapêutico para a qualidade de vida da pessoa com deficiência, fazendo com que este seja seguro e acessível. Contudo, percecionei no decorrer do estágio que devido a dificuldades monetárias, nem sempre as pessoas estão recetivas a modificar as divisões da casa ou devido à falta de ajuda familiar não têm oportunidade de alterar o seu espaço físico. A acessibilidade representa a possibilidade de se utilizar com segurança o acesso a edificações, espaços comuns, mobiliário, equipamentos urbanos, entre outros. Considera-se que existe acessibilidade nas construções e espaços públicos quando se eliminam as barreiras que impedem as pessoas com mobilidade condicionada de utilizar os edifícios e estabelecimentos públicos, assim como a via pública e edifícios habitacionais em condições de igualdade perante os outros cidadãos. De acordo com o Decreto-Lei nº 125/2017 de 4 de outubro, é inegável que temos, hoje-em-dia, um território mais acessível. Porém, ainda subsistem

edifícios, espaços e instalações que não satisfazem as condições de acessibilidade. É uma das competências do EEER promover a mobilidade, acessibilidade e a participação social da pessoa com deficiência. Como tal, é prioritário minimizar a limitação da atividade e/ou restrição da participação da pessoa na sociedade atual e projetar a sua reinserção e exercício da cidadania, com o intuito de a capacitar (OE, 2010a). Desta forma, é importante envolver a equipa multidisciplinar e responsáveis da autarquia local, com vista a melhorar os acessos aos edifícios a nível exterior e interior. Estas condicionantes na mobilidade podem potenciar a pessoa a apresentar efeitos da imobilidade, como por exemplo: diminuir a atividade sociocultural e ocupacional, levando ao isolamento social; comprometer a capacidade de aprendizagem e a habilidade para solucionar problemas, assim como, apresentar falta de concentração, motivação e depressão (OE, 2013).

Relativamente à AVD referente à alimentação, pude avaliar as alterações relativas à alteração da deglutição. A disfagia é um problema comum, podendo surgir nas pessoas com AVC. A disfagia mais comum nestas pessoas é a disfagia orofaríngea que se caracteriza pela dificuldade em iniciar a deglutição resultante da diminuição da força, do tónus e/ou da sensibilidade dos músculos da face, da mandíbula e/ou da língua (Menoita et al., 2014). A alteração no processo de deglutição origina um elevado risco de complicações, entre os quais, pneumonia de aspiração, desidratação e desnutrição, o que provoca no utente o medo e receio de comer ou beber, assim como um aumento da mortalidade e de dias de internamento e/ou reinternamentos (Zheng, Li & Liu, 2014). Os pares cranianos responsáveis pela deglutição são V, VII, IX, X, XI e XII e a avaliação destes permitiu-me sinalizar todos os fatores responsáveis pela alteração da deglutição. Deste modo, observei e avaliei o controlo da cabeça na posição de sentada, a simetria da face e dos lábios, assim como a capacidade do utente para fechar os lábios firmemente, e ainda, a simetria interna da boca. Esta avaliação foi complementada pela Escala Gugging Swallowing Screen que caracteriza a natureza e o grau de severidade da alteração da deglutição. Os principais objetivos da reabilitação da pessoa com disfagia são: melhorar o tónus muscular, determinar e avaliar a funcionalidade das partes moles envolvidas no processo da deglutição e estimular as vias aferentes para um reflexo eficaz da deglutição (Menoita et al., 2014). Neste sentido, são várias as abordagens possíveis a adotar, de entre as quais destaco: técnicas posturais, estimulação sensitiva,

mudanças voluntárias na deglutição, exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular, alterações na dieta e cinesiterapia respiratória (Braga, 2017). Durante o estágio prestei cuidados de enfermagem de reabilitação a uma utente com AVC com alteração dos pares cranianos, apresentando compromisso da deglutição e diminuição da força no MS direito (o membro dominante). A minha intervenção passou por instruir a utente a adotar técnicas posturais como a flexão da cervical e a rotação da cervical para o lado afetado, com o objetivo de permitir a adução das estruturas orofaríngeas, aumentado a permeabilização esofágica e em massajar a face parética durante a alimentação (Braga, 2017). O treino de deglutição contribuiu para melhorar a coordenação, a velocidade de reação, o *timing*, o planeamento motor e a amplitude de movimentos das estruturas envolvidas na deglutição (Athukorala, Jones & Sella, 2014), reduzindo, deste modo, o risco de pneumonia de aspiração. Outra intervenção que realizei nesta utente, pelo facto de esta apresentar diminuição da força no MS dominante, foi a instrução e o treino em usar uma colher adaptada, de forma a ter capacidade funcional para se alimentar. Assim, numa primeira fase, o treino com uma colher adaptada permitiu à utente autoalimentar-se com a mão esquerda (a menos afetada) e com a adoção das técnicas posturais da alimentação não se verificou disfagia. Este utensílio adaptado permitiu minimizar a dependência nesta atividade do autocuidado e teve um impacto positivo na vida familiar, emocional e social da utente. 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 para colmatar a diminuição da capacidade funcional da pessoa para se alimentar. Neste sentido, realizei ensinamentos à família e cuidador informal acerca dos diversos produtos de apoio que existem para compensar esta limitação como chávenas e copos recortados; talheres adaptados para facilitar a preensão e o corte dos alimentos; pratos côncavos com proteção lateral para permitir à utente encher a colher sem que os alimentos saiam do prato e o uso de material antiderrapante por baixo do prato para que este não deslize. Para aumentar a força muscular e, por sua vez, melhorar a mobilidade do MS direito, realizei mobilizações com o objetivo que posteriormente a utente se consiga alimentar por mão própria, usando o MS direito.

As alterações dos pares cranianos acima descritos, além de condicionarem a deglutição, também interferem na fala, na comunicação não-verbal e na auto-imagem.

Neste sentido, ensinei, instruí e supervisionei a utente sobre massagem facial e reeducação dos músculos da face com o objetivo de restabelecer a motricidade da face, lábios e língua. Neste seguimento ensinei exercícios que estimulam os recetores propriocetivos e sensoriais, uma vez que melhoram a circulação na zona lesada e, conseqüentemente, elevam o metabolismo celular, estimulando o trofismo muscular (Braga, 2017). Neste âmbito, os exercícios realizados foram os seguintes: “sorrir”, “mostrar os dentes”, “assobiar”, “encher a boca de ar”, “mastigar”, “movimentar a língua para cima e para baixo e lateralizar” e “beber pela palhinha”. Incentivei a utente a executar estes exercícios duas vezes por dia, com o máximo de quinze minutos por sessão, na posição de sentada e em frente a um espelho. Os benefícios destas intervenções fizeram com que a utente melhorasse a motricidade facial, a articulação das palavras, assim como a simetria facial. Estes exercícios permitiram contribuir para a prevenção da disfagia e melhoraram a autoestima da utente quando esta se observava ao espelho, assim como na interação com os familiares.

No contexto hospitalar foi onde pude desenvolver as competências relativamente ao treino da AVD, nomeadamente na higiene pessoal, tomar banho, vestir e despir, especificamente na pessoa com AVC. Neste sentido, com o objetivo de promover a independência e capacitar a pessoa no autocuidado, instruí, treinei e adaptei os ensinamentos ao contexto que esta teria no domicílio. Em ambiente hospitalar, os cuidados de higiene foram realizados em cadeira de duche e em poliban sem nível para a entrada da cadeira. No entanto, a maioria das pessoas a quem prestei cuidados, tinham em sua casa, uma banheira. Por este motivo, instruí a pessoa que deveria entrar na banheira pelo lado do hemicorpo menos afetado e a saída da mesma deveria ser realizada pelo lado do hemicorpo afetado. Tive o cuidado de transmitir que, estando a pessoa numa cadeira de rodas, antes de proceder à transferência para a banheira devia travar a cadeira de rodas, verificar se as rodas dianteiras estavam viradas para a frente e que esta não tinha o apoio de braço do lado da banheira, e que o patim do apoio dos MI se encontrava rebatido. Esclareci às famílias sobre as adaptações necessárias a adotar no domicílio para que fossem ajustadas de acordo às limitações da atividade da pessoa, tendo em consideração as condições habitacionais e socioeconómicas. Assim, informei sobre os produtos de apoio disponíveis para WC, como o alteador de sanita, caso esta seja muito baixa; barras de apoio laterais na sanita, lavatório e na banheira/poliban, pois minimizam os

problemas de equilíbrio; cadeira de banho com calços de borracha para permitir uma maior aderência e aumentar a estabilidade; um tapete antiderrapante no fundo da banheira e um estrado caso haja um desnível entre a banheira e a cadeira de rodas para facilitar a transferência. Instruí as famílias e o cuidador informal para a manutenção de um ambiente seguro durante os cuidados de higiene, ou seja, que o utente deveria verificar a temperatura da água com o lado do corpo não afetado, antes de a colocar no hemitorpo lesado, devido à diminuição da sensibilidade superficial térmica, assim como, manter o piso seco e sem tapetes. É fundamental, desde o início do programa, incentivar a pessoa a lavar o corpo menos afetado e os dispositivos de compensação facilitam nesta atividade, assim, com a utilização da escova de pega comprimida, facilita o utente a lavar o tórax posterior, assim como a cadeira de banho facilita a proceder à higiene dos genitais. No que diz respeito ao autocuidado de vestir e despir, envolvi o utente na escolha da sua roupa diária para o motivar a arranjar-se, mesmo que este permanecesse durante as vinte e quatro horas do dia no mesmo local. Devido à falta de equilíbrio que alguns utentes apresentavam, instruí-os a realizar a atividade de vestir e despir no leito, recorrendo à atividade terapêutica, a ponte. No que se refere ao vestir da roupa, instruí os utentes a vestirem primeiro o hemitorpo afetado e a despirem, em último lugar, esse mesmo lado. No hospital sugeri ao familiar e cuidador informal que realizassem adaptações ao vestuário do utente, devido às limitações que este apresentava, como diminuição da força muscular e da amplitude articular, com o objetivo de facilitar o vestir e despir sem ajuda. Desta forma, as famílias trouxeram roupas largas como camisolas desportivas e fatos de treino, o que permitiu que a roupa deslizasse mais facilmente, devido à sua elasticidade. Também adaptaram as camisas, colocando botões grandes e casas alargadas. Noutros casos, substituíram os botões por fecho *éclair*. Por sua vez, o calçado também foi adaptado, ou seja, as famílias trouxeram sapatos adequados ao tamanho do utente, com boa adaptabilidade, antiderrapante, e os atacadores foram substituídos por fechos com velcro ou elásticos laterais. No caso dos sapatos terem atacadores, foi explicada a técnica de uma só mão para tornar mais fácil a sua utilização. A adaptação é um processo em que os membros da família se esforçam com o objetivo de dar maior estabilidade funcional e aumentar a satisfação do seu familiar (Petronilho, 2007).

Em ambos os contextos clínicos, o treino da motricidade fina foi uma mais-valia para que o utente pudesse ter ganhos ao nível das AVD, alimentação e vestir/despir. No contexto hospitalar, criei uma “almofada de atividades” (apêndice III) idealizada para proporcionar aos utentes a realização de diversos exercícios direcionados para os diferentes tipos de preensão. Deste modo, para a realização do treino da AVD relacionada com o vestir e despir, ao utilizar a almofada, o utente tinha a oportunidade de treinar: a colocação de um cinto, de atar os atacadores, de abotoar uma camisa, de abrir e fechar um fecho, entre outras atividades. Este material de apoio foi muito bem recebido pelos utentes e pela equipa de trabalho que, aquando da minha ausência no serviço, tinham a iniciativa de continuar a dar a almofada aos utentes para que estes pudessem realizar exercícios de estimulação cognitiva e sensoriomotora. No final do estágio, em contexto hospitalar, ofereci esta “almofada de atividades” ao serviço.

Abordando a AVD controlo urinário, as medidas implementadas enquadram-se nas técnicas comportamentais que visam diminuir a frequência da incontinência urinária e estas englobam: treino vesical, treino de hábitos (eliminação vesical com horário definido), micção imediata e exercícios do pavimento pélvico, os quais podem ser coadjuvados pelo recurso ao biofeedback, pela retenção de um cone vaginal ou pela estimulação elétrica, assim como pela educação da pessoa e cuidador informal recorrendo também ao reforço positivo pelos esforços e progressos (Pires, 2000). Em relação à experiência na ECCI, da utente com o diagnóstico de Isquémia Medular Aguda Dorsal a nível da D7 - D8 e D10 (apêndice II), esta apresentava bexiga neurogénica reflexa, ou seja, a pessoa é incapaz de sentir a bexiga cheia e de urinar voluntariamente, apresentando elevados volumes residuais e fraco esvaziamento vesical (Pires, 2000). Contudo, quando iniciei os cuidados de enfermagem de reabilitação à utente, esta já apresentava micções espontâneas controladas. Por períodos, apresentava incontinência urinária transitória (pela restrição da mobilidade) ou incontinência de esforço (aquando da alternância de decúbito e nas transferências), embora que as perdas urinárias fossem, na maioria das vezes, em pequena quantidade. Por esse motivo, uma das estratégias que a utente já tinha adotado (por indicação durante o internamento numa unidade de saúde), foi a realização de algaliação intermitente, com o objetivo de proceder ao esvaziamento da bexiga. Esta técnica permite que as pessoas com alterações neuro-urológicas que

não conseguem esvaziar a bexiga o façam de forma eficaz (Pires, 2000; Andrade, Trêpa & Castro, 2009). Durante o período de tempo que prestei cuidados à utente, não observei a mesma a realizar a técnica. Porém, solicitei à mesma que me explicasse como realizava o procedimento e que realizasse um diário miccional em que escrevesse o método de esvaziamento, a periodicidade da micção, a sensação de vontade de urinar, o volume ingerido e urinado, o volume residual e as perdas urinárias, de forma a avaliar o seu padrão vesical. Assim, constatei que a utente realizava algaliações intermitentes três a quatro vezes por dia, apresentando volumes residuais acima dos setecentos mililitros de urina. Neste sentido, a utente foi instruída a realizar a cateterização vesical entre quatro a seis vezes por dia, iniciando com intervalos de três horas, progredindo até intervalos de seis horas (Andrade et al., 2009; Rocha & Redol, 2017), não apresentando posteriormente, volume residual acima dos quinhentos mililitros (Pires, 2000). As realizações desta técnica predispõem os utentes a um maior risco de infeção urinária (Rocha & Redol, 2017), o que foi o caso desta utente, que durante o ensino clínico apresentou infeções urinárias. Neste contexto realizei ensinamentos sobre a importância de lavar as mãos com água e sabão antes do procedimento, assim como a realizar a higiene dos genitais (no sentido anterior-posterior), antes de realizar a algaliação intermitente. Nesta situação, tive também a oportunidade de instruir a utente a realizar exercícios da musculatura pélvica, também conhecidos como exercícios de *Kegel*. Estes exercícios melhoram a resistência da uretra através das contrações ativas do músculo coccígeo e aumentam o suporte da musculatura das estruturas pélvicas, fortalecendo tanto a musculatura peri-uretral voluntária, como a pélvica (Pires, 2000). Desta forma, instruí a utente a contrair os músculos do pavimento pélvico contando até dez e relaxando-os à posteriori durante o mesmo período de tempo, repetindo o exercício durante dez minutos, três vezes por dia (Pires, 2000; Menoita et al., 2014). Esta utente também apresentou alterações no autocuidado referente ao controlo intestinal, devido à diminuição da mobilidade, apresentando obstipação. Os hábitos intestinais têm que ser bem caracterizados e as mudanças ao nível do padrão intestinal são conseguidas através da educação para a saúde, otimização alimentar e hidratação (Rocha & Redol, 2017). Neste sentido, realizei ensinamentos à utente sobre a importância de um plano alimentar rico em fruta (kiwi, ameixa e sumo de laranja) e fibras (pão integral). Segundo Gender (2000), a adição de fibras na dieta proporciona uma progressão mais rápida das substâncias digeridas,

reduzindo o tempo de trânsito intestinal e aumentando o teor de águas nas fezes. Incentivei também à ingestão hídrica, embora que controlada, devido ao seu padrão vesical. Instruí ainda a utente a aproveitar o reflexo gastrocólico, promovendo a defecação após as refeições e indiquei que massajasse a região abdominal na direção do fluxo intestinal. Para além do que mencionei anteriormente, também realizei ensinamentos sobre a posição correta para evacuar. Desta forma, instruí a utente a sentar-se, uma vez que esta posição fisiológica permite que a gravidade favoreça o peristaltismo e a expulsão das fezes, assim como, a colocar os joelhos ligeiramente acima da anca, de forma a relaxar o músculo puborretal (num ângulo de 60 graus). Para tal, a utente usou um banco sob os pés de forma a elevar os joelhos e inclinou ligeiramente o tronco utilizando a musculatura abdominal com força propulsora no movimento defecatório (Gender, 2000). Com a utilização destas estratégias a utente conseguiu resolver posteriormente o problema da obstipação.

Aquando do internamento da pessoa no hospital, o planeamento do regresso a casa foi iniciado no acolhimento hospitalar com o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar, do utente, da sua família e do cuidador informal. Todas as intervenções planeadas e implementadas no âmbito da reabilitação da pessoa com patologia respiratória e neurológica, visaram cuidar, capacitar e maximizar, tendo em conta o seu projeto de saúde, para que a pessoa com dependência no seu autocuidado pudesse transitar para um estadio menor de dependência, passando assim pelos três sistemas de enfermagem, ou seja, do sistema totalmente compensatório para o sistema parcialmente compensatório ou sistema de apoio-educação, consoante as relações que têm de ser mantidas entre o utente e o EEER (Orem, 2001). O EEER, no âmbito das suas competências, intervém diretamente como educador do familiar e do cuidador informal, transmitindo e desenvolvendo estratégias de cuidados para que possam estar mais aptos a prestar cuidados, com vista a promover o autocuidado e a reintegração familiar e social do utente (Petronilho, 2007).

A pessoa no seu dia-a-dia, participa em diversas atividades, a nível pessoal, familiar, profissional, social e recreativo, mas quando surge uma alteração de saúde que a impossibilita de executar o autocuidado de forma independente, encontra-se numa situação de dependência. No entanto, esta diminuição ou alteração da funcionalidade não implica necessariamente que resulte numa restrição da

participação ou do exercício de cidadania. Neste sentido, é importante reforçar a ideia que independência e autonomia são conceitos distintos. A independência traduz-se na capacidade de executar o autocuidado sem ajuda de terceiros, estando mais direcionada para a capacidade funcional da pessoa, enquanto que o conceito de autonomia se relaciona com a capacidade de decidir o que se quer fazer, ou seja, a tomada de decisões (Cardol, De Jong & Ward, 2002). Ter autonomia é relevante na vida das pessoas e é importante que os EEER tenham este conceito presente na sua prática diária para que promovam a autonomia dos seus utentes no decorrer das suas intervenções. A autonomia é também fundamental para a reabilitação, sendo um pré-requisito para a participação efetiva no processo de reabilitação (Cardol et al., 2002). A prática do EEER centra-se nas capacidades da pessoa, no que esta consegue ou não fazer, e usa a prática baseada na evidência para que a pessoa possa maximizar o seu potencial e alcançar uma melhor qualidade de vida. É com este pensamento que o EEER capacita e maximiza o utente, permitindo-lhe ter o poder de decisão para com o seu projeto de saúde, assim como, dar-lhe a oportunidade e a possibilidade de, através dos meios disponíveis e das suas capacidades, realizar as tarefas do seu quotidiano. Os EEER têm competências para orientar a pessoa para diferentes estratégias e opções, para além de transmitir informações pertinentes sobre o seu estado de saúde e conseqüentemente, o projeto de saúde (Cardol et al., 2002).

O reforço positivo foi e é um estímulo para que o utente e a família iniciem ou mantenham comportamentos saudáveis. Esta constatação foi evidente ao longo do ensino clínico. A capacitação é o cerne do conceito de *empowerment*, que visa atribuir maior controlo sobre a própria saúde. Neste sentido, o EEER ao incentivar a autonomia, está a capacitar e a estimular à participação ativa do utente. Tanto no contexto clínico hospitalar, como na comunidade, foi evidente que o suporte familiar se revelou um facilitador do processo de reabilitação, contribuindo também para a capacitação da pessoa. Verifiquei também que o ambiente domiciliário, o suporte social, a confiança nos profissionais, o autoconhecimento, a capacidade cognitiva e funcional da pessoa e o acesso a serviços de reabilitação facilitam a pessoa nesta fase de transição aquando da dependência no autocuidado. Também a minha intervenção passou por identificar as necessidades de suporte emocional, informativo ou instrumental que o cuidador informal apresentava, com o intuito de interagir com o mesmo, com vista a esclarecer dúvidas sobre a pessoa com dependência e a escutar,

ensinar e instruir sobre técnicas de cuidado, como mobilizações, transferências, cuidados de higiene, vestir/despir e alimentação.

Ao longo do ensino clínico tive a oportunidade de conceber, implementar, avaliar e reformular programas de treino sensório-motor e cardiorrespiratório a utentes com várias patologias, a fim de maximizar a funcionalidade da pessoa, tendo os planos de cuidados contribuído para o desenvolvimento desta competência. É importante salientar a individualização dos planos de cuidados, ou seja, que estes sejam centrados na pessoa, de acordo com as suas limitações, dúvidas, inquietações e preocupações, de modo a fornecer cuidados que vão de encontro às suas necessidades e que os próprios utentes possam ver resultados. A avaliação da capacidade funcional do utente permite ao EEER identificar o potencial que a pessoa apresenta em cada domínio, assim como identificar as suas limitações, fazendo com que seja relevante ajustar as expectativas face à respetiva capacidade funcional. Importa sublinhar que no processo de cuidar, capacitar e maximizar a pessoa com dependência, é importante que haja uma abertura e esclarecimento de informações prestadas aos utentes desde o início do programa. O esclarecimento informado sobre o processo de reabilitação realça a importância que este tem, destacando a autonomia e mantendo as expectativas da pessoa, do familiar e do cuidador informal, dentro dos objetivos realistas. Como refere Menoita et al. (2014), o EEER ao promover o papel ativo da família, desenvolve uma parceria caracterizada pela cooperação e responsabilidade partilhada, favorecendo deste modo o processo de capacitação, ou seja, de *empowerment*.

A monitorização constante da eficácia das intervenções e a colheita dos resultados obtidos através do recurso a escalas de avaliação é determinante na redefinição do plano de intervenção, uma vez que permite reajustar as intervenções planeadas mantendo as expectativas e os objetivos da pessoa, assim como a sua motivação (Pereira, 2009). A avaliação das intervenções ajudou a perceber se efetivamente a minha ação estava em consonância com os objetivos pretendidos, quer a nível académico, quer a nível das expectativas do utente perante o seu projeto de saúde. Desta forma, procedia diariamente ao registo de enfermagem no processo clínico de cada utente. Os registos são fundamentais para a tomada de decisões e é um dever ético e legal registar com objetividade e máximo rigor (Sousa, 2006). A ausência ou insuficiência de registos pode induzir a erros, dificultar a continuidade dos

cuidados, comprometer a investigação e a formação, assim como, não demonstra a visibilidade da função do enfermeiro nos ganhos em saúde. A análise e reflexão dos resultados obtidos permite identificar oportunidades de melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação e influenciar a introdução de mudanças nas políticas e estratégias em saúde (OE, 2011).

### **1.3 Competências desenvolvidas no Cuidar da Pessoa com Demência**

No âmbito das políticas de saúde, as áreas de ação prioritárias definidas no que se refere à pessoa com demência, incluem a sensibilização para diagnósticos precoces; o compromisso de garantia de cuidados de saúde de qualidade; o suporte aos cuidadores; o investimento no treino de profissionais qualificados; a prevenção e o incentivo à investigação. Porém, é na intervenção junto dos familiares e cuidadores que se regista o maior enfoque no investimento por parte da comunidade científica, com o objetivo de diminuir os casos de institucionalização, pois tem sido claramente demonstrado que este aspeto tem benefícios na qualidade de vida das pessoas com demência (Sequeira, 2018).

O diagnóstico de demência pode ser avassalador para o utente e sua família. Na fase inicial da DA, o que mais afeta o utente e o cuidador são as consequências do diagnóstico (Henriques & Ávila, 2017), uma vez que, à medida que a demência avança, são necessários cuidados e assistência permanente. Neste sentido, os enfermeiros devem averiguar os receios, preocupações e emoções da família e do cuidador informal. Devem ainda compreender as solicitações do utente e apoiá-lo nas tomadas de decisão, de forma a envolvê-lo nos cuidados, desde que, o seu estado a nível cognitivo lhe permita tomar decisões de forma autónoma e segura perante o seu projeto de saúde (Rempusheski & Hurley, 2000).

Uma das questões que é abordada na sociedade é o apoio da pessoa com demência no domicílio, uma vez que, no decorrer da doença, a pessoa apresenta diferentes níveis de dependência e de necessidades a nível físico, psicológico, social e económico. Devido a estas circunstâncias é necessário disponibilizar ao familiar e cuidador informal, informação clara e acessível sobre a DA e quais as ajudas existentes. A transmissão de informação pode reduzir a ansiedade e melhorar a

interação com o utente, promovendo uma maior autonomia (Esteves et al., 2016d). Para Schulte et al. (2010), o objetivo da reabilitação é assegurar que o utente permanece seguro, independente e capaz de realizar as AVD pelo maior espaço de tempo possível.

Apesar da manutenção da pessoa no domicílio ser um acontecimento desejado pelos familiares, esta situação pode tornar-se complexa e há que ter em conta diversos fatores como a saúde e o estado funcional da pessoa, em particular a capacidade cognitiva, a segurança da habitação e a possibilidade da realização das tarefas domésticas e AVD. É imprescindível a presença de um suporte familiar atento e disponível às necessidades do utente, assim como, o apoio a nível financeiro. Cada um destes fatores pode constituir um constrangimento incontrolável e suscetível de romper o equilíbrio necessário para a manutenção da pessoa com demência no domicílio. Desta forma, o apoio no domicílio centra-se numa perspetiva de intervenção holística, em que o principal objetivo dos cuidados é manter a pessoa o mais independente possível e minimizar as perturbações do comportamento (Melo, 2005).

Existem primordialmente duas tipologias de intervenção, uma direcionada para os aspetos relacionais/emocionais e outra para a estimulação cognitiva, em que os principais objetivos da intervenção são

promover ou manter a autonomia; melhorar a função cognitiva ou evitar o seu agravamento brusco; melhorar o estado de saúde geral; estimular as capacidades cognitivas; manter a interação com o meio; estimular a identidade pessoal e a autoestima e minimizar o *stress*. (Sequeira, 2018, p.134).

As principais modalidades de intervenção visam potenciar as capacidades que o utente ainda mantém. Estas estratégias podem ser desempenhadas pelo EEER, de modo a cuidar da pessoa com demência, com o objetivo de estimular as suas capacidades cognitivas, funcionais, relacionais e comportamentais.

Cuidar da pessoa com DA exige uma avaliação das suas capacidades e torna-se importante que a avaliação se realize no primeiro contacto com a pessoa e no decorrer da prestação de cuidados, com o objetivo de estabelecer um plano de cuidados que permita um acompanhamento adequado, atualizado e adaptado a cada estadio da DA. Assim, os cuidados do EEER apontam para a maximização das potencialidades da pessoa com demência, através da ajuda e suporte nas AVD, assim

como na instrução da pessoa, familiares e cuidadores sobre técnicas que facilitem o seu desempenho, com vista a minimizar a dependência da pessoa com demência. Os cuidados de enfermagem, numa fase inicial, devem incidir sobre a instrução do cuidador informal relativamente ao cuidar, ou seja, o que este deve fazer, como fazer e quando fazer. Neste âmbito, os enfermeiros devem centrar-se nas necessidades do utente, familiar e cuidador informal, relativamente às lacunas de informação sobre a demência, a gestão do regime terapêutico e a função de ser cuidador. Neste sentido, é essencial que exista uma escuta ativa na comunicação da informação entre o EEER e o cuidador informal, para que esta seja compreendida (Sequeira, 2018).

À medida que a doença evolui, há uma perda progressiva da capacidade para realizar de forma independente as AVD até à completa dependência (Henriques & Ávila, 2017). O EEER, pelo seu perfil de competências, está capacitado para avaliar as alterações cognitivas, funcionais, psicológicas e comportamentais que acompanham a pessoa com demência e, de acordo com a sua avaliação, delinear e implementar um plano de intervenção (Hesbeen, 2003). No decorrer do ensino clínico, implementei cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com DA nos três estadios da doença, tendo por base os pressupostos da Teoria dos Sistemas de Enfermagem da Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem de Orem (2001). Assim, consoante o estadio, pude cuidar, capacitar e maximizar a pessoa com DA (OE, 2010a).

Como refere Sequeira (2010a), o tratamento das demências deve ser adaptado e personalizado a cada situação. Deve-se também ter em consideração que não existem demências, mas sim pessoas com demência. Desta forma, torna-se essencial reconstituir a história de vida da pessoa com DA, porque permite recolher informação importante e pertinente para planear e realizar o plano de cuidados com o objetivo de dar continuidade ao passado, presente e futuro e manter a identidade da pessoa (Melo, 2005). Além de conhecer a história de vida, é também importante conhecer as preferências, desejos, necessidades e capacidades da pessoa com DA, para que, com estas informações, a equipa multidisciplinar possa desenvolver estratégias e atividades, de forma a garantir um cuidado e intervenção personalizada a cada pessoa (McKeown, Clarke & Ingleton, 2010).

Bottino et al. (2002) e Gitlin & Earland (2014) sugerem a intervenção à pessoa com DA no estadio inicial e intermédio, com recurso a programas de reeducação da função cognitiva (estimulação cognitiva, terapia de orientação para a realidade, terapia por reminiscências e terapia de validação); reeducação da função sensório motora; reeducação da função cardiorrespiratória; reeducação da função alimentação; reeducação da função eliminação; suporte psicológico aos familiares e cuidadores e adaptação do ambiente e promoção de um ambiente seguro, assim como a promoção de conforto e controlo da sintomatologia apresentada.

Para Gitlin & Earland (2014), a reabilitação cognitiva permite capacitar as pessoas com DA para que estas se envolvam em AVD, a identificar estratégias específicas para lidar com as dificuldades resultantes das alterações da memória ou noutros domínios cognitivos, utilizando técnicas como a terapia de orientação para a realidade, a terapia por reminiscências, assim como a adaptar o ambiente, de modo a melhorar o funcionamento cognitivo.

No ensino clínico pude intervir ao nível da reeducação da estimulação cognitiva. Segundo Hoe & Thompson (2010), a estimulação cognitiva, dirige-se fundamentalmente à esfera amnésica. Este método é adaptado a cada utente e ao seu estadio, em função dos défices existentes e da deterioração global. Segundo as autoras, esta terapia melhora a memória, a atenção, a linguagem, o raciocínio, o processamento da informação e tem benefícios na interação com as pessoas. Deste modo, realizei exercícios para a estimulação da memória imediata e para a memória recente (de curto prazo), recorrendo a material didático como jogos de memória (apêndice IV). Por sua vez, para a memória remota, utilizei imagens de figuras públicas relevantes, quer na história de Portugal, quer a nível internacional, solicitando ao utente que mencionasse o nome dessa pessoa e qual a área pelo qual ficou reconhecida (apêndice V). Incentivei também os utentes a utilizarem medidas que facilitassem a memorização da informação necessária para o planeamento dos seus dias através da utilização de um bloco de notas, com o propósito de atenuar as dificuldades ao nível da memória e facilitar o desempenho nas suas tarefas diárias. Assim, o utente anotava as tarefas que tinha de realizar ao longo da semana, como por exemplo, o dia de ir às compras, realizando a lista de compras à medida que se lembrava de alguma coisa que precisava; o dia e a hora das consultas (caso tivesse) e o registo, por escrito, das visitas ao domicílio da ECCI e as atividades que tinha que

executar até à próxima visita. No caso em particular de um utente com DA que vivia com a sua esposa, foi uma mais-valia a utilização do bloco de notas, ajudando na reorganização e simplificação das rotinas da semana, estabelecendo hábitos diários, através do planeamento do dia-a-dia, de um modo estruturado e organizado, facilitando o desempenho e o cumprimento de algumas tarefas.

Recorri também à terapia por reminiscências. Esta terapia pretende que o utente reviva eventos passados da sua vida, com o intuito de estimular a memória, melhorar a autoestima e a sua qualidade de vida, facilitando o interesse pelo contato social. Esta técnica permite conhecer melhor a pessoa com demência, e é uma forma do utente se focar em algo positivo e não apenas nas suas fragilidades, ajudando-o na interação com os outros, a melhorar a sua confiança e a ter benefícios a nível cognitivo (Woods et al., 2009). Neste contexto, pedi aos utentes que falassem de eventos importantes do seu passado, com a respetiva data, como por exemplo: o seu nascimento; casamento; nascimento dos filhos; onde nasceu e viveu a sua adolescência; as escolas que frequentou; o nome dos irmãos e sobrinhos. Esta atividade só foi possível com o auxílio dos familiares para confirmarem a data e as ocasiões de forma correta. Num caso em particular na ECCL, ao prestar cuidados a uma utente, foi possível criar um livro de fotografias, onde se encontravam as suas fotografias e das pessoas que lhe eram significativas (pais, irmãos, filhos e netos), com os respetivos nomes, datas de aniversário e locais onde foram tiradas as respetivas fotos. Esta atividade só foi exequível dada a disponibilidade e autorização da sua filha, que desde o início do programa de reabilitação se integrou nas atividades desenvolvidas.

Na minha intervenção à pessoa com DA, utilizei também a terapia de orientação para a realidade. Esta terapia consiste na utilização de informação simples, com o objetivo de ajudar o utente a identificar melhor o tempo, o espaço e a sua habitação, com a finalidade de o manter orientado e evitar que este perca as suas capacidades percetivas (Breuil et al., 1994). Neste sentido, quer no hospital, quer no domicílio, providenciei o acesso a notícias atuais através da leitura de jornais e revistas. Já na ECCL, realizei outras intervenções neste âmbito, solicitando às famílias que colocassem um relógio e um calendário numa divisão da casa (como por exemplo, na cozinha), para que o utente pudesse visualizar a hora, o dia e o mês em que se encontrava. Num caso em particular, houve a possibilidade de colocar sinaléticas nas

divisões da habitação. Assim, na casa de banho, colocou-se uma imagem de uma sanita, na divisão do quarto, a imagem de uma cama e na divisão da cozinha, a imagem de um prato e talheres. Esta estratégia ajudou, por períodos, o utente a orientar-se pela casa com a supervisão da família. Segundo Sequeira (2018), a utilização de sinalização tem como objetivo promover, na medida do possível, um ambiente agradável, estimulante e reduzir o máximo de dependência da pessoa com DA.

As alterações do comportamento podem ocorrer durante o decurso da doença e a maioria das pessoas com DA manifesta, pelo menos, um ou mais sintomas como: agitação; alucinações; delírio; mudanças de humor; alterações da personalidade; depressão; apatia; alterações do sono (Geda et al., 2013); agressividade física e verbal e recusa à adesão ao regime terapêutico (Gitlin & Earland, 2014). Estes sintomas comportamentais têm um efeito negativo sobre o utente, assim como nos seus familiares e cuidador informal, comprometendo a sua qualidade de vida e aumentando a sobrecarga dos cuidadores. O cuidar de pessoas com demência está associado a elevados níveis de stress, insatisfação laboral, sobrecarga física, devido à dependência, e aos distúrbios comportamentais que as pessoas com demência apresentam (Barbosa, Cruz & Figueiredo, 2011). Mesmo os comportamentos passivos, como a apatia, são relatados pela família como fontes de frustração e tristeza (Colling, 2004). Segundo Gitlin & Earland (2014), é essencial compreender a razão pela qual ocorre determinada alteração do comportamento e tentar identificar o fator que possa ter disputado a sua origem. São vários os fatores que podem contribuir para a sua ocorrência, como a existência de dor (em que a pessoa com DA é incapaz de a identificar, compreender ou comunicar os sintomas), as infeções (como por exemplo, as infeções do trato urinário), a desidratação, a obstipação, o cansaço (por alterações no ciclo do sono), o medo e a ansiedade (pela incompreensão das intervenções implementadas), a depressão e as alterações sensoriais. Para a pessoa com DA também as alterações ao nível do ambiente físico podem alterar o seu comportamento, por se tornar confuso, uma vez que se corre o risco de esta não reconhecer o meio como sendo familiar. Segundo Sequeira (2010a, 2018), deve-se evitar as alterações do ambiente, uma vez que potenciam a desorientação da pessoa com DA. Assim, se houver necessidade de realizar alterações ao nível do espaço físico, estas devem ser reduzidas, de forma a minimizar possíveis transtornos em

termos de orientação. Neste contexto, as principais estratégias de intervenção referentes às alterações do comportamento que devem ser desempenhadas pelo EEER, com vista ao bem-estar e à manutenção da funcionalidade da pessoa com DA, são: manter a pessoa ativa tanto quanto possível, de preferência com atividades que o utente goste e que fomentem a estimulação cognitiva e também a manutenção de um ambiente estável e seguro devido ao comprometimento da memória e da dependência funcional. Segundo as orientações internacionais do National Institute on Aging (2017), é importante efetuar a avaliação do ambiente de acordo com o estado funcional, cognitivo e sensorial da pessoa com demência, no intuito de adaptar o ambiente de forma a que este seja seguro. Neste sentido, instruí a família e cuidador informal a remover os obstáculos do espaço físico, a colocar sinaléticas para identificar as divisões da casa, assim como a colocar os objetos mais utilizados à vista. Solicitei que verificassem as condições do piso (se este está seco e se não tem tapetes), de modo a evitar quedas, assim como a utilização de barras de apoio na casa de banho e em zonas com degraus. Incentivei igualmente os familiares a colocarem o telefone num local acessível com os números dos seus familiares.

Também a comunicação com a pessoa com demência é fundamental ter em atenção, uma vez que a pessoa com DA pode apresentar esquecimentos, omissões e ideias repetidas várias vezes durante o dia. No decorrer da doença pode apresentar apraxia do discurso, agnosia e afasia. Já numa fase avançada da DA, a pessoa pode não conseguir pronunciar qualquer palavra, emitindo apenas alguns sons (gemidos). Deste modo, no decorrer do ensino clínico, transmiti várias estratégias aos familiares e cuidador informal de como devem comunicar com a pessoa com DA. Instruí que a comunicação deve ser eficaz, ou seja, deve-se adaptar a comunicação verbal de acordo com a capacidade de expressão e compreensão do utente, assim como falar devagar e utilizar frases simples, curtas, objetivas e familiares, com o objetivo de ser de fácil compreensão, sem cair no erro de usar palavras diminutivas, tom de voz infantilizado e evitar o confronto e o excesso de estímulos. Deve-se também dar mais tempo à pessoa com DA para responder, uma vez que as suas funções cognitivas (memória, atenção, perceção, raciocínio) estão comprometidas. Deste modo, deve-se encorajar a pessoa a falar, permitir que esta compreenda e processe as instruções que estamos a comunicar, evitando provocar-lhe inibição ou constrangimento. Caso a pessoa não responda à questão que lhe foi colocada, é recomendado que se repita a

pergunta exatamente da mesma forma, usando as mesmas palavras e tom, uma vez que lhe irá facilitar o entendimento. Ensinei o familiar e cuidador informal que ao abordar a pessoa devem chamá-la pelo seu nome, como sendo um estímulo que permite fomentar o autopsíquico. A comunicação verbal tem de ser complementada através da comunicação não verbal, do sorriso, toque e olhar. O contacto visual e o toque, quando adequado e pertinente, são importantes na comunicação e na demonstração de afeto. Outra estratégia transmitida aos familiares e cuidador informal é que estes evitem colocar questões abertas, complexas ou dizer “não se lembra?”, pois pode causar ansiedade e frustração na pessoa com DA. Mesmo que esta apresente respostas muito reduzidas e limitadas, deve-se manter a comunicação verbal e não verbal como forma de transmitir segurança, apoio e estimulação. Além disto, deve-se evitar corrigir a pessoa com DA de forma sistemática nas situações em que esta não emprega as palavras corretamente, uma vez que pode apresentar, no decorrer da doença, anomias, parafasias e circunlóquios (Gitlin & Earland, 2014; Sequeira, 2010a, 2018).

Relativamente à reeducação da função sensório motora, planeei e implementei exercícios de coordenação motora para facilitar a execução dos autocuidados, como a alimentação, a higiene corporal e marcha através da prática e repetição, além de treino de equilíbrio e reeducação postural. Henriques & Ávila (2017) reforçam a importância da mobilização precoce na reabilitação motora, através de exercícios terapêuticos de manutenção da amplitude articular e de fortalecimento muscular para facilitar o autocuidado, tendo em conta a funcionalidade da pessoa e a sua competência para determinada tarefa. Quer na ECCL, quer no hospital, tive alguns casos de utentes com DA que apresentavam diminuição da mobilidade articular e diminuição da força muscular. Neste âmbito, implementei programas de mobilizações ativas assistidas e ativas e, de acordo com a tolerância da pessoa, fui introduzindo resistência nas mobilizações recorrendo a garrafas de água de meio litro e posteriormente a pacotes de arroz de um quilo para a mobilização dos segmentos dos MS. Esta intervenção necessitou de várias repetições até que os utentes conseguissem realizar corretamente. Numa situação na ECCL, tive a oportunidade de prestar cuidados a uma utente com diminuição da mobilidade ao nível dos MS, comprometendo a alimentação, o vestir e despir e a higiene pessoal. Para além da diminuição da mobilidade dos MS, esta apresentava alterações ao nível da atenção e

da memória recente de curto prazo. Desta forma, ao prestar cuidados ao nível da reabilitação funcional motora, associei a estimulação cognitiva, uma vez que esta modalidade tem a sua relevância para que os exercícios sejam realizados corretamente. Deste modo, associei estímulos visuais e auditivos nos exercícios de reeducação funcional motora. Assim, à medida que os exercícios foram sendo realizados, pedi à utente que fosse contando o número de repetições. Esta estratégia facilita a neuroplasticidade, em que a combinação da prática mental com a física, conduz a benefícios para a formação do engrama motor, facilitando o armazenamento da memória (Menoita et al., 2014). Ainda, segundo Zanetti et al. (2001), estes referem que o treino da memória obtém melhores resultados se enquadrado no contexto do utente e quando dirigido a défices concretos. Neste sentido, a utente realizou exercícios de amplitude articular e fortalecimento muscular ao nível da flexão, extensão, adução e abdução da escapulo-umeral; a flexão e a extensão do cotovelo; dorsi-flexão e flexão palmar do punho e flexão e adução dos dedos da mão, fazendo a utente segurar e levantar um quilo de arroz. Nesta sequência tive a oportunidade de treinar a coordenação motora dos MS e a motricidade fina através da utilização de feijões e botões, incentivando a pessoa a colocar estes objetos dentro de garrafas de água de litro e meio. No contexto hospitalar, com a utilização da “almofada de atividades”, tive a possibilidade de treinar a coordenação motora e a motricidade fina, através da colocação de molas, de abotoar botões e da colocação de um fio através das casas dos botões.

Na pessoa com DA que se encontrava no estadio final da doença, as intervenções que implementei ao nível da reeducação da função sensório-motora eram orientadas, essencialmente, para a prevenção das complicações derivadas da imobilidade, prevenção de quedas, prevenção de úlceras por pressão e para a realização de exercícios de forma a manter a flexibilidade e amplitude articular, prevenindo anquiloses.

Para os utentes e seus cuidadores, o declínio funcional pode ser um aspeto problemático devido à perda de capacidade para realizar as AVD e, subsequentemente, a necessidade dos cuidados aumenta, uma vez que o utente vai precisar de supervisão ou orientação no decorrer das tarefas, assim como de mais tempo para as realizar (Melo, 2005). É importante avaliar a capacidade funcional da pessoa com DA na realização das AVD através da utilização do Índice de Barthel. A

pessoa com DA tem habitualmente rotinas delineadas aquando da realização das AVD, mas esta pode perder o controlo da execução quando os elementos da família ou cuidadores a substituem ao realizar as tarefas do dia-a-dia por si. Neste sentido, o EEER promove, planeia e executa atividades de acordo com as capacidades e as limitações físicas, cognitivas e psicossociais da pessoa com DA, de forma a realizar atividades que satisfaçam as necessidades da pessoa sem lhe causar exaustão ou frustração. Para além disso, o EEER também promove o bem-estar à pessoa com demência, intervindo de forma holística, ou seja, maximizando as potencialidades e minimizando as limitações da pessoa (Davidhizar & Shearer, 1997).

Assim, no decorrer da realização das AVD, identifiquei quais as dificuldades da pessoa com demência, quer fosse ao iniciar a tarefa, manter a atenção durante a realização da mesma, localizar os objetos, utilizar corretamente os utensílios, terminar a tarefa ou manter a sua segurança. Ao realizar as atividades é importante ajudar o utente a simplificar as mesmas, ou seja, dividir a tarefa em fases de execução e apoiar passo-a-passo, através de orientação verbal, gestual ou ajuda física (mão-na-mão), de acordo com o seu nível de capacidade (Melo, 2005). Este tipo de intervenção foi transmitido aos familiares e cuidadores com DA, contudo alguns não foram recetivos a estas estratégias, referindo que não têm tempo para ajudar o utente. Foi reforçado que quanto mais se substitui a pessoa com DA, mais esta perde as suas capacidades para realizar as tarefas. Santos (2003) refere que é importante que o cuidador informal tenha a perceção de que é preferível deixar a pessoa realizar as tarefas, reservando para o cuidar apenas a orientação ou a substituição nas tarefas em que a pessoa não é capaz de desempenhar, de maneira a que estimule as capacidades que o utente ainda possui. Desta forma, o cuidador informal deve readaptar a sua vida, pelo que necessita de articular o tempo para cuidar e realizar as suas atividades diárias.

Ao nível da AVD alimentação, foi explicado aos familiares e cuidador que a pessoa com DA pode apresentar agnosia e, neste sentido, é importante estarem despertos porque esta pode não se alimentar, pois não reconhece os alimentos ou porque não sabe utilizar os talheres. Nesta situação, incentivei os cuidadores a usarem a estratégia de orientação verbal ou imitação do gesto (Melo, 2005), ou seja, aquando das refeições, sentarem-se à frente da pessoa, para que esta pudesse ver o familiar a levar a colher à boca e, por imitação do gesto, conseguir realizar esta AVD.

Também referi que a pessoa com DA pode apresentar apraxia no estadió inicial e, desta forma, os utentes podem ter a necessidade de ajuda mão-na-mão para iniciar ou completar o gesto, como por exemplo, escovar o cabelo. Neste âmbito, incentivei o cuidador que a escova deve ser colocada na mão do utente e, se este não iniciar o procedimento, deve com a sua mão, guiar o movimento. Quando a ação está a decorrer, pode retirar a sua mão e orientar a pessoa dando uma ordem verbal. Instruí também aos familiares e cuidadores que é importante que a demonstração da tarefa seja exemplificada no local apropriado (Melo, 2005) por exemplo, na casa de banho, executar os gestos de como lavar os dentes, para que deste modo, a pessoa com demência se mantenha a associar a casa de banho à tarefa de realizar a higiene oral. Reforcei que, aquando do término das tarefas desempenhadas pelos utentes, é essencial elogiar e realizar reforço positivo, uma vez que se transmite tranquilidade e satisfação (Melo, 2005).

O maior fator que encontrei e que influenciava negativamente o autocuidado, foi a proteção excessiva por parte do familiar e cuidador informal. De modo inconsciente estes podem, conseqüentemente, desincentivar o autocuidado da pessoa com DA, executando o cuidado pela pessoa. A falta de conhecimentos por parte dos cuidadores informais sobre a DA leva a que, na maioria das situações, considerem que a pessoa não possui capacidade para se autocuidar.

Para Pestana & Caldas (2009) é fulcral envolver o cuidador informal e a família no processo terapêutico desde a fase inicial. Para isso é necessário ajudar as famílias a entender a demência e como gerir o dia-a-dia. Como refere Gitlin e Earland (2014) com o intuito de assegurar a transição das estratégias terapêuticas específicas na rotina diária no domicílio, promover a qualidade de vida da pessoa com DA, assim como do cuidador e familiares e fornecer o feedback sobre o nível de sucesso das intervenções e alterações ocorridas.

A minha intervenção em contexto comunitário à pessoa com DA, teve em conta a reintegração familiar da pessoa. Na maioria das situações em que pude intervir, a pessoa com DA vivia na mesma casa que os seus familiares ou morava perto da área de residência dos mesmos. Nos meios rurais foi notório observar a interajuda, a preocupação e o cuidado entre os vizinhos. Contudo, houve um caso em particular de uma senhora que vivia sozinha e, sempre que a visitávamos, dizia que

se sentia isolada e que não tinha a visita dos familiares, pois ambos os filhos se encontravam a residir no estrangeiro. Esta tinha o apoio do centro de dia, que ia limpar semanalmente a sua casa e levar as refeições principais, mas esta referia que não era a mesma coisa.

No entanto, algo que pude verificar no ensino clínico, aquando da prestação de cuidados à pessoa com DA, é que, frequentemente, a função do cuidador era assumida por uma única pessoa a quem cabe a tarefa de cuidar. Este cuidador é, na sua maioria, um filho ou um conjugue, que tem também as suas próprias limitações funcionais e comorbilidades associadas. Os cuidadores, por vezes, apresentam sobrecarga dos cuidados, uma vez que desempenham funções além das suas capacidades. Estes executam e orientam tarefas complexas que, muitas vezes, não estão habituados a realizar, além de que cuidar de uma pessoa com DA pode ser cansativo, a nível físico e emocional (Neumann & Dias, 2013). O cuidador pode facilmente ficar isolado dos seus contactos pessoais se não tiver a oportunidade de deixar a pessoa ao cuidado de outrem (Henriques & Ávila, 2017). Por este motivo, é importante que os cuidadores realizem pausas regulares para cuidar de si próprios e que executem atividades de lazer para o seu bem-estar (Neumann & Dias, 2013).

Na ECCI tentei implementar estratégias que facilitassem a mudança de papéis exigida pelo défice cognitivo associado à DA. No caso de uma situação em contexto comunitário de uma utente com DA que vivia com a sua filha mais velha e respetivo genro e netos. Esta filha passou a desempenhar a função de cuidadora, tendo sido fundamental conseguir avaliar e identificar o potencial como prestadora de cuidados para assumir esse papel, em termos de resposta emocional, da sua capacidade de *coping* e colaboração. No âmbito da interação social, Sequeira (2010a) refere que a manutenção do convívio é basilar em termos da promoção da saúde mental e do envelhecimento ativo, mas no caso das pessoas com DA, a participação social tende a ser reduzida devido às alterações ao nível da interação. Não obstante a esta situação, deve-se promover e incentivar à participação social (Sequeira, 2010a). Neste sentido incentivei a comunicação da pessoa com DA entre os vários membros da família e sugeri que a pessoa participasse nos eventos familiares, como por exemplo, aquando das refeições, nas atividades de lazer e nas tradições familiares.

A pessoa com demência deve ser incentivada a manter um estilo de vida ativo e saudável, devendo participar em atividades de lazer e ocupacionais, com o objetivo de estimular a função cognitiva e motora, de forma a preservar a funcionalidade e a qualidade de vida (Esteves et al., 2016d). A interação social, por parte da pessoa com DA, pode ser difícil, devido à apatia e aos sintomas depressivos que frequentemente manifestam (Colling, 2004), mas é recomendável que as atividades sejam adaptadas às suas características, interesses, preferências e estadios da doença (Esteves et al., 2016d).

O cuidar da pessoa com demência requer um cuidado otimizado e que decorra num ambiente social que promova a interação entre o utente, a respetiva família e cuidador informal. A dependência progressiva e incurável associada à DA, implica obrigatoriamente o envolvimento da equipa multidisciplinar, da família e do cuidador informal para o planeamento e implementação de cuidados, de modo a conseguir orientá-los para a sintomatologia associada, estadios posteriores da doença, alterações da funcionalidade que sejam previsíveis de ocorrer a curto e médio prazo, fornecendo estratégias e intervenções de modo a minimizá-las e, desta forma, reduzir o seu impacto na rotina e dinâmica familiar. Segundo Henriques e Ávila (2017), os cuidadores que sejam orientados e bem estruturados emocionalmente têm mais possibilidades de dar continuidade ao uso das técnicas de reabilitação cognitiva e, por conseguinte, contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida e a do utente.

A interação com a pessoa com DA, respetiva família e cuidador informal ao longo do ensino clínico foi estabelecida através de uma relação empática e de confiança nos cuidados prestados. Abordei sempre a família e cuidadores com objetivos realistas e específicos, tendo em consideração as preferências do utente, com o princípio de minimizar e diminuir as complicações e limitações e capacitar e maximizar as capacidades para adquirir uma maior independência e autonomia, consoante o seu estadio. Foi importante direcionar e supervisionar a realização das AVD e incentivar os seus respetivos familiares e cuidadores a não substituir a pessoa com demência no seu dia-a-dia, mas sim, dar-lhe tempo para realizar as suas tarefas.

## 2. CONCLUSÕES

As mudanças nas necessidades em cuidados de saúde face aos contextos atualmente existentes como a diminuição da taxa de natalidade, a melhoria na prevenção, controlo e tratamento das doenças e o aumento da esperança de vida, assim como o aumento da prevalência de doenças crónicas e o envelhecimento da população, têm levado a uma reestruturação nos modelos do exercício dos profissionais de saúde, onde também se inclui a profissão de enfermagem (Sousa, 2016). Como refere Paiva & Silva (2007, p. 12), “as necessidades dos cidadãos em cuidados de saúde constituirão a alavanca fundamental às mudanças nos sistemas de fornecimento de cuidados”. Este facto levou a uma alteração nas competências e funções dos enfermeiros, quer pelas alterações das necessidades em saúde da população, quer pela evolução do ensino em enfermagem, como também pelas alterações legislativas do exercício profissional dos enfermeiros devido às novas exigências da sociedade. Estas mudanças têm levado a uma maior valorização dos enfermeiros, que são vistos como profissionais que, na sua prática clínica, tomam decisões com base em evidência científica, tendo em conta uma prática avançada de enfermagem.

A Enfermagem enquanto disciplina e profissão é muito exigente, obriga a um conhecimento muito vasto de diversas áreas e a um investimento contínuo na formação. É fulcral que cada enfermeiro saiba o que está a fazer, como está a fazer e a razão pela qual realiza determinada intervenção de uma forma e não de outra, ou seja, é importante fundamentar as intervenções com base em evidência científica.

Ao longo do relatório evidenciei a importância do EEER no cuidar da pessoa com demência e fui desenvolvendo e aumentando os conhecimentos sobre as intervenções do EEER sobre a especificidade da especialidade de enfermagem em reabilitação e as suas competências, assim como, o reconhecimento e a valorização do trabalho de reabilitação pelos meus pares e por diversos profissionais. De uma forma geral, a implementação do projeto foi exequível em ambos os contextos de estágio, dado que não restringi a temática a uma determinada faixa etária da população alvo ou ao contexto dos cuidados. Assim, todas as intervenções de cuidados constituíram momentos de aprendizagem e de desenvolvimento enquanto futura EEER no âmbito da temática em estudo. O facto de termos a possibilidade de desenvolver o projeto em contexto de ensino clínico no meio hospitalar e comunitário

foi uma mais-valia para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, uma vez que proporciona perspetivas diferentes da intervenção do EEER.

O facto de ter começado primeiramente pelo contexto hospitalar, ingressar de seguida no contexto domiciliário e retornar posteriormente ao ensino clínico em contexto hospitalar permitiu-me estar mais desperta para a preparação da alta dos utentes como: a avaliação das condições habitacionais, socioeconómicas e rede de suporte familiar, ou seja, enquanto futura EEER, de funcionar como elo moderador da equipa multidisciplinar relativamente a temas como: as adaptações que os utentes teriam de realizar no domicílio devido às barreiras arquitetónicas, os temas prioritários a abordar sobre a educação para a saúde, como o cumprimento do regime terapêutico, a alimentação, a cessação tabágica, a importância do exercício físico, a realização das AVD, como o autocuidado e as estratégias a adotar aquando da diminuição da mobilidade, como também as ajudas técnicas a utilizar em cada circunstância. Assim, o que podia ter sido uma dificuldade foi uma mais-valia no processo de aprendizagem. Os locais de estágio permitiram ainda que cumprisse com os objetivos previamente delineados, dada a multiplicidade de experiências que possibilitaram o meu crescimento e desenvolvimento enquanto EEER. Numa visão global, o ensino clínico permitiu-me compreender a complexidade da intervenção do EEER, não limitando a minha intervenção à temática do projeto. Durante o período do estágio curricular, o foco da minha aprendizagem esteve dirigido para a necessidade de adquirir e desenvolver os conhecimentos e técnicas específicas de enfermagem de reabilitação, como também para o desenvolvimento de competências específicas que sustentem uma abordagem à pessoa, família e cuidador informal, tendo em conta o contexto familiar e social. Neste âmbito, o exercício de uma prática avançada, que assenta numa abordagem holística, permitindo dar respostas direcionadas para as necessidades das pessoas, ou seja, que as intervenções realizadas pelo EEER sejam individualizadas.

A relação e a interação com os orientadores e restante equipa interdisciplinar também contribuiu para a aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de competências, assim como para delinear o meu perfil como futura EEER. Tal como a disponibilidade, a partilha de sugestões, correções, conhecimentos e o reforço positivo transmitido por parte do professor orientador no decorrer deste percurso.

As reflexões acerca do meu desempenho com os orientadores de estágio e com o professor ajudaram-me na elaboração deste relatório. O facto de refletir sobre a prática de cuidados, analisar as atitudes e comportamentos, facilitaram-me a organizar e a redirecionar a linha de pensamento, pois permitiram-me identificar dificuldades e a pesquisar novas estratégias para ultrapassar as mesmas, com o foco de melhorar o desempenho, adquirir e desenvolver novos conhecimentos que contribuíram para reformular a minha identidade enquanto profissional. Não obstante, os planos de cuidados ajudaram-me a intervir de forma mais individualizada e objetiva. Tive o cuidado de articular e adaptar a prática com a teórica de enfermagem escolhida, a Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem de Orem, que favoreceu um suporte teórico-prático para o planeamento, execução e avaliação das intervenções, com o objetivo de promover o autocuidado da pessoa tendo em conta as suas limitações, quer seja no foro respiratório, como motor. Esta teoria assume a pessoa como responsável pelo seu autocuidado e evidencia quando há necessidade de intervenção de enfermagem. Sendo as AVD parte integrante do quotidiano da pessoa, as atividades do autocuidado satisfazem as necessidades e exigências de vida do dia-a-dia. Orem (2001) define o autocuidado como a prática de atividades que o indivíduo inicia e desempenha em seu próprio benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar, e muitas vezes, as pessoas que, devido à alteração do seu estado de saúde, apresentam alterações na execução das AVD comprometendo, na maioria dos casos, a independência e requerem conseqüentemente ajuda de cuidadores. Esta situação acaba por atingir não apenas a pessoa, mas também a sua família e o seu meio ambiente. Para o utente, representa a diminuição da autonomia, a dificuldade em realizar o seu autocuidado e atividades de lazer, a alteração na sua mobilidade e independência a nível económico. Por sua vez, para a família, as relações sociais podem ficar alteradas, podendo haver a necessidade de troca de funções a nível de desempenho familiar, necessidades especiais de cuidados e problemas económicos. Para a sociedade, representa a diminuição da produtividade, necessidade de nova reintegração social e custos adicionais dos serviços de saúde.

Um grande desafio foi a elaboração deste relatório, no sentido de conseguir transmitir o máximo de aprendizagens efetuadas ao longo dos ensinamentos clínicos de forma sucinta e com carácter científico. Este trabalho proporcionou-me momentos de reflexão ao longo deste ciclo de estudos, desde os conhecimentos adquiridos nas

unidades curriculares às experiências vivenciadas nos diferentes contextos do ensino clínico à medida que foram sendo desenvolvidas as competências como EEER. A reflexão sobre a aquisição e desenvolvimento de competências baseada no devido suporte teórico foi uma estratégia fundamental na minha aprendizagem, uma vez que promoveu a integração e a avaliação crítica das intervenções que iam sendo realizadas juntos dos utentes em paralelo com o desenvolvimento das competências e aquisição de novos conhecimentos de enfermagem de reabilitação.

A aquisição de novos conhecimentos e aprendizagens deveu-se também à constante pesquisa bibliográfica, quer como impulsionadora de mais conhecimentos, quer como resposta às aprendizagens que fui obtendo. É prioritário que a enfermagem dê relevo à investigação de modo a prestar cuidados baseados na evidência científica, com o objetivo de demonstrar, através da investigação, a eficácia dos cuidados na prática do dia-a-dia. Em todas as situações, prestei os melhores cuidados e executei-os de forma mais correta possível para benefício da pessoa.

Considero que no término do ensino clínico, tenho uma prática e intervenção diferente para com as pessoas, pois encontro-me mais atenta às suas limitações e capacidades, no sentido de as ajudar a adquirir estratégias para que possam ultrapassar as adversidades impostas pela patologia e que consigam capacitar e maximizar as suas capacidades funcionais para que, desta forma, possam melhorar a sua qualidade de vida.

O EEER tem a capacidade de liderança e tomada de decisão, assim como também é gestor de caso. Os seus conhecimentos científicos fazem com que seja também um elemento líder e de ligação perante os outros profissionais. Em ambos os contextos de ensino clínico, pude constatar a autonomia de decisão do EEER. No estágio, em contexto da comunidade, verifiquei que o enfermeiro é autónomo na escolha das intervenções a serem implementadas e, a nível hospitalar, os cuidados de enfermagem do EEER são requisitados, quer pelos seus pares, quer por outros profissionais de saúde, o que contribui para a melhoria dos cuidados prestados.

Considero que tive uma intervenção dinamizadora na continuidade dos cuidados prestados, através da educação para a saúde aos utentes, familiares e cuidadores e através dos registos realizados nas diversas plataformas informáticas,

como também em formato de papel, de modo a preservar a continuidade dos cuidados e permitir o melhoramento dos mesmos.

Os ensinamentos clínicos promovem a aprendizagem, aquisição e desenvolvimento de conhecimentos sobre a realidade do trabalho realizado em diferentes contextos. A variedade de experiências nos diferentes locais de estágio e a elaboração deste relatório possibilitaram esta mobilização, permitindo atingir todos os objetivos planejados no projeto e a adquirir e desenvolver as competências específicas do EEER que tiveram um contributo importante para o meu desenvolvimento profissional e pessoal. A concretização deste trabalho possibilitou-me a mobilização dos saberes específicos da disciplina de enfermagem de reabilitação que são necessários para acompanhar a evolução do estado de saúde das pessoas.

Em suma, considero que foram atingidos os objetivos previamente definidos, uma vez que adquiri e desenvolvi competências como EEER e refleti, ao longo do ensino clínico, sobre o processo de desenvolvimento para uma enfermagem avançada. Para solidificar os conhecimentos de enfermagem de reabilitação, assim como o desenvolvimento das competências do EEER, baseei a minha prática de cuidados em evidência científica, de forma a prestar cuidados de excelência ajustados às necessidades das pessoas. O desafio da enfermagem de reabilitação consiste em coadjuvar a pessoa dependente a adaptar-se e a poder interagir com o meio envolvente para que desempenhe as AVD de forma tão autónoma quanto possível, capacitando e maximizando a sua capacidade funcional. As experiências vivenciadas nos contextos clínicos permitiram-me desenvolver uma visão holística da reabilitação e a compreender e interiorizar a importância da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade para criar bases sólidas para implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados e adaptados à realidade das pessoas, assim como a facilitar a interação com o meio onde o utente está inserido para promover uma melhor autonomia e qualidade de vida.

No meu contexto profissional atual, posso afirmar que o desenvolvimento deste projeto irá trazer contributos para a minha prática de cuidados, quer do ponto de vista individual (isto é, em cuidados que promovam a participação da pessoa com demência capacitando-a para as AVD, como no autocuidado), quer do ponto de vista coletivo, proporcionando momentos de interação, como em atividades com os outros

residentes e a própria família. Neste contexto, o facto de desenvolver as competências enunciadas ao longo do relatório, nomeadamente na transmissão de conhecimentos atualizados, vão permitir dinamizar a equipa de enfermagem e potencializar-me para continuar a ser uma voz ativa na equipa multidisciplinar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, I. & Roldão, M.C. (2010). *Supervisão. Um contexto de desenvolvimento profissional dos professores*. (2ª Edição). Mangualde: Edições Pedagogo, Lda.

Albert, M.S., DeKosky, S.T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H.H., Fox, N.C. ... Phelps, C.H. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 270-279. **Doi:** 10.1016/j.jalz.2011.03.008.

Alexandre, N.M.C. & Rogante, M.M. (2000). Movimentação e transferência de pacientes: aspetos posturais e ergonómicos. *Revista da Escola de Enfermagem de São Paulo*, 34(2), 165-173. **Doi:** 10.1590/S0080-62342000000200006.

Alzheimer's Disease International (2014). *World Alzheimer report 2014- dementia and risk reduction- an analysis of protective and modifiable factors*. London: Alzheimer's Disease International. Acedido em: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2014.pdf>

Alzheimer's Disease International (2015). *World Alzheimer report 2015- the global impact of dementia- an analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. London: Alzheimer's Disease International.

Alzheimer's Disease International (2016). *World Alzheimer report 2016 - improving healthcare for people living with dementia - coverage, quality and costs now and in the future*. London: Alzheimer's Disease International.

American Psychiatric Association (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (5ª edição), Lisboa: Climepsi Editores.

Andrade, M.J., Trêpa, A., Castro, A. & Gonçalves, S. (2009). Caracterização de infeções urinárias numa unidade de lesões medulares. *Acta Médica Portuguesa*, 22(3), 215-222. Acedido em: 12/03/2019. Disponível em: <http://repositorio.chporto.pt/handle/10400.16/606>

Araújo, F., Ribeiro, J.L.P., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66. Acedido em: 03-03-2019. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/15740>

Araújo, I., Paúl, C. & Martins, M. (2011). Living older in the family context: dependency in self-care. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 45(4), 869-875. **Doi:** 10.1590/S0080-62342011000400011.

Athukorala, R.P., Jones, R.D., Sella, O. & Huckabee, M.L. (2014). Skill training for swallowing rehabilitation in patients with Parkinson's disease. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(7), 1374-1382. **Doi:** 10.1016/j.apmr.2014.03.001.

Barbosa, A. L., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A. & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(1), 119-129. Acedido em: 13-09-2018. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862011000100008](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862011000100008)

Bastos, F.S. (2004). *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2: participação das pessoas no plano educacional* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Bewernitz, M.W., Mann, W.C. & Dasler, M.A. & Belchior, P. (2009). Feasibility of machine-based prompting to assist persons with dementia. *Assistive Technology*, 21(4), 196-207. **Doi:**10.1080/10400430903246050.

Bottino, C.M.C., Carvalho, I.A.M., Alvarez, A.M.M.A., Avila, R., Zukauskas, P.R., Bustamante, S.E.Z. ... Camargo, C.H.P. (2002). Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: relato de trabalho em equipe multidisciplinar. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 60(1), 70-79. **Doi:** 10.1590/S0004-282X2002000100013.

Braga, R. (2017). Reeducação da deglutição. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 263-270). Loures: Lusodidacta.

Breuil, V., Rotrou, J.D., Forette, F., Tortrat, D., Ganansia-Ganem, A., Frambourt, A. ... Boller, F. (1994). Cognitive stimulation of patients with dementia: preliminary results. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(3), 211-217. **Doi:**10.1002/gps.930090306.

Cardol, M., De Jong, B.A. & Ward, C.D. (2002). On autonomy and participation in rehabilitation: a response. *Disability and Rehabilitation*, 24(18), 1001-1004. **Doi:**10.1080/09638280210152094.

Cardoso, A.T., Raíno, J.M.C., Quitério, P.C.M., Cruz, V., Magano, A.M.O. & Castro, M. (2011). Avaliação clínica não-invasiva de disfagia no AVC – revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (nº5), 135-143. Acedido em: 10-01-2019. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn5/serIIIIn5a14.pdf>

Cerejeira, J., Lagarto, L. & Mukaetova-Ladinska, E.B. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology*, 3(73), 1-21. **Doi:**10.3389/fneur.2012.00073.

Coelho, C., Barros, H. & Sousa, L. (2017). Reeducação da função sensoriomotora. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 227-251). Loures: Lusodidacta.

Collière, M.F. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.

Colling, K.B. (2004). Special section—behavioral symptoms of dementia: their measurement and intervention: caregiver interventions for passive behaviors in dementia: links to the NDB model. *Aging & Mental Health*, 8(2), 117-125. **Doi:**10.1080/13607860410001649626.

Cordeiro, M.D.C.O. & Menoita, E.C.P.C. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência.

Curtis, E. & O'Connell, R. (2011). Essential leadership skills for motivating and developing staff. *Nursing Management*, 18(5), 32-35. **Doi:**10.7748/nm2011.09.18.5.32.c8672.

Davidhizar, R. & Shearer, R. (1997). Helping the client with chronic disability achieve high-level wellness. *Rehabilitation Nursing*, 22(3), 131-134. **Doi:**10.1002/j.2048-7940.1997.tb02082.x.

Davis, L.A., Hoppes, S. & Chesbro, S.B. (2005). Cognitive-communicative and independent living skills assessment in individuals with dementia: a pilot study of environmental impact. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 21(2), 136-143. **Doi:**10.1097/00013614-200504000-00009.

Decreto-Lei n.º 101/2006 (2006). A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. *Diário da República, Série I - A* (N.º 109/2006 de 06-06-2006), 3856-3865. ELI: <http://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>.

Decreto-Lei nº 125/2017 (2017). Regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais. Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. *Diário da República, I Série* (Nº 192/2017 de 04-10-2017), 5592-5594. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/125/2017/10/04/p/dre/pt/html>.

Del Ser, T., Mckeith, I., Anand, R., Cicin-Sain, A., Ferrara, R. & Spiegel, R. (2000). Dementia with Lewy bodies: findings from an international multicentre study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(11), 1034-1045. **Doi:**10.1002/1099-1166(200011)15:11<1034::AID-GPS231>3.0.CO;2-5.

Direção-Geral da Saúde (2005). *Carta dos direitos do doente internado*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em: 13-06-2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/?ci=201&ur=1&newsletter=46>

Direção-Geral da Saúde (2009). *Orientações técnicas sobre reabilitação respiratória na doença pulmonar obstrutiva crónica*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: 01-02-2019. Acedido em: <https://www.dgs.pt/?cr=14938>

Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa nacional para as doenças respiratórias 2017*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 01-02-2019. Disponível em: [https://www.google.pt/search?ei=-HxUXOmPMePRgweY1bC4DA&q=doen%C3%A7as+respirat%C3%B3rias+em+numeros+2017&oq=Portugal+%E2%80%93+Doen%C3%A7as+Respirat%C3%B3rias+em+n%C3%BAmoros+%E2%80%93+2015&gs\\_l=psy-ab.1.1.0i71l8.0.0..20318...0.0..0.0.0.....0.....0.gws-wiz.B8oUssyvs2A](https://www.google.pt/search?ei=-HxUXOmPMePRgweY1bC4DA&q=doen%C3%A7as+respirat%C3%B3rias+em+numeros+2017&oq=Portugal+%E2%80%93+Doen%C3%A7as+Respirat%C3%B3rias+em+n%C3%BAmoros+%E2%80%93+2015&gs_l=psy-ab.1.1.0i71l8.0.0..20318...0.0..0.0.0.....0.....0.gws-wiz.B8oUssyvs2A)

Erickson, K.I., Weinstein, A.M. & Lopez, O.L. (2012). Physical activity, brain plasticity, and Alzheimer's disease. *Archives of Medical Research*, 43(8), 615-621. **Doi:**10.1016/j.arcmed.2012.09.008.

Esteves, P.S., Albuquerque, E. & Cerejeira, J. (2016a). Demência vascular. In H. Firmino, M.R. Simões & J. Cerejeira (Coords.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (pp. 349-360). Lisboa: Lidel.

Esteves, P.S., Albuquerque, E. & Cerejeira, J. (2016b). Demência com Corpos de Lewy. In H. Firmino, M.R. Simões & J. Cerejeira (Coords.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (pp. 335-348). Lisboa: Lidel.

Esteves, P.S., Albuquerque, E. & Cerejeira, J. (2016c). Demência frontotemporal. In H. Firmino, M.R. Simões & J. Cerejeira (Coords.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (pp. 321-333). Lisboa: Lidel.

Esteves, P.S., Albuquerque, E. & Cerejeira, J. (2016d). Doença de Alzheimer. In H. Firmino, M.R. Simões & J. Cerejeira (Coords.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (pp. 349-360). Lisboa: Lidel.

Etters, L., Goodall, D. & Harrison, B.E. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(8), 423-428. **Doi:**10.1111/j.1745-7599.2008.00342.x.

Frank, S., Santos, S.M.A.D., Assmann, A., Alves, K.L. & Ferreira, N. (2007). Avaliação da capacidade funcional: repensando a assistência ao idoso na saúde comunitária. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, 21, 123-134. Porto Alegre. Acedido em: 30-01-2019. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4816>

Gatens, C. & Musto, M. (2011). Cognição e comportamento. In S. P. Hoeman (Autor). *Enfermagem de reabilitação – prevenção, intervenção e resultados Esperados*, 4ª Edição (pp. 551-578). Loures: Lusodidacta.

Geda, Y.E., Schneider, L.S., Gitlin, L.N., Miller, D.S., Smith, G.S., Bell, J. ... Lyketsos, C.G. (2013). Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: past progress and anticipation of the future. *Alzheimer's & Dementia*, 9(5), 602-608. **Doi:**10.1016/j.jalz.2012.12.001.

Gender, A.R. (2000). Regulação e eliminação intestinal. In S.P. Hoeman (Autor), *Enfermagem de reabilitação – processo e aplicação* (pp. 489-514). Loures: Lusociência.

Gitlin, L.N. & Earland, T.V. (2014). Improving quality of life in individuals with dementia: the role of nonpharmacologic approaches in rehabilitation. *Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange*, 1-22. Center for International Rehabilitation Research Information & Exchange.

Gorelick, P.B. (2004). Risk factors for vascular dementia and Alzheimer disease. *Stroke*, 35(11), 2620-2622. **Doi:**10.1161/01.STR.0000143318.70292.47.

Gronkiewicz, C. & Coover, L. (2011). Reabilitação respiratória e pulmonar. In S.P. Hoeman (Autor), *Enfermagem de reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados, 4ª Edição* (pp. 319-350). Loures: Lusodidacta.

Hebert, L.E., Scherr, P.A., Bienias, J.L., Bennett, D.A. & Evans, D.A. (2003). Alzheimer disease in the US population: prevalence estimates using the 2000 Census. *Archives of Neurology*, 60(8), 1119-1122. **Doi:**10.1001/archneur.60.8.1119.

Heitor, M.C., Canteiro, M.C., Ferreira, J.M.R., Olazabal, M. & Maia, M.O. (2017). *Reeducação funcional respiratória*. (3ª ed.). Lisboa: Boehringer Ingelheim.

Henriques, C.M.A.D. & Ávila, R.F.A. (2017). A pessoa com demência: uma perspetiva da reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 587-604). Loures: Lusodidacta.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital – enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Camarate: Lusociência.

Hoe, J. & Thompson, R. (2010). Promoting positive approaches to dementia care in nursing. *Nursing Standard*, 25 (4), 47-56. **Doi:**10.7748/ns2010.09.25.4.47.c8001.

Hoeman, S.P. (2000). *Enfermagem de reabilitação – processo e aplicação*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Iranzo, A., Tolosa, E., Gelpi, E., Molinuevo, J.L., Valldeoriola, F., Serradell, M. ... Santamaria, J. (2013). Neurodegenerative disease status and post-mortem pathology in idiopathic rapid-eye-movement sleep behaviour disorder: an observational cohort study. *The Lancet Neurology*, 12(5), 443-453. **Doi:**10.1016/S1474-4422(13)70056-5.

Jack Jr., C.R., Albert, M., Knopman, D.S., McKhann, G.M., Sperling, R.A., Carillo, M. ... Phelps, C.H. (2011). Introduction to the recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 257-262. **Doi:**10.1016/j.jalz.2011.03.004.

Jellinger, K.A. (2007). The enigma of vascular cognitive disorder and vascular dementia. *Acta Neuropathol*, 113(4), 349-388. **Doi:**10.1007/s00401-006-0185-2.

Johnson, J.K., Diehl, J., Mendez, M.F., Neuhaus, J., Shapira, J.S., Forman, M. ... Miller, B.L. (2005). Frontotemporal lobar degeneration - demographic characteristics of 353 patients. *Archives of Neurology*, 62(6), 925-930. **Doi:**10.1001/archneur.62.6.925.

Jones, S.A.V. & O'Brien, J.T. (2013). The prevalence and incidence of dementia with Lewy bodies: a systematic review of population and clinical studies. *Psychological Medicine*, 44(4), 673-683. **Doi:**10.1017/S0033291713000494.

Kelly-Hayes, M. (2000). Avaliação funcional. In S.P. Hoeman (Autor), *Enfermagem de reabilitação – processo e aplicação* (pp. 161 – 172). Loures: Lusociência.

Kottke, F. (1994). Exercício terapêutico para desenvolvimento da coordenação neurológica. In F. Kottke & J. Lehmann. *Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen*. (4ªed) (Vol 1, pp. 439-465). São Paulo: Editora Manole.

Larson, J.L., Johnson, J.H. & Angst, D.B. (2000). Função respiratória e reabilitação pulmonar. In S.P. Hoeman (Autor), *Enfermagem de reabilitação – aplicação e processo, 2ª edição* (pp. 392-433). Loures: Lusociência.

Loewenstein, D.A., Acevedo, A., Czaja, S.J. & Duara, R. (2004). Cognitive rehabilitation of mildly impaired Alzheimer disease patients on cholinesterase inhibitors. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(4), 395-402. **Doi:**10.1176/appi.ajgp.12.4.395.

McCormack, B. (2004). Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3a), 31-38. **Doi:**10.1111/j.1365-2702.2004.00924.x.

McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T. & Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), 148-158. **Doi:**10.1111/j.1748-3743.2010.00219.x.

McKhann, G.M., Knopman, D.S., Chertkow, H., Hyman, B.T., Jack Jr., C.R., Kawas, C.H., ... Phelps, C.H. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 263-269. **Doi:** 10.1016/j.jalz.2011.03.005.

Melo, G. (2005). Apoio ao doente no domicílio. In A. Castro-Caldas & A.D. Mendonça (Coords), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp.183-198). Lisboa: Lidel.

Menoita, E.C., Sousa, L.M.D., Alvo, I.B.P. & Vieira, C.M. (2014). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecimento resiliente*. Loures: Lusociência.

Ministério da Saúde (2018). *Retrato da saúde 2018, Portugal*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 01-02-2019. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/retrato-da-saude-2018/>

Moniz, J.M.N. (2003). *A Enfermagem e a pessoa idosa – a prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência.

Morris, M.C., Evans, D.A., Tangney, C.C., Bienias, J.L. & Wilson, R.S. (2006). Associations of vegetable and fruit consumption with age-related cognitive change. *Neurology*, 67(8), 1370-1376. **Doi:**10.1212/01.wnl.0000240224.38978.d8.

Nakatsuka, T., Imabayashi, E., Matsuda, H., Sakakibara, R., Inaoka, T. & Terada, H. (2013). Discrimination of dementia with Lewy bodies from Alzheimer's disease using voxel-based morphometry of white matter by statistical parametric mapping 8 plus diffeomorphic anatomic registration through exponentiated Lie algebra. *Neuroradiology*, 55(5), 559-566. **Doi:**10.1007/s00234-013-1138-9.

National Institute on Aging (2017). Home safety hecklist for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Related Dementias. Education & Referral Center (ADEAR)*. Acedido em 28-01-2019. Disponível em: <https://www.nia.nih.gov/health/home-safety-checklist-alzheimers-disease>

Neary, D., Snowden, J.S., Gustafson, L., Passant, U., Stuss, D., Black, S. ... Benson, D.F. (1998). Frontotemporal lobar degeneration - a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology*, 51(6), 1546-1554. **Doi:**10.1212/WNL.51.6.1546.

Neumann, S.M.F. & Dias, C.M.D.S.B. (2013). Doença de Alzheimer: o que muda na vida do familiar cuidador?. *Revista Psicologia e Saúde*, 5(1), 10-17. Acedido em: 09-04-2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v5n1/v5n1a03.pdf>

Nolan, M.R., Davies, S., Brown, J., Keady, J. & Nolan, J. (2004). Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3a), 45-53. **Doi:**10.1111/j.1365-2702.2004.00926.x.

Norma nº 053/2011 (2011). Abordagem terapêutica das alterações cognitivas. Direção-Geral da Saúde. *Norma nº 053/2011 de 27/12/2011*, (Nº 053/2011 de 27/12/2011), 1-21. Acedido em: 26-05-2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/?cr=21530>

Nyenhuis, D.L., Gorelick, P.B., Geenen, E.J., Smith, C.A., Gencheva, E., Sally Freels, S. & Toledo-Morrell, J. (2004). The pattern of neuropsychological deficits in vascular cognitive impairment-no dementia (vascular CIND). *The Clinical Neuropsychologist*, 18(1), 41-49. **Doi:**10.1080/13854040490507145.

Olson, R.S. (2011). Função Musculoesquelética. In S.P. Hoeman (Autor), *Enfermagem de reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados*, 4ª Edição (pp. 411-442). Loures: Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boas práticas – cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 11-12-2018. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe\\_estatuto2016\\_versao03-05-17.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf)

Orem, D.E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6ª ed.). St. Louis: Mosby.

Organização Mundial da Saúde (2004). Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em 10-01-2019. Disponível em: [http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF\\_port\\_%202004.pdf](http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf)

Ozbabalik, D., Arslantas, D. & Elmaci, N.T. (2012). The epidemiology of vascular dementia. *Geriatrics*, 41-50. Acedido em: 15-10-2018. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/95c8/c84195ff29a629dbb96511fcb43cbb905a65.pdf>

Paiva & Silva, A. (2007). “Enfermagem avançada”: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina”. *Servir*, 55(1-2), 11-20.

Paixão Júnior, C.M. & Reichenheim, M.E. (2005). A review of functional status evaluation instruments in the elderly. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 7-19. **Doi:** 10.1590/S0102-311X2005000100002.

Pamplona, P. & Morais, L. (2007). Treino de exercício na doença pulmonar crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 13(1), 101-128. **Doi:**10.1016/S2173-5115(07)70325-1.

Pereira, F.M.S. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros - estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Pestana, L.C. & Caldas, C.P. (2009). Cuidados de enfermagem ao idoso com demência que apresenta sintomas comportamentais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(4), 583-587. **Doi:**10.1590/s0034-71672009000400015.

Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.

Petronilho, F.A.S. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.

Pickering-Brown, S.M. (2007). The complex aetiology of frontotemporal lobar degeneration. *Experimental Neurology*, 206(1), 1-10. **Doi:** 10.1016/j.expneurol.2007.03.017.

Pires, M. (2000). Eliminação e continência vesical. In S.P. Hoeman (Autor), *Enfermagem de reabilitação – processo e aplicação* (pp. 453 – 487). Loures: Lusociência.

Portaria n.º 50/2017 (2017). Alterações ao processo de referenciação decorrentes da segunda alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada e republicada pela Portaria n.º 50/2017, de 2 de Fevereiro. Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. *Diário da República, Série I* (N.º 24/2017 de 02-02-2017), 608 – 629. ELL: <http://data.dre.pt/eli/port/50/2017/02/02/p/dre/pt/html>.

Potter, P.A. & Perry, A.G. (2006). *Fundamentos de enfermagem – conceitos e procedimentos*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.



Sequeira, C. (2010b). Cuidar de idosos com dependência mental: do processo de transição à aquisição de competências. In L. Sá (Coord.), *Do diagnóstico à intervenção em saúde mental: II congresso internacional da SPESM* (pp.56-64). [s.l.]: 989-96144.

Sequeira, C. (2018). Cuidar de idosos com dependência física e mental. (2ª edição atualizada). Lisboa: Lidel.

Serra, M.N. (2013). *Aprender a ser enfermeiro. A construção identitária profissional por estudantes de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Sidani, S., Streiner, D. & LeClerc, C. (2011). Evaluating the effectiveness of the abilities-focused approach to morning care of people with dementia. *International Journal of Older People Nursing*, 7(1), 37-45. **Doi:**10.1111/j.1748-3743.2011.00273.x.

Silva, E.A.R. (2014). Otimização da terapêutica inalatória. In M.D.C.O. Cordeiro (Autor), *Terapêutica inalatória: princípios, técnicas de inalação e dispositivos inalatórios* (pp. 121-129). Loures: Lusodidacta.

Silva, M.G.M. (2002). A demência: novo desafio para a intervenção e investigação em enfermagem. *Servir*. 50 (1), 21–23.

Snowden, J.S., Neary, D. & Mann, M.A. (2002). Frontotemporal dementia. *British Journal of Psychiatry*, 180, 140-143. Acedido em: 3-10-2018. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/frontotemporal-dementia/02AF5924A14AB81F82DF425830539000>

Sperling, R.A., Aisen, P.S., Beckett, L.A., Bennett, D.A., Craft, S., Fagan, A.M. ... Phelps, C.H. (2011). Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 280-292. **Doi:**10.1016/j.jalz.2011.03.003.

Soares, S.M.D.T.P. & Carvalho, C.R.R.D. (2009). Intolerância ao exercício em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista Ciências Médicas Campinas*, 18(3), 143-151. Acedido em: 30-01-19. Disponível em: [https://www.google.com/search?ei=nt9SXXKL1G4uqUKzLktAM&q=intoler%C3%A2ncia+ao+exerc%C3%ADcio+em+pacientes+com+doen%C3%A7a+pulmonar+obstrutiva+doi&oq=intoler%C3%A2ncia+ao+exerc%C3%ADcio+em+pacientes+com+doen%C3%A7a+pulmonar+obstrutiva+doi&gs\\_l=psy-ab.3...1692310.1693157..1693960...0.0..0.499.1009.0j2j1j0j1.....0....1..gws-wiz.....0i22i30.962PyqdtuGw](https://www.google.com/search?ei=nt9SXXKL1G4uqUKzLktAM&q=intoler%C3%A2ncia+ao+exerc%C3%ADcio+em+pacientes+com+doen%C3%A7a+pulmonar+obstrutiva+doi&oq=intoler%C3%A2ncia+ao+exerc%C3%ADcio+em+pacientes+com+doen%C3%A7a+pulmonar+obstrutiva+doi&gs_l=psy-ab.3...1692310.1693157..1693960...0.0..0.499.1009.0j2j1j0j1.....0....1..gws-wiz.....0i22i30.962PyqdtuGw)

Sousa, P.A.F.D. (2006). *Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde*. Coimbra: Formasau.

Sousa, P.A.F.D. (2016). Do conceito de enfermagem de prática avançada à enfermagem avançada. In R.S.D. Silva, I.S. Bittencourt & G.P.D.N. Paixão (Orgs.) (2016). *Enfermagem avançada: um guia para a prática* (pp. 29- 46). [s.l.]: Editora Sanar

Srikanth, S. & Nagaraja, A.V. (2005). A prospective study of reversible dementias: frequency, causes, clinical profile and results of treatment. *Neurology India*, 53(3), 291-296. Acedido em: 12-11-2018. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/9f34/abbbb43f5d47ec9760143cc689ff2496163e.pdf>

Staekenborg, S.S., Su, T., Straaten, E.C.W.V., Lane, R., Scheltens, P., Barkhof, F., Flier, W.M.V.D. (2010). Behavioural and psychological symptoms in vascular dementia; differences between small- and large-vessel disease. *Journal Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 81(5), 547-551. **Doi:**10.1136/jnnp.2009.187500.

Tanner, C.A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education* 45(6), 204-211. Acedido 29-12-2018. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Thinking-like-a-nurse%3A-a-research-based-model-of-in-Tanner/717a68a5a2eca79a95c1e05bd595f9c10efdeafa>

Taylor, S.G. (2004). Teoria do défice do auto-cuidado de enfermagem. In A.M. Tomey & M.R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua obra* (pp. 211-235). Loures: Lusociência.

Townsend, M.C. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica – conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. (6ª Edição). Loures: Lusociência.

Varanda, E.M.G & Rodrigues, C.A.F (2017). Avaliação da pessoa com alterações da função cognitiva: avaliar para educar e readaptar. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coords), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 145-158). Loures: Lusodidacta.

Velloso, M. & Jardim, J.R. (2006). Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica e técnicas de conservação de energia. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 32(6), 580-586. **Doi:**10.1590/s1806-37132006000600017.

Welmer, A.K., Arbin, M.V., Holmqvist, L.W. & Sommerfeld, D.K. (2006). Spasticity and its association with functioning and health-related quality of life 18 months after stroke. *Cerebrovascular diseases*, 21(4), 247-253. **Doi:**10.1159/000091222.

Wentzel, C., Rockwood, K., MD; MacKnight, C., Hachinski, V., MD; Hogan, D.B., Feldman, H. ... McDowell, I. (2001). Progression of impairment in patients with vascular cognitive impairment without dementia. *Neurology*, 57(4), 714-716. **Doi:**10.1212/WNL.57.4.714.

Woods, R.T, Bruce, E., Edwards, R.T., Hounscome, B., Keady, J., Moniz-Cook, E.D. ... Russel, I.T. (2009). Reminiscence groups for people with dementia and their family carers: pragmatic eight-centre randomised trial of joint reminiscence and maintenance versus usual treatment: a protocol. *Trials*, 10(64), 1-10. **Doi:**10.1186/1745-6215-10-64.

World Health Organization (2015). *The epidemiology and impact of dementia - current state and future trends*. Geneva: World Health Organization. Disponível em:

[http://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/dementia\\_thematicbrief\\_epidemiology.pdf](http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf)

World Health Organization (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision (ICD-10)*. World Health Organization. Acedido em: 10-07-2017. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F00>

World Health Organization (2017a). Dementia. *World Health Organization*. Acedido em 10-06-2018. Disponível em: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

World Health Organization (2017b). *Global action plan on the public health response to dementia 2017 – 2025*. Geneva. World Health Organization. Acedido em: 30-08-2017. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/action\\_plan\\_2017\\_2025/en/](http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/action_plan_2017_2025/en/)

World Health Organization (2018). *The top 10 causes of death*. World Health Organization. Acedido em 09-01-2019. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Zanetti, O., Zanieri, G., Giovanni, G.D., Vreese, L.P.D., Pezzini, A., Metitieri, T. & Trabucchi, M. (2001). Effectiveness of procedural memory stimulation in mild Alzheimer's disease patients: a controlled study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 11(3-4), 263-272. **Doi:**10.1080/09602010042000088.

Zheng, L., Li, Y. & Liu, Y. (2014). The individualized rehabilitation interventions for dysphagia: a multidisciplinary case control study of acute stroke patients. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 7(10), 3789-3794. Acedido em 15-02-2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4238493/pdf/ijcem0007-3789.pdf>

**APÊNDICES**



## **Apêndice I**

### Plano de Cuidados I





**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
**Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

**Estágio com Relatório**

**Estudo de Caso**

**Ana Cristina Nunes Monteiro**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
**Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

**Estágio com Relatório**

**Estudo de Caso**

**Ana Cristina Nunes Monteiro**

**Professor Orientador: Professor Doutor Miguel Nunes Serra**

**Enfermeiro Orientador: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação [REDACTED]**

[REDACTED]  
**Março de 2018**



## **LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CIPE - Classificação Internacional da Prática de Enfermagem

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

IMC – Índice de Massa Corporal

MIE – Membro Inferior Esquerdo

MIF - Medida de Independência Funcional

MSE - Membro Superior Esquerdo

## ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	6
<b>1. AVALIAÇÃO INICIAL.....</b>	<b>8</b>
<b>1.1. Identificação da Utente.....</b>	<b>8</b>
<b>1.2. História Pessoal.....</b>	<b>11</b>
<b>1.3. Internamentos.....</b>	<b>13</b>
<b>1.4. Medicação no Domicílio.....</b>	<b>14</b>
<b>2. AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1. Exame Neurológico .....</b>	<b>14</b>
2.1.1. Estado Mental.....	14
2.1.2. Pares Cranianos .....	17
2.1.2. Motricidade.....	21
2.1.3. Sensibilidade.....	25
2.1.4. Equilíbrio e Marcha.....	25
<b>2.2. Avaliação do Risco de Queda .....</b>	<b>25</b>
<b>2.3. Avaliação do Risco de Úlcera Por Pressão .....</b>	<b>27</b>
<b>2.4. Avaliação da Funcionalidade ao Nível das Atividades de Vida Diária .....</b>	<b>28</b>
2.4.1. Escala de Barthel.....	28
2.4.2. Medida de Independência Funcional.....	30
<b>3– PLANO DE CUIDADOS .....</b>	<b>32</b>
<b>APÊNDICES</b>	

Apêndice I - Reavaliação da Força Muscular da D.<sup>a</sup> M. G.G.B.– Escala do Medical Research Council

Apêndice II - Reavaliação da Sensibilidade Superficial da D.<sup>a</sup> M. G.G.B.

Apêndice III - Reavaliação do Equilíbrio da D.<sup>a</sup> M. G.G.B.

Apêndice IV - Reavaliação do Risco de Queda– Escala de Morse

Apêndice V - Reavaliação do Risco de Úlcera Por Pressão da D.<sup>a</sup> M. G.G.B.

Apêndice VI - Reavaliação da Avaliação da Funcionalidade das Atividades de Vida Diária - Escala de Barthel

Apêndice VII - Reavaliação da Avaliação da Funcionalidade das Atividades de  
Vida Diária - Medida de Independência Funcional

Apêndice VIII - Almofada de Atividades

## Índice de Quadros

Quadro 1 - Escala de Glasgow .....	15
Quadro 2: Escala do Medical Research Council .....	21
Quadro 3: Escala Modificada de <i>Ashworth</i> .....	24
Quadro 4: Escala de Morse .....	26

## INTRODUÇÃO

No decorrer do ensino clínico, em contexto de internamento hospitalar, num Hospital Central de Lisboa, foi proposto a realização de um plano de cuidados. Este foi construído com base na Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE) e na Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem.

Segundo Orem (2001), a Teoria do Défice do Autocuidado da Enfermagem é uma Teoria Geral composta por três teorias relacionadas: a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Taylor, 2002). Neste trabalho debruçei-me a desenvolver o plano de cuidados tendo em conta a Teoria dos Sistemas de Enfermagem – Sistema Parcialmente Compensatório. Como refere Petronilho (2012) o autocuidado prestado pelo enfermeiro é aceite pela pessoa e a função deste é compensar algumas tarefas do autocuidado que a pessoa não é capaz de realizar por si só. Estas tarefas de autocuidado dependem das limitações resultantes da condição de saúde do utente ou de prescrições médicas; dos conhecimentos técnico-científicos; de habilidades exigidas e da força de vontade do utente para desempenhar ou aprender atividades. Deste modo, a responsabilidade do enfermeiro ou do utente que vai efetuar as atividades de autocuidado é variável, uma vez que, tanto o enfermeiro como o utente podem ter o papel principal no desempenho das atividades de vida diária (AVD).

Neste contexto, tive a oportunidade de realizar um plano de cuidados à D.<sup>a</sup> M.G.G.B., uma utente com o diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC) à direita, apresentando hemiparesia à esquerda.

Para avaliar o seu nível de dependência nas AVD, assim como os riscos a que está sujeita, foram usadas algumas escalas como: a escala de Glasgow; a escala de avaliação da força muscular (Medical Research Council), a escala Modificada de Ashworth, a escala de Morse, a escala de Braden, a escala de Barthel e a Medida de Independência Funcional (MIF).

Como é mencionado no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) no artigo 4º “as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação são:

- a) cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; b) capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania e c) maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Este trabalho está dividido em quatro partes: Introdução; Avaliação Inicial; Avaliação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Plano de Cuidados.

## **1. AVALIAÇÃO INICIAL – 01/03/2018**

### **1.1. Identificação da Utente**

Nome: M.G.G.B.

Idade: 46 anos de idade

Data de Nascimento: 12/03/1972

Estado Civil: Casada há 29 anos, em união de facto

Nacionalidade: Portuguesa

Etnia: Cigana

Escolaridade: Analfabeta

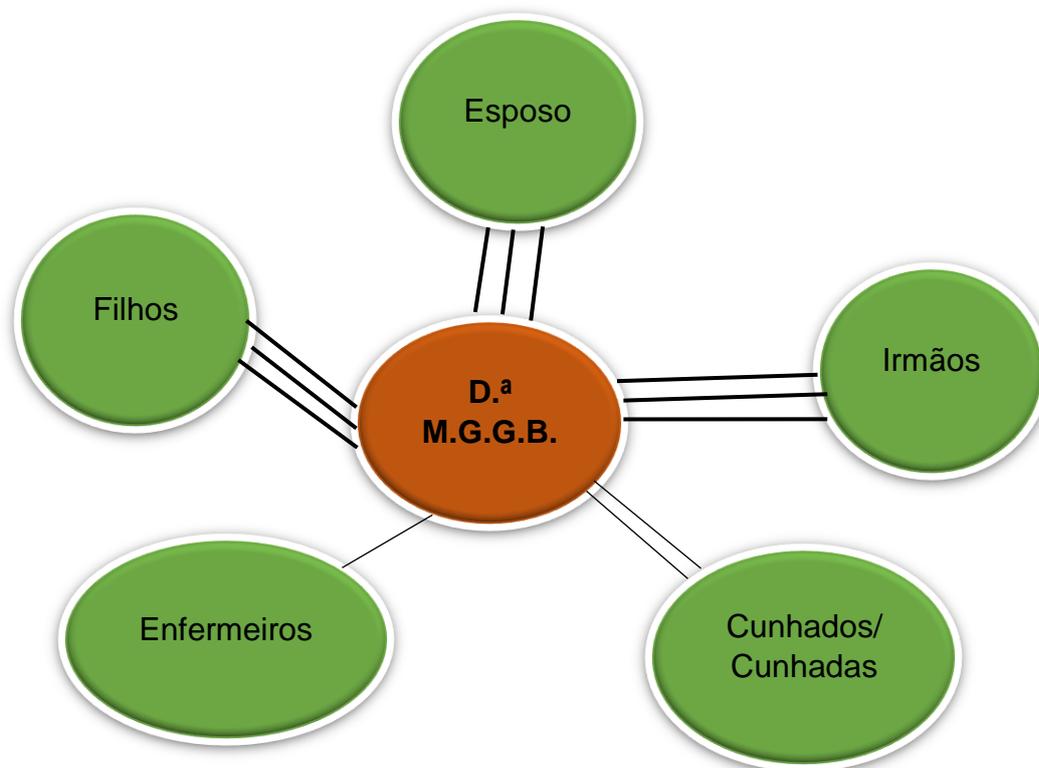
Segundo a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. frequentou a escola primária durante 2 anos, mas por ter tido dificuldades económicas e também por falta de interesse em estudar desistiu da escola. Não sabe ler nem escrever. Apenas escrever o seu nome.

Profissão: Feirante. Segundo a própria costuma vender diversos artigos de roupa e utensílios para a casa. Desloca-se de transportes públicos a diversos locais da grande zona de ██████ para vender os seus artigos.

Agregado Familiar: Vive com seu o marido. Refere ter uma boa relação e que este a ajuda nas atividades domésticas. Têm 3 filhos (um rapaz de 23 anos de idade e duas raparigas com 18 e 27 anos de idade). Já é avó e têm 5 netos (2 netos do seu filho de 23 anos de idade e 3 netas da sua filha de 27 anos de idade).

Apesar dos seus filhos já não morarem consigo, residem perto da sua residência, o que a facilita em termos de interajuda familiar. Segundo a D.<sup>a</sup> M.G.G.B., o seu núcleo familiar é constituído pelos seus filhos e irmãos (7 irmãos), estes são muito presentes e quando há algum acontecimento de transição na família como por exemplo: nascimentos, falecimentos ou doença são uma família unida.

-Ecomapa da D.<sup>a</sup> M.G.G.B.:



<u>Legenda:</u>	<b>Intensidade da Relação</b>
=====	Vínculo Forte
=====	Vínculo Moderado
=====	Vínculo Superficial
<b>Nota:</b> O fluxo de energia é simétrico.	

Habitação:

Reside num bairro pertencente à região de █████. Mora num prédio, no 4º andar, com 4 assoalhadas. Refere que a casa é grande e tem bastante espaço, que é arejada e não tem humidade. Mencionou que o prédio não fica situado perto de fábricas industriais potenciadoras de poluição para a atmosfera. Apesar do prédio ter elevador, este encontra-se avariado há alguns meses.

A D.<sup>a</sup> M.G.G.B. mencionou que sentiu dificuldades no autocuidado de higiene pessoal, uma vez que a casa de banho tem banheira. Foi com a ajuda do seu marido que conseguiu transferir-se, mas com muita dificuldade.

Aquando da entrevista com a D.<sup>a</sup> M.G.G.B., questioneei sobre a importância das adaptações a realizar na casa de banho, para a facilitar durante a realização da higiene pessoal. A utente referiu que vai realizar obras na casa de banho, de forma a mudar a banheira para poliban. Alertei a utente para a importância de colocar uma cadeira de duche e uma tábua de transferência para conseguir transferir-se da cadeira de rodas para a cadeira de duche e, nas paredes do duche, colocar um apoio de parede para conseguir sentar-se e levantar-se, de modo a obter uma menor dependência na AVD higiene pessoal.

Em relação ao quarto, esta refere que a cama se encontra no meio da divisão, o que vai facilitar na transferência do leito para a cadeira de rodas e vice-versa. O facto de as divisões da casa serem grandes, vai permitir uma maior mobilidade para a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. se deslocar entre as divisões do domicílio e, conseqüentemente, ter uma maior independência.

Condições Socioeconómicas: A D.<sup>a</sup> M.G.G.B. encontra-se neste momento sem trabalhar devido a esta situação de saúde. O seu marido trabalha na mesma área, neste momento, é o único a ter rendimentos.

Centro de Saúde: Unidade de Saúde da região de [REDACTED]. Por norma não vai com regularidade ao médico e, conseqüentemente, não realiza com frequência exames complementares de diagnóstico, como análises clínicas. Sempre que se encontra numa situação aguda, em última instância é que dirige ao serviço de urgência, cumprindo posteriormente as indicações fornecidas pela equipa médica.

Rede de Apoio/Suporte Social: 2 a 3 vezes por semana vai ter sessões de fisioterapia no domicílio.

Intervenção da Enfermagem de Reabilitação: Durante o internamento hospitalar realizou Reabilitação Funcional Motora.

## 1.2 História Pessoal

A D.<sup>a</sup> M.G.G.B. tem 45 anos de idade, é uma senhora consciente, orientada na pessoa, tempo e espaço. Calma e com boa autoestima em relação ao seu estado de saúde, é determinada e com atitude positiva perante as dificuldades da vida. A nível profissional, sempre trabalhou na área comercial, como feirante.

Ao nível da sua estatura, tem 1 metro e 52 cm de altura e 95 kg de peso corporal (23/02/2018), tendo um Índice de Massa Corporal (IMC) de 41,1 (Obesidade de Grau III). Referiu que o seu peso médio é de 90 kg de peso corporal (IMC= 39 - Obesidade Grau II). Este aumento deve-se ao facto que nos últimos 3 meses ter permanecido mais tempo no domicílio para cuidar dos netos, para que os seus filhos pudessem ir trabalhar.

Têm 3 filhos, com 18, 23 e 27 anos de idade, respetivamente. Desde 2016 que vive apenas com o seu marido, uma vez que todos os seus filhos já estão a morar com os seus companheiros.

Tem como diagnóstico clínico AVC do território da artéria cerebral média à direita. Como antecedentes pessoais apresenta: hipertensão arterial há cerca de 5 anos e diabetes mellitus tipo II, há cerca de um ano. A D.<sup>a</sup> M.G.G.B. transmitiu-me os conhecimentos que a enfermeira do Centro de Saúde realizou aquando da educação para a saúde, com o objetivo de a informar sobre a doença e que adaptações ao seu estilo de vida deveria adotar, relativamente à alimentação, exercício físico e gestão terapêutica. Durante a entrevista consegui certificar que a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. compreendeu a informação transmitida pela enfermeira, no entanto, refere não ter muito cuidado com a alimentação e em relação à gestão terapêutica, quando tem os valores de glicémia controlados, nem sempre toma a medicação diariamente.

Apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas. Apresenta pele íntegra.

Desconhece/nega alergias medicamentosas ou alimentares.

Anteriormente a esta situação de doença era uma pessoa independente nas AVD. Não apresentava nenhuma limitação motora. No entanto, quando a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. contactou os bombeiros para encaminhá-la ao hospital, teve que sair do prédio com apoio de dois bombeiros em cadeira de rodas, devido à diminuição da força no hemicorpo esquerdo.

A avaliação dos pares cranianos responsáveis pela deglutição (V, VII, IX, X, XI e XII) permitiu-me avaliar se havia alguma alteração ao nível desta AVD. Deste modo, observei e avaliei o controlo da cabeça e pescoço na posição de sentada, a simetria da face e dos lábios, assim como a capacidade da utente para fechar os lábios firmemente, e ainda, a simetria da língua e da úvula. Esta avaliação foi complementada pela Escala Gugging Swallowing Screen que caracteriza a natureza e o grau de severidade da alteração da deglutição. Após esta avaliação conclui que a utente não apresenta disfagia a líquidos e a sólidos e que consegue alimentar-se por mão própria.

Segundo a avaliação da força muscular com recurso à escala do Medical Research Council, a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. apresenta força muscular de 3/5 ao nível de todos os movimentos do segmento da escapulo-umeral (flexão/extensão, adução/abdução e rotação interna/externa), do cotovelo (flexão e extensão), do antebraço (pronação e supinação), do punho (flexão palmar, dorsi-flexão, desvio radial e cubital e circundação), dos dedos da mão (flexão/extensão, adução/abdução, circundação e oponência do polegar). Ao nível da força muscular no membro inferior esquerdo (MIE), apresenta ao nível da coxa femural no movimento de flexão, força muscular de 3+/5, da extensão (4/5), adução/ abdução e rotação interna/externa força muscular de 3/5. Ao nível do segmento do joelho, no movimento de flexão (3+/5) e extensão (4/5). Ao nível do segmento da tibiotársica, em todos os movimentos (flexão plantar/dorsal e inversão/eversão), apresenta força muscular de 3/5. Ao nível do segmento dos dedos dos pés em todos os movimentos (flexão/extensão e adução/abdução) apresenta força muscular 2+/5. A diminuição da força ao nível do MIE limita a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. nas transferências e na marcha, deslocando-se, neste momento, de cadeira de rodas, com ajuda de terceiros.

Apresenta controlo do esfíncter vesical e anal. Desloca-se em cadeira de rodas, com o auxílio de terceiros, para a casa de banho e requer ajuda para se transferir para a sanita e vice-versa.

### 1.3. Internamentos

- 1º Internamento (A D.<sup>a</sup> M.G.G.B. não soube especificar a data):

Esteve internada num hospital da região de Lisboa para ser submetida a uma intervenção cirúrgica (abdominoplastia) devido ao excesso de peso, com o intuito de remover a gordura e a pele em excesso no abdómen.

Mencionou que posteriormente a esta intervenção cirúrgica sentiu-se melhor em termos de autoestima, da mobilidade, na realização das suas atividades domésticas e AVD, mas no decorrer dos anos foi novamente aumentando o seu peso e sente novamente dificuldade em realizar algumas tarefas do seu quotidiano.

- 2º Internamento (23/02/2018 a 2/03/2018):

No dia 21/02/2018 a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. estava com o seu marido e quando iam a sair do carro sentiu uma diminuição da força muscular no hemicorpo esquerdo e desequilíbrio. Dirigiu-se às urgências de um hospital da região de Lisboa e realizou exames complementares de diagnóstico tais como:

- Tomografia Computadorizada Crânio-Encefálica (que revelou: “Sem densidades hemáticas intra ou extra-axiais. Sem lesões vasculares isquémicas territoriais, com evolução recente ou lesões focais com efeito de massa. Hipodensidades lacunares nos núcleos lenticulares. Não há sinais de hidrocefalia nem desvios da linha média.”

Dado os resultados dos exames complementares de diagnóstico, a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. teve alta hospitalar.

Dois dias depois, por os sintomas persistirem (diminuição da força muscular no hemicorpo esquerdo, desequilíbrio e incapacidade para realizar a marcha), dirigiu-se novamente ao Hospital e repetiu os seguintes exames complementares de diagnóstico:

- Tomografia Computadorizada Crânio-Encefálica que revelou: “lesão hipodensa intraparenquimatosa “de novo” interessando a região capsular direita com extensão à coroa radiaria, que condiciona discreta moldagem do sistema ventricular adjacente, e está em provável relação com isquémia recente do território da artéria cerebral média homolateral. Não se identificam sinais seguros de hematomas intracranianos agudos.

Sistema cisternal permeável. Sem hidrocefalia. Sem desvios significativos das estruturas medianas”

Devido a este resultado ficou internada até ao dia 2/03/2018.

#### 1.4 Medicação no Domicílio

Medicamento	Dose	Via	Hora
Metformina	500 mg	Oral	1 comprimido ao Almoço e Jantar
Glicazida	30 mg	Oral	1 comprimido ao Pequeno-almoço
Nifedipina	30 mg	Oral	1 comprimido ao Pequeno-almoço
Losartan	50 mg	Oral	1 comprimido ao Jantar

Ao abordar a gestão do regime terapêutico, a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. referiu a medicação que toma diariamente, sem ter dúvidas da dosagem e da hora da medicação. Referiu que toma a medicação anti hipertensora todos os dias, mas que os antidiabéticos orais, nem sempre os toma diariamente, justificando-se “quando os valores da glicémia estão controlados, não tomo a medicação” (sic).

## 2. AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO – 1/03/2018

### 2.1. Exame Neurológico

#### 2.1.1. Estado Mental

##### - Estado de Consciência:

A Escala de Coma de Glasgow define o nível de consciência mediante a observação do comportamento, baseando-se num valor numérico. É o sistema de pontuação mais utilizado internacionalmente para avaliação de utentes em coma, no entanto é usada para classificar o estado de vigília. A escala foi criada para padronizar as observações clínicas de adultos com traumatismo crânio-encefálico em estado grave, com alterações da consciência. A escala de coma de Glasgow avalia a reatividade do utente mediante a observação de 3 parâmetros: abertura ocular, melhor resposta verbal e melhor resposta motora. Cada componente dos 3 parâmetros recebe uma pontuação, o seu total varia de 3 a 15.

Segundo a aplicação da Escala de Glasgow a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. apresenta score 15, como se observa no quadro abaixo (Quadro 1):

**Quadro 1:** Escala de Glasgow

Variáveis		Score	Avaliação de 01/03/2018
<b>Abertura Ocular</b>	Abertura Espontânea	4	4
	Abertura com estímulos verbais	3	
	Abertura com estímulos dolorosos	2	
	Resposta ausente	1	
<b>Resposta Verbal</b>	Orientada	5	5
	Confusa	4	
	Palavras inapropriadas	3	
	Sons Ininteligíveis	2	
	Resposta ausente	1	
<b>Resposta Motora</b>	Obedece a comandos verbais	6	6
	Localiza Estímulos	5	
	Retirada Inespecífica	4	
	Padrão Flexor	3	
	Padrão Extensor	2	
	Resposta ausente	1	
<b>Total:</b>			<b>15</b>

Fonte: Adaptado de Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC. contributos para um envelhecimento resiliente*. Loures: Lusociência

- **Estado de Orientação**: orientada auto e alopsiquicamente.
- **Atenção**: utente vígil, não apresentou diminuição da capacidade para manter o foco durante a entrevista e nas atividades que realizou.
- **Memória**: sem alterações na memória sensorial, imediata, recente e remota. Para avaliar:
  - a memória imediata: solicitei à D.<sup>a</sup> M.G.G.B. que mencionasse 3 objetos não relacionados entre si e pedi para os repetir imediatamente;
  - a memória recente:
    - o De curto prazo: solicitei à D.<sup>a</sup> M.G.G.B. que guardasse 3 palavras (“vassoura, pente e colher”) e pedi passados 5 minutos que voltasse a mencionar estas 3 palavras;

- De longo prazo: pedi à D.<sup>a</sup> M.G.G.B. que me dissesse quais as suas refeições na véspera (pequeno-almoço, almoço e jantar);
- a memória remota: questioneei a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. sobre eventos importantes passados na sua vida (data do seu aniversário, nascimento dos seus filhos, data do seu casamento). Estas informações foram atestadas pelo seu marido.
- **Capacidades Práticas**: Ao nível do hemisfério esquerdo estão alteradas, devido à hemiparesia esquerda, mas no hemisfério direito consegue executar gestos simbólicos (o sinal da cruz) e gestos icónicos, quer transitivos (levar o copo à boca, escovar os dentes), quer intransitivos (dizer adeus, assobiar).
- **Neglicência Hemiespacial Unilateral**: A D.<sup>a</sup> M.G.G.B. não evidencia neglicência na prova “de barragem” e na prova de cópia de desenho espontâneo (relógio com ponteiros).
- **Linguagem**:
  - apresenta discurso espontâneo: o teste de fonação e ressonância (aaaah); a função dos lábios (pa pa pa); a função da língua (ta ta ta) e a função da laringe posterior (ca ca ca) sem alterações;
  - apresenta compreensão do discurso: cumpre comandos simples e mais complexos: pedido para segurar a escova de cabelo com a mão esquerda e posteriormente solicitado para tocar com a mão esquerda no nariz e posteriormente no joelho direito.
  - não apresenta alterações na nomeação: por confrontação visual foram mostrados 5 objetos (copo, garfo, caneta, tesoura e borracha) e acertou 5/5;
  - não apresenta alterações ao nível da repetição: foi solicitado que repetisse palavras simples (anel, sol, frio), palavras complexas (elevador, escova, arco-íris) e por fim frases (“o ar condicionado está ligado”, “hoje vai chover em Portugal”) não se verificaram alterações em termos da repetição;
  - em relação à escrita: foi pedido à D.<sup>a</sup> M.G.G.B. para escrever apenas o seu nome, que o fez de forma correta, sem erros ortográficos, não tendo sido solicitado para escrever palavras simples ou frases, uma vez que esta tinha informado previamente que não sabia ler nem escrever. Assim, a avaliação referente à leitura e linguagem elaborada não foi avaliada pelo motivo supracitado.

## 2.1.2. Pares Cranianos

<b>Pares Cranianos</b>		<b>01/03/2018</b>
<b>I – Olfativo</b>	Solicitar à D. <sup>a</sup> M.G.G.B. que de olhos fechados, identificasse os odores de modo bilateral (canela e café).	Apresenta parosmia
<b>II – Ótico</b>	<p>Avaliar a <u>acuidade visual</u> bilateralmente, pedindo à D.<sup>a</sup> M.G.G.B para fechar um dos olhos e fazer a contagem dos dedos a várias distâncias.</p> <p>Avaliar o <u>campo visual</u>: dar a indicação à D.<sup>a</sup> M.G.G.B. para fechar um dos olhos e saber até que ângulo consegue observar um dedo. Realizar a avaliação de forma bilateralmente.</p> <p>(Um campo visual normal começa externamente a 60°, em relação à linha média e a 40° da linha nasal para dentro).</p>	Acuidade Visual e Campo Visual Mantidos
<b>III – Oculomotor</b>	<p>Avalia-se em simultâneo os três pares cranianos, assim deve-se:</p> <p>-Avaliar a resposta pupilar através de estímulo luminoso.</p>	Apresenta isocoria.
<b>IV – Troclear/Patético</b>		
<b>VI- Motor Ocular Externo</b>	-Pesquisar movimentos conjugados do globo ocular, pedindo à D. <sup>a</sup> M.G.G.B. para seguir um dedo (desenhasse um “H” no espaço).	Movimentos oculares conjugados mantidos.

	-Identificar a presença de nistagmo, movimentos sacádicos ou ptose palpebral.	Sem outras alterações.
<b>V – Trigémeo</b>	-Avaliar de forma bilateral a sensibilidade táctil, térmica e dolorosa nas três divisões: a oftálmica, a maxilar e a mandibular, solicitando à D. <sup>a</sup> M.G.G.B. para fechar os olhos.	Apresenta sensibilidade e mantida nas 3 divisões.
	-Pesquisar a presença do reflexo córneo-palpebral, bilateral, através de um toque com um pequeno fio de algodão na superfície da córnea.	Reflexo córneo-palpebral bilateral mantido.
	-Testar os movimentos dos músculos mastigadores, de forma a identificar a capacidade da D. <sup>a</sup> M.G.G.B. encerrar e mover a mandíbula bilateralmente e de forma simétrica.	Movimentos dos músculos mastigadores sem alterações.
<b>VII – Facial</b>	-Pesquisar a simetria facial e apagamento do sulco nasogeniano. Foi pedido à D. <sup>a</sup> M.G.G.B. para sorrir e franzir o sobrolho, encerrando firmemente as pálpebras.	Apresenta simetria facial, sem apagamento do sulco nasogeniano.
	-Pesquisar se apresenta dificuldade em manter a saliva, alimentos sólidos ou líquidos no lado afetado.	Sem alterações.
	-Avaliar a capacidade de reconhecer sabores, como o doce (açúcar), o salgado (sal) e o amargo (limão) nos dois terços	Sem alterações.

	anteriores da língua. Para esta avaliação foi solicitado à D. <sup>a</sup> M.G.G.B. que fechasse os olhos.	
<b>VIII</b> <b>Estato- acústico</b>	<p><u>Divisão Coclear</u>: para testar a acuidade auditiva realiza-se a avaliação de forma bilateral e com a pessoa de olhos fechados. Deste modo, e através de um bater de palmas solicitei à D.<sup>a</sup> M.G.G.B. que me indicasse o som.</p> <p><u>Divisão Vestibular</u>: avaliar o equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado e na posição ortostática.</p>	<p>Acuidade auditiva mantida bilateralmente.</p> <p>Apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado eficaz.</p> <p>Apresenta equilíbrio dinâmico e estático na posição ortostática ineficaz, devido à hemiparesia esquerda.</p>
<b>IX</b> <b>Glossofaríngeo</b>	Pesquisar o paladar no terço posterior da língua, assim pedi à D. <sup>a</sup> M.G.G.B. para reconhecer os sabores como o doce (açúcar) e o salgado (sal) no terço posterior da língua.	Sem alterações.

<b>X – Vago</b>	<p>- Pesquisar a presença do reflexo do vômito e tosse, tocando com uma espátula na porção posterior da língua.</p> <p>-Avaliar alterações do tom de voz, fadiga vocal ou dor local.</p>	<p>Reflexo de vômito presente.</p> <p>Sem alterações.</p>
<b>XI – Espinhal</b>	<p>-Avaliar a força muscular do esternocleidomastóideo, bilateralmente, contra uma resistência, deste modo, pedi à D.<sup>a</sup> M.G.G.B. que lateralizasse a cabeça contra a resistência da minha mão, que se encontrava do lado contralateral do músculo esternocleidomastóideo.</p> <p>-Avaliar a força muscular do trapézio bilateralmente. Solicitei à D.<sup>a</sup> M.G.G.B. que elevasse os ombros contra a resistência das minhas mãos.</p>	<p>Apresenta força muscular mantida ao nível do esternocleidomastóideo.</p> <p>Apresenta diminuição da força muscular ao nível do trapézio à esquerda.</p>
<b>XII – Hipogloss</b>	<p>-Avaliar os diferentes movimentos da língua: propulsão antero-posterior na linha média e a lateralidade para a esquerda e para a direita, observando se há desvios ou tremores da língua;</p> <p>-Verificar se há atrofia da língua, desvio da úvula ou acumulação de saliva na fossa piriforme.</p>	<p>Sem alterações.</p>

### 2.1.3. Motricidade

#### - **Força Muscular:**

A força muscular avalia-se em todos os movimentos dos vários segmentos corporais, esta avaliação inicia-se dos segmentos distais para os proximais e bilateralmente com recurso à Escala do Medical Research Council, na qual o método utilizado vale-se do uso da força e da resistência do profissional. (Quadro 2).

**Quadro 2:** Escala do Medical Research Council

5/5	Movimento normal contra a gravidade e resistência
4/5	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força
3/5	Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência
2/5	Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade. A pessoa consegue mover o membro na base da cama
1/5	Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento
0/5	Sem contração muscular e sem movimento

Fonte: Adaptado de Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC. contributos para um envelhecimento resiliente*. Loures: Lusociência

Segundo a aplicação da Escala do Medical Research Council, a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. apresenta força muscular de 5/5 em todos os movimentos da cabeça e pescoço, dos segmentos do hemicorpo direito e apresenta diminuição da força muscular no hemicorpo esquerdo como se pode verificar na tabela abaixo:

Segmentos	Movimentos	Avaliação da Força	
		01/03/2018	
Cabeça e pescoço	Flexão	5/5	
	Extensão	5/5	
	Flexão lateral esquerdo	5/5	
	Flexão lateral direito	5/5	
	Rotação	5/5	
Membro Superior		Direito	Esquerdo

<b>Escapulo-umeral</b>	Flexão	5/5	<b>3/5</b>
	Extensão	5/5	<b>3/5</b>
	Adução	5/5	<b>3/5</b>
	Abdução	5/5	<b>3/5</b>
	Rotação Interna	5/5	<b>3/5</b>
	Rotação Externa	5/5	<b>3/5</b>
<b>Cotovelo</b>	Flexão	5/5	<b>3/5</b>
	Extensão	5/5	<b>3/5</b>
<b>Antebraço</b>	Pronação	5/5	<b>3/5</b>
	Supinação	5/5	<b>3/5</b>
<b>Punho</b>	Flexão Palmar	5/5	<b>3/5</b>
	Dorsi-flexão	5/5	<b>3/5</b>
	Desvio radial	5/5	<b>3/5</b>
	Desvio cubital	5/5	<b>3/5</b>
	Circundação	5/5	<b>3/5</b>
<b>Dedos</b>	Flexão	5/5	<b>3/5</b>
	Extensão	5/5	<b>3/5</b>
	Adução	5/5	<b>3/5</b>
	Abdução	5/5	<b>3/5</b>
	Circundação	5/5	<b>3/5</b>
	Oponência do polegar	5/5	<b>3/5</b>
<b>Membro Inferior</b>		<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
<b>Coxo Femural</b>	Flexão	5/5	<b>3+/5</b>
	Extensão	5/5	<b>4/5</b>
	Adução	5/5	<b>3/5</b>
	Abdução	5/5	<b>3/5</b>
	Rotação Interna	5/5	<b>3/5</b>
	Rotação Externa	5/5	<b>3/5</b>
<b>Joelho</b>	Flexão	5/5	<b>3+/5</b>
	Extensão	5/5	<b>4/5</b>
<b>Tibiotársica</b>	Flexão plantar	5/5	<b>3/5</b>
	Flexão dorsal	5/5	<b>3/5</b>

	Inversão	5/5	<b>3/5</b>
	Eversão	5/5	<b>3/5</b>
<b>Dedos</b>	Flexão	5/5	<b>2+/5</b>
	Extensão	5/5	<b>2+/5</b>
	Adução	5/5	<b>2+/5</b>
	Abdução	5/5	<b>2+/5</b>

### - Tónus Muscular:

A avaliação da espasticidade é realizada em todos os planos de movimento e nos vários segmentos corporais, bilateralmente e do distal para o proximal, como na avaliação da força muscular com recurso à Escala Modificada de Ashworth:

#### **Quadro 3:** Escala Modificada de Ashwoth

0	Nenhum aumento no tónus muscular
1	Leve aumento do tónus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular, quando a região é movida em flexão ou extensão
1+	Leve aumento do tónus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos da metade da ADM restante
2	Aumento mais marcante do tónus muscular, durante a maior parte da ADM, mas a região é movida facilmente
3	Considerável aumento do tónus muscular; o movimento passivo é difícil
4	Parte afetada rígida em flexão ou extensão

Fonte: Adaptado de Menoita, E. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC. contributos para um envelhecimento resiliente. Loures: lusociência

A D.<sup>a</sup> M.G.G.B. apresenta segundo a Escala Modificada de Ashwoth o tónus muscular mantido bilateralmente nos membros superiores e inferiores, sem apresentar resistência ao movimento ou espasticidade conforme é apresentado na tabela abaixo:

Avaliação do tónus muscular (Escala modificada de Ashworth)				
	Membro Superior		Membro Inferior	
	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Espasticidade	0	0	0	0

**- Coordenação motora:**

A D.<sup>a</sup> M.G.G.B. apresenta taxia ao nível do hemicorpo direito: realizou a prova índex-nariz ao nível da avaliação do membro superior e a prova calcânhar Joelho ao nível do membro inferior. Em relação ao hemicorpo esquerdo não foi possível avaliar a coordenação motora devido à diminuição da força muscular deste lado.

2.1.4. Sensibilidade

A sensibilidade foi avaliada em todos os segmentos corporais, iniciando-se a avaliação do distal para o proximal, bilateralmente, e solicitei a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. a manter os olhos fechados.

- **Sensibilidade Superficial:** sem alterações. A D.<sup>a</sup> M.G.G.B. sente o frio e o quente, a dor e o toque em todos os segmentos corporais.

- **Sensibilidade Profunda:** sem alterações. A D.<sup>a</sup> M.G.G.B. sente pressão sobre as partes do corpo e identifica a posição exata dos segmentos do seu corpo. A sensibilidade vibratória não foi avaliada.

2.1.5. Equilíbrio e Marcha

**- Equilíbrio:**

- **Estático:** apresenta equilíbrio estático eficaz na posição de sentada e ineficaz na posição ortostática.

- **Dinâmico:** apresenta equilíbrio dinâmico eficaz na posição de sentada e ineficaz na posição ortostática.

**- Marcha:**

Incapacidade para marcha.

## 2.2. Avaliação do Risco de Queda

Para avaliar o risco de queda utiliza-se a Escala de Morse, um método rápido e simples de avaliar a probabilidade de a pessoa cair. Esta Escala consiste em 6 variáveis (antecedentes de queda/história de queda; diagnóstico secundário; apoio na deambulação; terapia endovenosa em perfusão; tipo de marcha e estado mental/percepção, mental), como se observa abaixo no quadro 4 (Escala de Morse).

### Quadro 4: Escala de Morse

Tabela 1  
*Itens da versão portuguesa da Escala de Quedas de Morse*

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

A avaliação dos 6 parâmetros resulta numa pontuação que oscila entre 0 e 125 pontos. De acordo com a pontuação obtida a pessoa é classificada num dos 3 níveis de risco: sem risco, baixo risco e alto risco, como está explícito na tabela abaixo:

Níveis de Risco	Pontuação	Medidas a Tomar
Baixo	0 - 24	Cuidados Básicos
Médio	25 - 50	Implementar precauções padronizadas contra quedas
Alto	≥ 51	Implementar intervenções para prevenção de alto risco de quedas

A D.<sup>a</sup> M.G.G.B. não apresenta historial de queda. Segundo a aplicação da Escala de Morse (Quadro 4) apresenta alto risco (score de 80), como se observa na tabela abaixo:

Escala de Morse	Pontuação	Data 01/03/2018
Antecedentes de queda / História de queda	Não: 0 Sim: 25	0
Diagnóstico secundário	Não: 0 Sim: 25	25
Apoio na deambulação	Sem apoio: 0 Auxiliar de Marcha: 15 Apoiado na mobília: 30	0
Terapia endovenosa em perfusão	Não: 0 Sim: 20	20
Tipo de marcha	Normal: 0 Desequilíbrio fácil: 10 Défice de marcha: 20	20
Estado metal / Percepção mental	Consciente das suas limitações: 0 Não consciente das suas limitações: 15	15
<b>Total (0 – 125)</b>		<b>80 (Alto Risco)</b>

As medidas implementadas tiveram em conta a colocação de grades no leito para que, aquando da alternância de decúbitos, a utente não tivesse o risco de queda. Coloquei ainda a campinha perto da utente, para que esta, quando precisasse de alguma coisa, pudesse solicitar algum pedido.

### 2.3. Avaliação do Risco de Úlcera Por Pressão (UPP)

A escala é constituída por 6 dimensões: a percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento, estas dimensões contribuem para o desenvolvimento de UPP, as dimensões estão ponderadas de 1 a 4, exceto a última que se encontra ponderada de 1 a 3. O score pode variar entre 6 (valor de mais alto risco) e 23 (valor de mais baixo risco). O valor da pontuação total é categorizado pelos seguintes níveis:

<b>Nível de Risco da Escala de <i>Braden</i></b>	
<b>Baixo Risco</b>	> 15
<b>Risco Moderado</b>	13-14
<b>Alto Risco</b>	<12

Segundo aplicação da Escala de Braden a utente apresenta score de 19 (baixo risco de úlcera por pressão), como se constata na tabela abaixo:

<b>Escala de Braden</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Data da Avaliação</b>
		<b>01/03/2018</b>
Percepção Sensorial	1 - 4	<b>4</b>
Humidade	1 - 4	<b>4</b>
Atividade	1 - 4	<b>2</b>
Mobilidade	1 - 4	<b>3</b>
Nutrição	1 - 4	<b>4</b>
Fricção e forças de deslizamento	1 - 3	<b>2</b>
<b>Score Total (6-23)</b>		<b>19 (Baixo risco)</b>

Em relação à integridade cutânea a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas. Não apresenta nenhuma UPP.

## 2.4 Avaliação da Funcionalidade ao Nível das Atividades de Vida Diária

Para avaliar o nível de independência da D.<sup>a</sup> M.G.G.B. para a realização das AVD foram usadas duas escalas: o Índice de Barthel e a MIF.

### 2.4.1. Escala de Barthel

O Índice de Barthel avalia a independência da utente para a execução de 10 AVD. A pontuação da escala varia entre 0 a 100. A pontuação mínima é 0 e corresponde à máxima dependência para todas as AVD e a pontuação de 100 corresponde à independência total, como se pode observar na tabela abaixo:

Pontuação	Nível de Dependência
0 - 20	Dependência Total
21 - 60	Dependência Grave
61 - 90	Dependência moderada
91 - 99	Dependência Muito Leve
100	Independência

Após a aplicação da Escala de Barthel, a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. apresenta uma pontuação de 45, o que equivale a uma dependência grave, como se apresenta na tabela abaixo:

Atividades	Data da Avaliação
	01/03/18
<b>1.Alimentação</b>	
0 - Dependente 5 - Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) 10 - Independente	5
<b>2.Transferências</b>	
0 – Dependente, não tem equilíbrio sentado 5 – Precisa de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se 10 – Precisa de alguma ajuda 15 – Independente	10
<b>3.Mobilidade</b>	
0 – Imóvel 5 – Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas 10 – Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda 15 – Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	0
<b>4.Subir e Descer Escadas</b>	
0 – Dependente 5 – Precisa de Ajuda 10 – Independente, com ou sem ajudas técnicas	0
<b>5.Higiene Pessoal</b>	
0 – Dependente 5 – Independente no barbear, lavar a cara, lavar os dentes	5
<b>6.Ir à Casa de Banho</b>	
0 – Dependente 5 – Precisa de alguma coisa 10 – Independente	0
<b>7.Tomar Banho</b>	
0 – Dependente (necessita de alguma ajuda) 5 – Independente (entra e sai do duche/banheira sem ajuda)	0
<b>8.Vestir</b>	
0 – Incapaz 5 – Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sozinho 10 – Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	5
<b>9.Controlo Intestinal</b>	
0 – Incontinente 5 – Acidente ocasional (uma vez por semana) 10 – Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	10
<b>10.Controlo urinário</b>	
0 – Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho 5 – Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) 10 – Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10
<b>Total (0 - 100)</b>	<b>45</b>

#### 2.4.2. Medida de Independência Funcional

A MIF emprega uma escala de 7 pontos para avaliar 18 itens: autocuidados; controlo dos esfíncteres; mobilidade/transferência; locomoção; comunicação e cognição social. Esta avaliação foi planeada para avaliar o nível de dependência da pessoa.

A avaliação da pessoa, segundo a MIF, permite avaliar a utente consoante 7 níveis de independência funcional assim como os graus de dependência como aparece abaixo indicado:

##### - Níveis de Independência Funcional:

(1) Ajuda total: indivíduo participa em < 25%
(2) Ajuda máxima: indivíduo participa em ≥ 25%
(3) Ajuda moderada: indivíduo participa em ≥ 50%
(4) Ajuda mínima: indivíduo participa em ≥ 75%
(5) Supervisão
6) Independência modificada: ajuda técnica
(7) Independência completa: em segurança, em tempo normal

##### - Graus de Dependência segundo os níveis da MIF:

Nível 7, 6 e 5	Grau reduzido
Níveis 4 e 3	Grau moderado
Nível 2	Grau elevado
Nível 1	Grau muito elevado

Deste modo, para cada um dos itens foi avaliado o nível de independência funcional da D.<sup>a</sup> M.G.G.B. conforme é mencionado abaixo:

		Avaliação (01/03/2018)
<b>Autocuidados</b>	Alimentação	<b>6</b>
	Higiene Pessoal	<b>4</b>
	Banho	<b>3</b>
	Vestir metade superior	<b>4</b>
	Vestir metade inferior	<b>3</b>
	Utilizar sanita	<b>4</b>
	<b>Controlo dos esfíncteres</b>	Bexiga
	Intestino	<b>6</b>
<b>Mobilidade/Transferência</b>	<b>Leito/cadeira/cadeira de rodas</b>	<b>3</b>
	Sanita	<b>4</b>
	Banheira/duche	<b>3</b>
<b>Locomoção</b>	Marcha/ <b>cadeira de rodas</b>	<b>1</b>
	Escadas	<b>1</b>
<b>Comunicação</b>	Compreensão	<b>7</b>
	Expressão	<b>7</b>
<b>Cognição Social</b>	Interação social	<b>7</b>
	Resolução de problemas	<b>7</b>
	Memória	<b>7</b>
<b>Total</b>		<b>83</b>

### 3 – PLANO DE CUIDADOS

O Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação tem por base a linguagem da CIPE® versão 2015, em que se encontra descrito os diagnósticos de enfermagem; as intervenções de enfermagem de reabilitação e a avaliação. Os diagnósticos de enfermagem foram delineados após a avaliação da D.<sup>a</sup> M.G.G.B. e de acordo com a Teoria do Autocuidado de Enfermagem de Orem, de forma a cuidar, capacitar e maximizar a utente para as suas AVD.

Diagnóstico de Enfermagem	Data	Sistemas de Enfermagem da Teoria do Autocuidado de Orem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação
<p><b>Mobilidade do hemicorpo esquerdo comprometida relacionado com o AVC manifestado por hemiparésia esquerda.</b></p> <p>-Segundo a Escala do Medical Research Council apresenta diminuição da força muscular: no <u>membro superior esquerdo</u> (MSE)=3/5; na <u>coxo-femural</u> (flexão=3+/5; extensão=4/5 e adução, abdução, rotação interna e externa=3/5); no <u>joelho</u> (flexão=3+/5 e</p>	01/03/2018	Sistema Parcialmente Compensatório	<p>-Preservar a amplitude dos movimentos;</p> <p>-Prevenir a instalação da espasticidade;</p> <p>-Prevenir consequências da imobilidade;</p> <p>-Prevenir a rigidez articular e a perda da massa muscular;</p> <p>-Manter a integridade das estruturas articulares, evitar aderências e contraturas.</p> <p>-Melhorar a força muscular;</p>	<p>- Avaliar a motivação da D.<sup>a</sup> M.G.G.B. na participação no programa de reabilitação;</p> <p>-Monitorizar a força muscular através da escala do Medical Research Council;</p> <p>- Monitorizar o tónus muscular através da escala modificada de Ashworth;</p>

<p>extensão=4/5); na  <u>tibiotársica</u>=3/5 e  dedos=2+/5).</p> <p>-Segundo a Escala de Barthel no item <u>mobilidade</u> =0 (Imóvel); no item <u>transferência</u>=10 (Precisa de alguma coisa) e no item <u>Ir à casa de banho</u>=0 (Dependente);</p> <p>-Na Escala da MIF, no item <u>mobilidade/transferência</u>:  -leito/cadeira/cadeira e banheira/duche=3 (ajuda moderada: indivíduo participa em ≥ 50%).  sanita=4 (ajuda mínima: indivíduo participa em ≥ 75%).</p>			<p>-Reeducar o reflexo postural do hemicorpo esquerdo;</p> <p>-Adquirir conhecimentos sobre atividades terapêuticas a realizar no leito para promover o aumento da força muscular (rolar para o lado menos afetado; rolar para o lado afetado; ponte; rotação controlada da anca; rolar com apoio no cotovelo para preparar-se para levantar e automobilizações).</p>	<p>-Avaliar e monitorizar a mobilidade aplicando a Escala de Barthel e MIF;</p> <p>-Avaliar a dor através da escala numérica (de 0 a 10);</p> <p>-Executar exercícios musculares e articulares passivos e ativo-assistidos nos segmentos do hemicorpo esquerdo, no leito e na posição ortostática:</p> <p>-<u>Membro superior esquerdo</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Flexão e extensão;</li> <li>adução e abdução;</li> <li>rotação interna e externa da escapulo-umeral;</li> </ul>
--	--	--	---	--

				<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Flexão e extensão do cotovelo;</li><li>➤ Pronação e supinação do antebraço;</li><li>➤ Flexão palmar e dorsiflexão; desvio radial e cubital e circundação do punho;</li><li>➤ Flexão e extensão; adução e abdução dos dedos; circundação e oponência do polegar;</li></ul> <p><u>-Membro inferior esquerdo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Flexão e extensão da coxo-femural;</li><li>➤ Adução e abdução da coxo-femural;</li><li>➤ Rotação interna e externa da coxo-femural;</li><li>➤ Flexão e extensão do joelho;</li></ul>
--	--	--	--	---

				<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Flexão plantar e flexão dorsal da tíbio társica;</li><li>➤ Inversão e eversão da tíbio társica;</li><li>➤ Flexão e extensão dos dedos;</li><li>➤ Adução e abdução dos dedos.</li></ul> <p>-Executar técnicas de exercício muscular e articular ativas e ativas resistidas nos segmentos corporais em todos os movimentos do hemicorpo direito, 2 a 3 vezes por dia;</p> <p>-Executar atividades terapêuticas no leito: rolar (rolar para o lado menos afetado - decúbito lateral direito) / rolar para o lado afetado - decúbito lateral esquerdo); ponte; rotação</p>
--	--	--	--	--

				<p>controlada da anca; rolar com apoio do cotovelo para se preparar para levantar e automobilizações);</p> <p>-Estimular a programas de reeducação sensório-motor do membro superior esquerdo como:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• utilizar a almofada de atividades (Apêndice VIII – imagem 1, 2 e 3) com atividades relacionadas com: o <u>autocuidado</u> - vestir (abotoar uma camisa; colocar o cinto; apertar atacadores e abrir/fechar fechos); <u>motricidade fina</u> – treinar os tipos de preensão: preensão</li></ul>
--	--	--	--	--

				<p>digito-palmar e  preensão fina: abotoar  botões; colocar o cinto;  apertar atacadores;  prender molas a um fio  e colocar o fio nos  espaços vazios de  forma cruzada);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• utilizar puzzles (de  diferentes formas,  tamanhos e cores, de  forma a incentivar a  pessoa a construir,  estimulando a sua  criatividade, motricidade  fina e a reeducação  sensório-motor do  membro lesado - MSE).</li> </ul>
<p><b><u>Avaliação:</u></b>  <b><u>01/03/18:</u></b>  A D.<sup>a</sup> M.G.G.B. durante a reabilitação funcional motora demonstrou-se participativa dentro das suas possibilidades.  Não refere queixas álgicas aquando os exercícios musculo-articulares passivos e ativo-assistidos.</p>				

Realiza no leito exercícios musculares e articulares passivos no segmento dos dedos dos pés do MIE em todos os movimentos (flexão, extensão, adução e abdução). Exercícios musculares e articulares ativo-assistidos no segmento da coxo-femural, nos movimentos de flexão, extensão, adução, abdução, rotação interna e externa, no joelho, os movimentos de flexão e extensão e no segmento da tibiotársica, os movimentos de flexão plantar, flexão dorsal, inversão e eversão. No MSE realiza, em todos os segmentos (escapulo-umeral, cotovelo, antebraço, punho e dedos), os respectivos movimentos correspondentes realizando exercícios musculares e articulares ativo-assistidos.

Ao realizar os primeiros exercícios musculares e articulares ativo-assistidos, a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. sentiu dificuldade na sua realização, uma vez que queria finalizar o mais rapidamente possível o exercício, apresentando no término de cada movimento, alguma descoordenação motora. Nesta situação, a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. foi incentivada a realizar os exercícios de forma ponderada, com o objetivo que a utente pensasse no movimento que estava a realizar.

Na posição ortostática realiza movimentos musculares e articulares ativos no segmento coxo-femural, consegue realizar o movimento da extensão a 180° e flexão a 130°. No segmento da tibiotársica na flexão plantar e flexão dorsal realiza mobilizações ativas, mas com mínima flexão.

Realiza as atividades terapêuticas como: a ponte; o rolar para o lado afetado (decúbito lateral esquerdo) e o rolar para o lado menos afetado (decúbito lateral direito), a rotação controlada da anca e a automobilização, 5 vezes cada atividade terapêutica. Na atividade terapêutica, a ponte, tolera por 20 segundos a posição, tem dificuldade em manter a elevação da bacia pela diminuição da força no MIE e necessidade de ajuda mínima na flexão do joelho esquerdo. Na atividade rolar demonstra facilidade em realizar a atividade, realiza a alternância de decúbito de forma controlada, sem ajuda. Na rotação controlada da anca é necessária uma ajuda mínima para que a utente mantenha a posição correta, necessita de ajuda na flexão do joelho esquerdo. A automobilização é a atividade terapêutica que a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. demonstra mais dificuldade pela diminuição da força no MSE, realizando o movimento de flexão do MSE a 30°.

Realiza a transferência da posição de deitada para a posição de sentada com ajuda moderada, uma vez que tem iniciativa para iniciar o movimento, realizando carga no cotovelo esquerdo, mas não tem a força necessária no cotovelo para realizar a elevação do tronco, necessitando de ajuda moderada.

Realiza transferência da cama/cadeira de rodas e cadeira de rodas/sanita com ajuda mínima de terceiros, uma vez que faz carga no membro inferior direito (lado menos lesado) e realiza a extensão da coxo-femural esquerda, apesar de ter diminuição da força, a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. demonstra muita força de vontade de se tornar o mais independente possível.

Realiza na posição ortostática, com apoio, a flexão e extensão da coxo-femural, embora a flexão da coxo-femural tolere por 15 segundos o movimento corporal. A D.<sup>a</sup> M.G.G.B. precisa de melhorar a sua base de sustentação e apresenta dificuldade em realizar a báscula posterior da anca.

**02/03/2018:**

Durante a sessão de reeducação funcional motora demonstrou conhecimentos apreendidos relativamente aos exercícios realizados no dia anterior.

Realiza no leito e na posição ortostática exercícios musculares e articulares ativo-assistidos e ativos ao nível do hemicorpo esquerdo, embora que apresente muita dificuldade em realizar os exercícios na posição ortostática pela diminuição da força do MIE.

Em relação às atividades terapêuticas a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. consegue realizar de forma mais confiante e segura a ponte, tolerando a posição por 30 segundos, relativamente às automobilizações, em comparação ao dia anterior, esta consegue realizar o movimento de flexão do MSE a 35°.

No início das atividades com a almofada de atividades e os puzzles a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. mostrou-se recetiva, mas no decorrer da atividade e ao aperceber-se das suas limitações: dificuldade em realizar preensão fina e preensão digito-palmar, mostrou vontade em desistir, mas continuou a atividade até ao seu término, assim realizou exercícios de preensão fina:

abotoar uma camisa; colocar o cinto e abrir/fechar fechos e exercícios de preensão digito-palmar: colocar molas num cordão (Apêndice VIII – imagem 1, 2 e 3) e trabalhar com os puzzles.

Na Escala de Barthel, no item Transferência = 10 (Precisa de alguma coisa), no item Mobilidade = 0 (Imóvel) e no item Ir à Casa de Banho =0 (Dependente). (Apêndice VI).

Na Escala da MIF o item Mobilidade/Transferência: Leito/cadeira/cadeira de rodas e banheira/duche=3 (ajuda moderada: indivíduo participa em ≥ 50%) e sanita=4 (ajuda mínima: indivíduo participa em ≥ 75%). O item da Locomoção - cadeira de rodas = 1 (ajuda total: indivíduo participa em < 25%). (Apêndice VII).

<p><b>Equilíbrio Corporal comprometido relacionado com o AVC manifestado por não apresentar equilíbrio estático e dinâmico ineficaz na posição ortostática.</b></p>	<p>01/03/2018</p>	<p>Sistema Parcialmente Compensatório</p>	<p>-Promover o alinhamento corporal;          -Promover o equilíbrio corporal;          -Reeducar o reflexo postural do lado afetado (hemicorpo esquerdo);          -Inibir a espasticidade;          -Estimular a sensibilidade postural ao fazer carga no membro superior e inferior esquerdo;          -Estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do</p>	<p>-Instruir a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. sobre a importância de manter o alinhamento corporal no leito e na posição ortostática de forma a estimular a sensibilidade superficial táctil; treinar o equilíbrio dinâmico e estático na posição de sentada e o equilíbrio estático na posição ortostática; reeducar o mecanismo reflexo-postural e estimular movimentos do lado</p>
---	-------------------	---	--	--

			lado afetado (hemicorpo esquerdo); -Preparar para a marcha.	afetado (hemicorpo esquerdo); -Realizar levante da posição de sentada para a posição ortostática; -Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada; -Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática; -Estimular a manter o equilíbrio corporal, corrigindo a postura: extensão da coxo-femural, bacia posterior da anca e tronco em extensão; -Adaptar calçado quando realiza treino de marcha, de forma a estimular a propriocepção;
--	--	--	--	--

				<p>-Realizar carga no MIE aquando as transferências;</p> <p>-Executar exercícios musculares e articulares ativos-assistidos e ativos nos segmentos do MIE na posição ortostática:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Flexão e extensão da coxo-femural;</li> <li>➤ Flexão e extensão do joelho;</li> <li>➤ Flexão plantar e flexão dorsal da tíbiotársica.</li> </ul>
--	--	--	--	---

**Avaliação:**

**01/03/18:**  
 Apresenta equilíbrio estático e dinâmico eficaz na posição de sentada. Apresenta equilíbrio estático e dinâmico ineficaz na posição ortostática. (Apêndice III).

**02/03/18:**  
 Apresenta equilíbrio estático e dinâmico ineficaz na posição ortostática. Apresenta dificuldade após o levante adotar a báscula posterior da anca. (Apêndice III).  
 Apresenta diminuição da força no MIE o que dificulta o equilíbrio corporal.

<p><b>Capaz para transferir-se do leito/cadeira/cadeira de rodas; sanita; duche/banheira comprometida relacionado com a hemiparesia esquerda manifestado por diminuição da força no MIE.</b></p> <p>-Segundo a Escala de Barthel no item <u>transferência</u> =10 (Precisa de alguma ajuda);</p> <p>-Na Escala da MIF no item <u>mobilidade/transferência:</u> -leito/cadeira/cadeira de</p>	<p>01/03/2018</p>	<p>Sistema Parcialmente Compensatório</p>	<p>-Prevenir consequências da imobilidade;</p> <p>-Prevenir a rigidez articular e a perda de massa muscular;</p> <p>-Manter a integridade das estruturas articulares, evitar aderências e contraturas;</p> <p>-Estimular a sensibilidade postural ao fazer carga no MIE.</p>	<p>-Monitorizar a força muscular através da Escala do Medical Research Council;</p> <p>-Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada e na posição ortostática;</p> <p>-Avaliar a dor;</p> <p>-Avaliar o risco de queda, através da Escala de Morse;</p> <p>-Executar exercícios musculares e articulares ativo-assistidos e ativos a nível dos segmentos do MIE:</p> <p>Flexão e extensão da coxo-femural;</p> <p>-Ensinar a realizar o levante: da posição de</p>
--	-------------------	---	--	--

<p>rodas e banheira/duche=3 (ajuda moderada: indivíduo participa em <math>\geq 50\%</math>); - Sanita=4 (ajuda mínima: indivíduo participa em <math>\geq 75\%</math>).</p>				<p>sentada para a posição ortostática;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ensinar a utente a realizar as transferências: leito/cadeira/cadeira de rodas; sanita; duche/banheira;</li> <li>-Treinar a realizar o levante: da posição de sentada para a posição ortostática;</li> <li>-Treinar a realizar as transferências: leito/cadeira/cadeira de rodas; sanita; duche/banheira;</li> <li>-Determinar quais as barreiras arquitetónicas existentes no domicílio, de forma a aconselhar a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. das adaptações que serão</li> </ul>
--	--	--	--	---

				<p>necessárias realizar para facilitar a sua mobilidade em casa;</p> <p>-Educar a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. para os riscos de queda e as estratégias para evitar a queda:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• usar sapatos antiderrapantes/sapatos fechados;</li><li>• retirar nesta fase, os tapetes no domicílio;</li><li>• colocar barras de apoio na sanita e no lavatório, assim como colocar alteador de sanita, se possível;</li></ul> <p>-Explicar à D.<sup>a</sup> M.G.G.B. e ao seu marido a técnica de transferência:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <u>sair e entrar na cama</u>: a pessoa sai da cama</li></ul>
--	--	--	--	---

				<p>pelo lado hemiplégico e entra pelo lado menos afetado;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>entrar na banheira</u>: pelo lado do hemicorpo menos afetado;</li> <li>• <u>sair da banheira</u>: colocar primeiro o membro inferior afetado para fora.</li> </ul>
--	--	--	--	--

**Avaliação:**  
**01/03/18:**  
A D.<sup>a</sup> M.G.G.B. apresenta-se durante a sessão de Reeducação Funcional Motora motivada e determinada, não demonstrando medo ou insegurança.  
Realiza exercícios musculares e articulares ativos na posição ortostática, mas apresenta dificuldade na flexão da coxo-femural (realiza a 130º) e em manter a báscula posterior da anca.  
A D.<sup>a</sup> M.G.G.B. apresenta dificuldade em realizar as transferências: leito/cadeira/cadeira de rodas; sanita; duche/banheira porque o realiza de forma impulsiva, uma vez que estando na posição ortostática tem o impulso de transferir-se de imediato para a cadeira de rodas/cadeirão, não mantendo a báscula posterior da anca, de forma a manter o equilíbrio corporal e posteriormente dar passos para realizar a inclinao anterior do tronco e sentar-se.

Segundo a Escala do Medical Research Council apresenta no MIE: na coxo-femural (flexão=3+/5; extensão=4/5 e adução, abdução, rotação interna e externa=3/5); no joelho (flexão=3+/5 e extensão=4/5); na tibiotársica=3/5 e dedos=2+/5) (Apêndice I).

Apresenta equilíbrio estático e dinâmico ineficaz na posição ortostática (Apêndice III).

Segundo a Escala de Morse apresenta alto risco (score de 80) (Apêndice IV).

**02/03/18:**

A D.<sup>a</sup> M.G.G.B. apreende com facilidade os ensinamentos realizados aquando a sessão anterior o que facilita a aprendizagem. Em comparação com a sessão de ontem, apresenta melhorias em relação ao equilíbrio corporal quando se encontra na posição ortostática porque consegue manter a bacia posterior da anca por mais tempo (50 segundos), embora mantenha a impulsividade em realizar as transferências.

Apresenta equilíbrio estático e dinâmico eficaz na posição de sentada. Apresenta equilíbrio estático e dinâmico ineficaz na posição ortostática (Apêndice III).

Segundo a Escala de Barthel no item Mobilidade =10 (Precisa de alguma ajuda) (Apêndice VI).

Na Escala da MIF no item mobilidade/transferência: leito/cadeira/cadeira de rodas e banheira/duche=3 (ajuda moderada: indivíduo participa em ≥ 50%) e sanita=4 (ajuda mínima: indivíduo participa em ≥ 75%) (Apêndice VII).

<p><b>Capaz de tomar banho comprometido relacionado com a hemiparesia esquerda manifestado por diminuição da força no hemicorpo esquerdo.</b></p>	<p>01/03/2018</p>	<p>Sistema Parcialmente Compensatório</p>	<p>Promover a independência no autocuidado da higiene.</p>	<p>-Avaliar e monitorizar a atividade – <u>tomar banho</u> segundo a Escala de Barthel; -Avaliar e monitorizar o autocuidado – <u>banho</u> segundo a MIF;</p>
---	-------------------	---	--	--

<p>-Segundo a Escala de Barthel no item <u>tomar banho</u> =0 (dependente (necessita de alguma ajuda);</p> <p>-Na Escala da MIF no item <u>autocuidado – banho</u>=3 (ajuda moderada: indivíduo participa em ≥ 50%).</p>				<p>-Instruir a colocar os objetos de higiene pessoal e vestuário junto de si de forma a facilitar-lhe nesta atividade;</p> <p>-Incentivar a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. a lavar o hemicorpo menos afetado (hemicorpo direito) com o lado mais afetado (hemicorpo esquerdo) e vice-versa;</p> <p>-Incentivar a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. a ser o mais independente possível, dentro das suas possibilidades;</p> <p>-Providenciar, se possível, dispositivos de compensação, como por exemplo as escovas de pega comprimida para facilitar a lavagem da</p>
--	--	--	--	--

				<p>região posterior do tórax, pernas;</p> <p>-Identificar as barreiras arquitetônicas existentes no domicílio, de forma a aconselhar a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. das adaptações que serão necessárias realizar para facilitar a atividade de higiene corporal (no caso da utente, esta tem uma banheira). Se possível, adquirir uma cadeira de duche e um estrado de transferência, assim como, colocar barras de apoio na banheira/parede;</p> <p>-Ensinar sobre estratégias de prevenção de quedas (como retirar tapetes e objetos e dispor a mobília, de forma a ter mais espaço</p>
--	--	--	--	---

				livre entre as divisões da casa) para facilitar na deslocação do domicílio.
<p><b><u>Avaliação:</u></b></p> <p><b><u>01/03/18:</u></b></p> <p>A D.<sup>a</sup> M.G.G.B. realizou o seu primeiro banho no duche, esta apresenta equilíbrio estático e dinâmico eficaz na posição de sentada (Apêndice III).</p> <p>Conseguiu lavar com o membro mais lesado (MSE) com o menos lesado (MSD) apesar de precisar de ajuda moderada. Em relação ao restante corpo, esta tem a capacidade de forma independente com o MSD lavar o tórax anterior, os genitais e os membros inferiores: da coxa ao joelho.</p> <p><b><u>02/03/18:</u></b></p> <p>O segundo banho no duche da D.<sup>a</sup> M.G.G.B. correu melhor, esta mostrou-se mais confiante e segura durante a higiene, necessitando de ajuda moderada para lavar os membros inferiores: joelho até aos pés; tórax posterior e glúteos.</p> <p>Segundo a Escala de Barthel no item <u>tomar banho</u> =0 (dependente: necessita de alguma ajuda) (Apêndice VI).</p> <p>Na Escala da MIF no item <u>autocuidado – banho</u>=3 (ajuda moderada: indivíduo participa em ≥ 50%) (Apêndice VII).</p>				
<b>Capacidade para vestir-se/despir-se/arranjar-se comprometida relacionado com a hemiparesia esquerda manifestado pelo desequilíbrio corporal e</b>	01/03/2018	Sistema Parcialmente Compensatório	Promover a independência no autocuidado de vestir-se/despir-se/arranjar-se.	-Avaliar e monitorizar a atividade – vestir segundo a Escala de Barthel; -Avaliar e monitorizar o autocuidado – vestir metade superior e vestir metade inferior

<p><b>diminuição da força no hemicorpo esquerdo.</b></p> <p>-Segundo a Escala de Barthel no item <u>Vestir</u>= 5 (Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sozinho);</p> <p>- Na Escala da MIF no item vestir metade superior=4 (ajuda mínima: indivíduo participa em ≥ 75%) e vestir metade inferior=3 (ajuda moderada: indivíduo participa em ≥ 50%).</p>				<p>segundo a MIF;</p> <p>-Ensinar a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. a técnica de vestir e despir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Vestir</u> primeiro o hemicorpo afetado (esquerdo) e <u>despir</u> primeiro o lado menos lesado (direito);</li> <li>• <u>Vestir uma camisa, camisola ou vestido:</u> colocar a peça de roupa no colo da pessoa, colocando a parte da frente da peça voltada para baixo e o colarinho junto dos joelhos, posteriormente veste a manga do lado esquerdo (membro mais lesado), puxando até ao ombro e costas, permitindo, assim, vestir</li> </ul>
---	--	--	--	---

				<p>a seguir o membro do lado direito (membro menos afetado);</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Vestir as calças</u>: cruzar o membro inferior afetado (MIE) sobre o membro menos afetado (MID) e vestir as calças até ao joelho. Seguidamente, veste o membro inferior menos afetado (MID) e puxa a calça o mais que puder;</li><li>• <u>Calçar meias ou sapatos</u>: instruir a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. sobre os passos dados no item de vestir as calças;</li><li>• <u>Vestir o soutien</u>: colocá-lo à volta da cintura com a parte de trás rodada para a frente, de forma</li></ul>
--	--	--	--	---

				<p>apertar os colchetes, posteriormente, com o membro superior menos afetado (MSD) roda-o para trás e coloca a alça até ao ombro do lado afetado (MSE) e depois o MSD (membro menos lesado);</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Calçado</u>: optar por calçado de tamanho adequado, com boa adaptabilidade, antiderrapante e que permita estabilidade. O ideal seria substituir os atacadores por fechos com velcro ou elásticos laterais.</li></ul> <p>-Instruir a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. para se possível, adaptar as características do seu</p>
--	--	--	--	---

				<p>vestuário de forma a facilitar-lhe esta atividade do autocuidado: uso de roupas largas, de fácil deslizamento e maior elasticidade, com elásticos e velcro ou fecho éclair, botões grandes e casas largas;</p> <p>-Instruir a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. a colocar as peças que vai vestir pela ordem (peças interiores em cima e peças exteriores por baixo) para facilitar-lhe nesta atividade;</p> <p>-Envolver a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. na escolha da sua roupa diária;</p> <p>-Providenciar os objetos pessoais para junto de si, de forma que esta possa arranjar-se, e se possível, em frente a um espelho;</p>
--	--	--	--	---

				<p>-Incentivar a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. a vestir-se/despir-se/arranjar-se com o mínimo de ajuda possível, dentro das suas capacidades;</p> <p>-Incentivar a D.<sup>a</sup> M.G.G.B. a trabalhar com a almofada de atividades (Apêndice VIII – imagem 1, 2 e 3) com o intuito de treinar a técnica do vestir (colocar o cinto; abrir/fechar os fechos; apertar atacadores e abotoar/desabotoar a camisa).</p>
<p><b><u>Avaliação:</u></b></p> <p><b><u>01/03/18:</u></b></p> <p>A D.<sup>a</sup> M.G.G.B. apresenta-se segura e sem receios, é uma pessoa determinada e otimista o que facilita o processo de capacitação, embora que quando se apercebe que está a ter dificuldades em realizar uma atividade (exemplo: abotoar os botões da camisa na almofada de atividades) através da comunicação não-verbal mostra essa frustração. Esta consegue em um minuto e meio abotoar três botões de uma camisa.</p>				

Mostra ter apreendido a técnica do vestir e despir, começando a atividade pelo lado mais lesado (hemicorpo esquerdo).  
Mostra ter mais facilidade em vestir a parte superior do que a parte inferior. Ao vestir as calças na posição de sentada mostra dificuldade por apresentar desequilíbrio corporal e diminuição da força no MIE (lado mais lesado) devido à hemiparesia esquerda.

**02/03/18:**

A D.<sup>a</sup> M.G.G.B. treinou o vestir as calças no leito o que facilitou na realização desta atividade, uma vez que no leito ao realizar as atividades terapêuticas: a ponte e o rolar consegue ter equilíbrio corporal para puxar as calças para cima com mais facilidade.

Segundo a Escala de Barthel no item vestir= 5 (Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sozinho) (Apêndice VI).

Na Escala da MIF no item vestir metade superior=4 (ajuda mínima: indivíduo participa em  $\geq 75\%$ ) e vestir metade inferior=3 (ajuda moderada: indivíduo participa em  $\geq 50\%$ ) (Apêndice VII).

**APÊNDICES**

## **APÊNDICE I**

**Reavaliação da Força Muscular da D.<sup>a</sup> M.G.G.B. – Escala do Medical  
Research Council**

Segmentos	Movimentos	Avaliação da Força			
		01/03/2018		02/03/2018	
<b>Cabeça e pescoço</b>	Flexão	5/5		5/5	
	Extensão	5/5		5/5	
	Flexão lateral esquerdo	5/5		5/5	
	Flexão lateral direito	5/5		5/5	
	Rotação	5/5		5/5	
<b>Membro Superior</b>		<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>	<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
<b>Escapulo-umeral</b>	Flexão	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>
	Extensão	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>
	Adução	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>
	Abdução	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>
	Rotação Interna	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>
	Rotação Externa	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>
<b>Cotovelo</b>	Flexão	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>
	Extensão	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>
<b>Antebraço</b>	Pronação	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>
	Supinação	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>
<b>Punho</b>	Flexão Palmar	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>
	Dorsi-flexão	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>
	Desvio radial	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>
	Desvio cubital	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>
	Circundação	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>
<b>Dedos</b>	Flexão	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>
	Extensão	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>
	Adução	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>

	Abdução	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>
	Circundação	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>
	Oponência do polegar	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>
<b>Membro Inferior</b>		<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>	<b>Esquerdo</b>	<b>Esquerdo</b>
<b>Coxo Femural</b>	Flexão	5/5	<b>3+/5</b>	5/5	<b>3+/5</b>
	Extensão	5/5	<b>4/5</b>	5/5	<b>4/5</b>
	Adução	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>
	Abdução	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>
	Rotação Interna	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>
	Rotação Externa	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>
<b>Joelho</b>	Flexão	5/5	<b>3+/5</b>	5/5	<b>3+/5</b>
	Extensão	5/5	<b>4/5</b>	5/5	<b>4/5</b>
<b>Tibiotársica</b>	Flexão plantar	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>
	Flexão dorsal	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>
	Inversão	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>
	Eversão	5/5	<b>3/5</b>	5/5	<b>3/5</b>
<b>Dedos</b>	Flexão	5/5	<b>2+/5</b>	5/5	<b>2+/5</b>
	Extensão	5/5	<b>2+/5</b>	5/5	<b>2+/5</b>
	Adução	5/5	<b>2+/5</b>	5/5	<b>2+/5</b>
	Abdução	5/5	<b>2+/5</b>	5/5	<b>2+/5</b>

## **APÊNDICE II**

**Reavaliação da Sensibilidade Superficial da D.<sup>a</sup> M.G.G.B.**

<b>Sensibilidade Superficial</b>	<b>Data da Avaliação</b>	
	<b>01/03/2018</b>	<b>02/03/2018</b>
<b>Sensibilidade Táctil</b>	Sem alterações.	Sem alterações.
<b>Sensibilidade Térmica</b>	Sem alterações.	Sem alterações.
<b>Sensibilidade Dolorosa</b>	Sem alterações.	Sem alterações.

### **APÊNDICE III**

**Reavaliação do Equilíbrio da D.<sup>a</sup> M.G.G.B.**

	Data da Avaliação		Data da Avaliação	
	01/03/2018		02/03/2018	
<b>Avaliação do Equilíbrio</b>	<b>Estático</b>	<b>Dinâmico</b>	<b>Estático</b>	<b>Dinâmico</b>
Posição de sentada	Eficaz	Eficaz	Eficaz	Eficaz
Posição ortostática	Ineficaz	Ineficaz	Ineficaz	Ineficaz

## **APÊNDICE IV**

**Reavaliação do Risco de Queda da D.<sup>a</sup> M.G.G.B. – Escala de Morse**

		<b>Data da Avaliação</b>	
<b>Escala de Morse</b>	<b>Pontuação</b>	<b>01/03/2018</b>	<b>02/03/2018</b>
<b>Antecedentes de queda / História de queda</b>	Não: 0 Sim: 25	0	0
<b>Diagnóstico secundário</b>	Não: 0 Sim: 25	25	25
<b>Apoio na deambulação</b>	Sem apoio: 0 Auxiliar de Marcha: 15 Apoiado na mobília: 30	0	0
<b>Terapia endovenosa em perfusão</b>	Não: 0 Sim: 20	20	20
<b>Tipo de marcha</b>	Normal: 0 Desequilíbrio fácil: 10 Défice de marcha: 20	20	20
<b>Estado mental / Percepção mental</b>	Consciente das suas limitações: 0 Não consciente das suas limitações: 15	15	15
<b>Total (0 – 125)</b>		<b>80 (Alto Risco)</b>	<b>80 (Alto Risco)</b>

## **APÊNDICE V**

**Reavaliação do Risco de Úlcera Por Pressão da D.<sup>a</sup> M.G.G.B.**

Escala de Braden					Data da Avaliação	
					01/03/2018	02/03/2018
<b>Percepção Sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto</b>	<b>1.Completamente Limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência à sensação, ou Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	<b>2.Muito Limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação, ou tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	<b>3.Levemente Limitada:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	<b>4.Nenhuma alteração:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta déficit sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	4	4
<b>Humidade Nível de Exposição da pele à humidade</b>	<b>1.Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detetada humidade	<b>2.Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	<b>3.Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	<b>4.Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	4	4
<b>Atividade Nível de Atividade Física</b>	<b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.	<b>2.Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou	<b>3.Andar ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte	<b>4.Andar frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e	2	2

		inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	dos turnos deitado ou sentado.	dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.		
<b>Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo</b>	<b>1.Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>2.Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinhas.	<b>3.Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades, sem ajuda.	<b>4.Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>Nutrição Alimentação habitual</b>	<b>1.Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma nenhum suplemento dietético líquido, ou	<b>2.Provavelmente inadequada:</b> Raramente faz uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de metade da refeição oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou derivados de leite. Ocasionalmente	<b>3.Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, ou é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo	<b>4.Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente, entre as refeições. Não requer suplementos.	<b>4</b>	<b>4</b>

	está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	toma um suplemento alimentar, ou recebe menos do que a quantidade ideal de dieta líquida ou alimentos por sonda.	provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.			
<b>Fricção e Forças de Deslizamento</b>	<b>1.Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	<b>2.Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	<b>3.Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.		2	2
<b>Total:</b>					<b>19 (Baixo risco)</b>	<b>19 (Baixo risco)</b>

## **APÊNDICE VI**

### **Reavaliação da Avaliação da Funcionalidade das Atividades de Vida Diária**

- Escala de Barthel

Atividades	Data da Avaliação	
	01/03/18	02/03/18
<b>1.Alimentação</b>		
0 - Dependente 5 - Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) 10 - Independente	5	5
<b>2.Transferências</b>		
0 – Dependente, não tem equilíbrio sentado 5 – Precisa de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se 10 – Precisa de alguma ajuda 15 – Independente	10	10
<b>3.Mobilidade</b>		
0 – Imóvel 5 – Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas 10 – Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda 15 – Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	0	0
<b>4.Subir e Descer Escadas</b>		
0 – Dependente 5 – Precisa de Ajuda 10 – Independente, com ou sem ajudas técnicas	0	0
<b>5.Higiene Pessoal</b>		
0 – Dependente 5 – Independente no barbear, lavar a cara, lavar os dentes	5	5
<b>6.Ir à Casa de Banho</b>		
0 – Dependente 5 – Precisa de alguma coisa 10 – Independente	0	0
<b>7.Tomar Banho</b>		
0 – Dependente (necessita de alguma ajuda) 5 – Independente (entra e sai do duche/banheira sem ajuda)	0	0
<b>8.Vestir</b>		
0 – Incapaz 5 – Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sozinho	5	5

10 – Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)		
<b>9. Controlo Intestinal</b>		
0 – Incontinente 5 – Acidente ocasional (uma vez por semana) 10 – Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	10	10
<b>10. Controlo urinário</b>		
0 – Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho 5 – Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) 10 – Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	10	10
<b>Total (0 - 100)</b>	<b>45</b>	<b>45</b>
<b>Resultado</b>	<b>Dependência Moderada</b>	<b>Dependência Moderada</b>

## **APÊNDICE VII**

### **Reavaliação da Avaliação da Funcionalidade das Atividades de Vida Diária**

- Medida de Independência Funcional (MIF)

		Data da Avaliação	
		01/03/18	02/03/18
<b>Autocuidados</b>	Alimentação	6	6
	Higiene Pessoal	4	4
	Banho	3	3
	Vestir metade superior	4	4
	Vestir metade inferior	3	3
	Utilizar sanita	4	4
	<b>Controlo dos esfíncteres</b>	Bexiga	6
Intestino		6	6
<b>Mobilidade/Transferência</b>	Leito/cadeira/cadeira de rodas	3	3
	Sanita	4	4
	Banheira/duche	3	3
<b>Locomoção</b>	<b>Cadeira de rodas</b> Marcha/	1	1
	Escadas	1	1
<b>Comunicação</b>	Compreensão	7	7
	Expressão	7	7
<b>Cognição Social</b>	Interação social	7	7
	Resolução de problemas	7	7
	Memória	7	7
<b>Total</b>		<b>83</b>	<b>83</b>

## **APÊNDICE VIII**

### **Almofada de Atividades**



**Apêndice II**

Plano de Cuidados II



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
**Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

**Estudo de Caso**

**Ana Cristina Nunes Monteiro**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

**Estágio com Relatório**

**Estudo de Caso**

**Ana Cristina Nunes Monteiro**

**Professor Orientador: Professor Doutor Miguel Nunes Serra**

**Enfermeiro Orientador: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de  
Reabilitação [REDACTED]**

[REDACTED]  
**Janeiro de 2018**



## **LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS**

AVD – Atividades de Vida Diária

CIPE - Classificação Internacional da Prática de Enfermagem

C.R. - Cadeira de Rodas

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

IMC – Índice de Massa Corporal

ITU- Infecção do Trato Urinário

MIE – Membro Inferior Esquerdo

MIF - Medida de Independência Funcional

## ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	5
<b>2. AVALIAÇÃO INICIAL.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1. Identificação da Utente.....</b>	<b>7</b>
<b>2.2 História Pessoal.....</b>	<b>8</b>
<b>2.3. Internamentos.....</b>	<b>11</b>
<b>2.4. Medicação no Domicílio.....</b>	<b>12</b>
<b>3. AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>3.1. Exame Neurológico .....</b>	<b>13</b>
3.1.1. Estado Mental.....	13
3.1.2. Motricidade.....	14
3.1.3. Sensibilidade.....	17
3.1.4. Equilíbrio e Marcha.....	18
<b>3.2. Avaliação do Risco de Queda .....</b>	<b>19</b>
<b>3.3. Avaliação do Risco de Úlcera Por Pressão .....</b>	<b>21</b>
<b>3.4. Avaliação da Funcionalidade ao Nível das Atividades de Vida Diária .....</b>	<b>22</b>
3.4.1. Escala de Barthel.....	22
3.4.2. Medida de Independência Funcional.....	24
<b>4 – PLANO DE CUIDADOS .....</b>	<b>26</b>

## APÊNDICES

- Apêndice I - Reavaliação da Força Muscular da D.<sup>a</sup> L.M.J.F. – Escala do Medical Research Council
- Apêndice II - Reavaliação da Sensibilidade Superficial da D.<sup>a</sup> L.M.J.F.
- Apêndice III - Reavaliação do Equilíbrio da D.<sup>a</sup> L.M.J.F.
- Apêndice IV - Reavaliação do Risco de Queda da D.<sup>a</sup> L.M.J.F. – Escala de Morse
- Apêndice V - Reavaliação do Risco de Úlcera Por Pressão da D.<sup>a</sup> L.M.J.F
- Apêndice VI - Reavaliação da Avaliação da Funcionalidade das Atividades de Vida Diária - Escala de Barthel
- Apêndice VII - Reavaliação da Avaliação da Funcionalidade das Atividades de Vida Diária - Medida de Independência Funcional

## Índice de Quadros

Quadro 1 - Escala de Glasgow .....	13
Quadro 2: Escala do Medical Research Council .....	15
Quadro 3: Escala de Morse .....	19

## INTRODUÇÃO

No decorrer do ensino clínico, em contexto de centro de saúde, foi proposto a realização de um plano de cuidados. Este foi construído segundo a linguagem da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE), tendo como base a Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem (2001).

A Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem proporciona à pessoa, família e comunidade a oportunidade de tomarem a iniciativa, assumirem responsabilidades, bem como a possibilidade de se empenharem no desenvolvimento do seu percurso de vida, com vista à saúde e ao bem-estar. Apesar de idealmente ser a própria pessoa a responsável pelo seu autocuidado, quando as limitações a deixam completa ou parcialmente incapaz de cuidar de si própria, a enfermagem pode compensar no défice do autocuidado. McEwen & Wills, citado por Petronilho (2012) referem que a intervenção do enfermeiro na satisfação das necessidades do autocuidado do utente é realizada de forma terapêutica, resultante da incapacidade do mesmo em determinar ou executar as necessidades do autocuidado.

Deste modo, tive a oportunidade de elaborar um plano de cuidados à D.<sup>a</sup> L.M.J.F., uma utente com o diagnóstico de Isquémia Medular Aguda Dorsal a nível da D7 - D8 e D10. Desta intercorrência de saúde, a D.<sup>a</sup> L.M.J.F. apresentava no momento da avaliação, alterações ao nível da sensibilidade superficial, da força muscular, da mobilidade e do controlo do esfíncter vesical. Para avaliar o seu nível de dependência nas atividades de vida diária (AVD), assim como os riscos a que está sujeita, foram usadas algumas escalas como: a Escala de Glasgow, a escala de avaliação da força muscular do Medical Research Council, a Escala de Morse, a Escala de Braden, a Escala de Barthel e a Medida de Independência Funcional (MIF).

Como é mencionado no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) no artigo 4º

as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação são: a) cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; b) capacita a pessoa

com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania e c) maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Este trabalho está dividido em quatro partes: Introdução; Avaliação Inicial; Avaliação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Plano de Cuidados.

## **2. AVALIAÇÃO INICIAL – 12/12/2017**

### **2.1. Identificação da Utente**

Nome: L.M.J.F.

Idade: 53 anos de idade

Data de Nascimento: 7/07/1964

Estado Civil: Viúva (O seu esposo faleceu em dezembro de 2016)

Nacionalidade: Portuguesa

Escolaridade: 4º ano de escolaridade

Profissão: Ex: Magarefa numa fábrica de enchidos

Agregado Familiar: Filha mais nova de quinze anos.

Neste momento a D.<sup>a</sup> L.M.J.F. vive com a sua filha de 15 anos de idade, uma vez que os seus filhos mais velhos estão a morar em casas próprias. No entanto, esta recebe a visita diária da sua filha mais velha, de 34 anos de idade, que se encontra de baixa médica e, por este motivo, consegue passar um grande período do dia com a mãe. O seu segundo filho mais velho, de 32 anos de idade, encontra-se a trabalhar e o facto de morar a vários quilómetros da casa da mãe não lhe dá a possibilidade e a disponibilidade de estar com esta presencialmente, no entanto, telefona-lhe diariamente. A D.<sup>a</sup> L.M.J.F. tem consigo, diariamente, o seu animal de estimação (uma cadela), referindo que “é uma companhia constante” (sic).

Habitação:

Reside numa aldeia pertencente ao concelho de █████. Vive num apartamento com 4 assoalhadas que se localiza no 1º andar. O prédio não tem elevador, o que lhe dificulta o acesso à casa pois desde a entrada do prédio até à porta do seu apartamento existem 15 degraus.

O ambiente do seu apartamento teve que ser adaptado para permitir a mobilidade da D.<sup>a</sup> L.M.J.F. através da cadeira de rodas (C.R.). Devido a esta circunstância, adaptaram a sala em quarto, para facilitar a mobilidade e as transferências e consequentemente promover uma maior independência na

realização das AVD. Na cozinha, os seus filhos colocaram a loiça e os utensílios que eram mais utilizados nos armários que estavam ao seu alcance, permitindo que esta pudesse realizar as refeições.

A D.<sup>a</sup> L.M.J.F. foi adquirindo alguns produtos de apoio para a facilitar no seu dia-a-dia, como é o exemplo do extensível, que usa para conseguir alcançar as roupas que se encontram no roupeiro do seu quarto para se puder vestir. Esta também adquiriu uma cama articulada e um colchão de gel. Apesar da cama ter grades, a utente apenas coloca as grades do lado direito, para facilitar a alternância de decúbito para o lado que tem mais dificuldade, neste caso, para o decúbito lateral direito. Para realizar a transferência do leito para a C.R. e vice-versa a D.<sup>a</sup> L.M.J.F. utiliza uma tábua de transferência.

De forma a ter mais facilidade na realização da AVD higiene corporal, foram realizadas obras em casa, no sentido de substituir a banheira por um poliban, tendo, posteriormente, colocado uma cadeira de duche, um suporte de parede na zona do poliban para se apoiar aquando da higiene corporal e um alteador de sanita com apoio de braços.

O apartamento apresenta ser arejado, limpo e aparentemente sem humidade.

Condições Socioeconómicas: A D.<sup>a</sup> L.M.J.F. encontra-se reformada por invalidez devido ao seu estado de saúde. Devido ao falecimento do marido, esta recebe o subsídio de viuvez.

Centro de Saúde: Unidade de Saúde [REDACTED] [REDACTED].

Apoios: Família e vizinhos.

Intervenção da Enfermagem de Reabilitação: O EEER realiza 2 a 3 sessões por semana no seu domicílio.

## **2.2 História Pessoal**

A D.<sup>a</sup> L.M.J.F. tem 53 anos de idade, é uma Senhora consciente, orientada na pessoa, tempo e espaço. Calma, embora apresente períodos de ansiedade e de labilidade emocional devido ao falecimento do seu esposo e à perda da sua independência.

Ao nível da sua estatura, tem 1 m e 69 cm de altura e 82 kg de peso corporal (avaliação datada de 12/12/2017), tendo um Índice de Massa Corporal (IMC) de 28,7 (acima do peso). Referiu que em junho de 2016 pesava 88 kg de peso corporal (IMC= 30,8 - Obesidade grau I). Esta diminuição de peso deveu-se ao facto de ter sido seguida por uma nutricionista no seu segundo internamento, que lhe estipulou um plano alimentar e lhe deu conselhos para uma alimentação adequada. O aumento da mobilidade e da força muscular tem influenciado de forma positiva a redução do peso corporal.

Até dezembro de 2016 vivia com a sua filha mais nova e o seu marido numa vivenda. Nesse mesmo ano o seu marido faleceu devido a uma neoplasia renal, uma situação que, quando diagnosticada, já se encontrava num estadio avançado, cuja a evolução rápida e imprevisível deixou a D.<sup>a</sup> L.M.J.F. angustiada e triste.

Tem como diagnóstico clínico Isquémia Medular Aguda Dorsal a nível de D7 - D8 e D10. Como antecedentes pessoais apresenta: colangite; coledocolitíase; colecistite aguda; litíase vesicular; infeções urinárias de repetição; anemia normocrómica; lesão renal aguda e bexiga neurogénica.

Desconhece/nega alergias medicamentosas ou alimentares.

Anteriormente a esta situação de doença era uma pessoa independente nas AVD. Não apresentava qualquer limitação.

Ao nível da AVD de alimentação, avaliei os pares cranianos responsáveis pela deglutição (V, VII, IX, X, XI e XII). Deste modo, observei e avaliei o controlo da cabeça e pescoço na posição de sentada, a simetria da face e dos lábios, assim como a capacidade da utente para fechar os lábios firmemente, e ainda, a simetria da língua e da úvula. Esta avaliação foi complementada pela Escala Gugging Swallowing Screen que caracteriza a natureza e o grau de severidade da alteração da deglutição. Após esta avaliação concluí que a utente não apresenta disfagia a líquidos e a sólidos e que consegue alimentar-se por mão própria.

Para avaliar a força muscular utilizei a escala do Medical Research Council. A D.<sup>a</sup> L.M.J.F. apresenta força muscular de 5/5 em todos os movimentos do

segmento da cabeça e pescoço, da escapulo-umeral, cotovelo, antebraço, punho e dedos da mão, ao nível do membro superior esquerdo e direito. Também ao nível do membro inferior direito, apresenta força muscular de 5/5. Em relação ao MIE apresenta, em todos os movimentos da coxo-femural (flexão/extensão, adução/abdução e rotação interna e externa), força muscular de 3/5. Ao nível do joelho, no movimento de flexão, apresenta 3/5 e da extensão 4/5 de força muscular. Relativamente ao segmento da tibiotársica, apresenta força muscular de 3/5 no movimento de flexão plantar e dorsal, e força muscular de 2/5 nos movimentos de inversão e eversão. No que se refere aos dedos do pé, apresenta força muscular de 3/5 ao nível do movimento de flexão e extensão e 2/5 no movimento de adução e abdução.

Ao avaliar a sensibilidade superficial (táctil, térmica e dolorosa) da D.<sup>a</sup> L.M.J.F., esta apresenta alterações apenas ao nível da sensibilidade superficial térmica, no segmento da coxo femural até aos dedos do pé do MIE, o que a compromete na realização das AVD.

Apresenta na região interna das nádegas esquerda e direita uma lesão por humidade, com perda da derme e epiderme. Estas lesões surgiram aquando do seu terceiro internamento, mas, segundo a própria, com boa evolução cicatricial.

Até maio de 2016 apresentava controlo dos esfíncteres. Neste momento, realiza auto-cateterismo vesical 3 a 4 vezes por dia. Em relação a esta técnica, foi realizada educação para a saúde no seu segundo internamento (Centro de Medicina de Reabilitação Y). A Senhora refere não ter dúvidas na execução da técnica e que a realiza sem dificuldades. Segundo a própria, apresenta volumes residuais entre 300cc a 500cc, sendo que no primeiro auto-cateterismo vesical diário, às 7 horas, apresenta entre 700cc a 900cc de volume residual. Apresenta controlo do esfíncter anal.

Sempre trabalhou na área comercial (empregada de loja e cafetaria) e na área industrial (fábrica relacionada com a produção de enchidos). Neste momento encontra-se reformada por situação de doença.

## 2.3 Internamentos

### ➤ 1º Internamento (3/05/2017 a 16/05/2017):

A D.<sup>a</sup> L.M.J.F. apresentou no dia 3/05/2017 uma dor súbita ao nível dorsal com irradiação para o abdómen, 3 horas depois referiu parestesias no MIE, agravamento da dor abdominal e diminuição da força muscular nos membros inferiores, mas mais evidente à esquerda, tendo recorrido ao serviço de urgência do Hospital X, tendo ficado internada.

Durante este internamento realizou exames complementares de diagnóstico tais como:

- Ressonância Magnética dorsal: que revelou de “D7-D8 e D10 compatível com enfarte medular agudo”.

Ainda no decorrer do internamento hospitalar apresentou estase gástrica e candidíase esofágica, cumprindo terapêutica direcionada. Teve alta hospitalar para o domicílio a 16/05/2017, com a indicação para realizar fisioterapia no domicílio 1 a 2 vezes por semana.

### ➤ 2º Internamento (06/07/2017 a 20/09/2017):

No dia 6/07/2017 a D.<sup>a</sup> L.M.J.F. deu entrada no Centro de Medicina de Reabilitação Y, com o objetivo de se tornar mais independente ao nível das AVD e aumentar a força muscular no MIE. À entrada deste internamento encontrava-se algaliada. Realizou Estudo Urodinâmico a 19/07/2017, que revelou “bexiga de normocapacidade, sem evidência de hiperatividade do detrusor e boa compliance do mesmo. Sensibilidade proprioceptiva parcialmente conservada. Sem perdas urinárias”.

Teve alta do Centro de Medicina de Reabilitação Y a 20/09/2017, que segundo as notas da alta “verificando-se melhoria ligeira nos graus de força muscular no MI esquerdo, mas que não foi o suficiente para realizar marcha, devido à deficiente estabilidade pélvica. Realizou apenas posição de pé entre as barras ou no standing-frame. Desloca-se de cadeira de rodas. Ao longo do internamento conseguiu ser independente nas AVD em ambiente adaptado. Iniciou treino vesical com auto-algaliações periódicas. Durante o período noturno, inicialmente, apresentou débitos elevados de urina (>500cc), com necessidade

de algaliação em drenagem contínua. Aquando a alta realizava auto-algaliações de 5/5 horas, não apresentando micções espontâneas”.

➤ 3º Internamento (14/11/2017 a 23/11/2017):

No dia 30/10/2017, recorreu ao serviço de urgência do Hospital Z por disúria e febre, sendo diagnosticada uma infeção do trato urinário (ITU). Realizou terapêutica, inicialmente com nitrofurantoína e posteriormente com ciprofloxacina. Recorreu novamente a este mesmo Hospital no dia 14/11/2017 por febre persistente e lombalgia à esquerda, sem perdas hemáticas e sem dor abdominal. Realizou exames complementares de diagnóstico (análises clínicas; radiografia de tórax; ecografia renal e abdominal e tomografia computadorizada abdomino-pélvica), ficando internada com os possíveis diagnósticos de: colangite por eventual coledocolitíase, colecistite aguda e ITU.

A 17/11/2017 foi colocada prótese biliar para assegurar a drenagem e prótese pancreática profilática. A 20/11/2017 retirou-se a prótese biliar. Apresentou ITU, tendo realizado antibioterapia dirigida. Teve alta hospitalar para o domicílio a 23/11/2017.

## 2.4 Medicação no Domicílio

Ao questionar a D.<sup>a</sup> L.M.J.F. relativamente à sua medicação, esta referiu o nome do medicamento que estava a tomar, a sua dosagem e a hora da toma, sem ter dúvidas na gestão do seu regime terapêutico. Esta refere que toma a medicação todos os dias, e mesmo quando se sente melhor, não deixa de a tomar, falando sempre com o seu médico de família sobre as dúvidas que vão surgindo. Abaixo segue a informação referente à sua terapêutica:

Medicamento	Dose	Via	Hora
Clopidogrel	75 mg	Oral	1 comprimido ao Almoço
Atorvastatina	20 mg	Oral	1 comprimido ao Jantar
Pantoprazol	40 mg	Oral	1 comprimido em Jejum
Sucralfato	1 saqueta	Oral	30 minutos antes das refeições
Pregabalina	50 mg	Oral	1 comprimido ao Pequeno-almoço e ao jantar
Trazadona	150 mg	Oral	1 comprimido à noite
Paracetamol	1 gr	Oral	SOS

### 3. AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO – 12/12/2017

#### 3.1. Exame Neurológico

##### 3.1.1. Estado Mental

##### - Estado de Consciência:

A Escala de Coma de Glasgow define o nível de consciência mediante a observação do comportamento, baseando-se num valor numérico. É o sistema de pontuação mais utilizado internacionalmente para avaliação de utentes em coma, no entanto, é usada para classificar o estado de vigília. A escala foi criada para padronizar as observações clínicas de adultos com traumatismo crânio-encefálico em estado grave, com alterações da consciência. A escala de coma de Glasgow avalia a reatividade do utente mediante a observação de 3 parâmetros: abertura ocular, melhor resposta verbal e melhor resposta motora. Cada componente dos três parâmetros recebe uma pontuação, o seu total varia de 3 a 15. Segundo a aplicação da Escala de Glasgow, a D.<sup>a</sup> L.M.J.F. apresenta score 15, como se observa no quadro abaixo (Quadro 1).

**Quadro 1:** Escala de Glasgow

Variáveis		Score	Avaliação de 12/12/2018
Abertura Ocular	Abertura Espontânea	4	4
	Abertura com estímulos verbais	3	
	Abertura com estímulos dolorosos	2	
	Resposta ausente	1	
Resposta Verbal	Orientada	5	5
	Confusa	4	
	Palavras inapropriadas	3	
	Sons Ininteligíveis	2	
	Resposta ausente	1	
Resposta Motora	Obedece a comandos verbais	6	6
	Localiza Estímulos	5	
	Retirada Inespecífica	4	
	Padrão Flexor	3	
	Padrão Extensor	2	
	Resposta ausente	1	
<b>Total:</b>			<b>15</b>

Fonte: Adaptado de MENOITA, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC. contributos para um envelhecimento resiliente*. Loures: Lusociência

- **Estado de Orientação**: orientada auto e alopsiquicamente.
- **Atenção**: A D.<sup>a</sup> L.M.J.F. apresenta-se vígil. Não apresentou diminuição da capacidade para manter o foco durante a entrevista e nas atividades que realizou.
- **Memória**: Sem alterações na memória sensorial, imediata, recente e remota. Para avaliar:
  - a **memória imediata**: solicitei à D.<sup>a</sup> L.M.J.F. que mencionasse 3 objetos não relacionados entre si e pedi para os repetir imediatamente;
  - a **memória recente**:
    - **De curto prazo**: solicitei à D.<sup>a</sup> L.M.J.F. que guardasse 3 palavras (“carro, sol e tesoura”) e pedi, passados 5 minutos, que voltasse a mencionar estas 3 palavras;
    - **De longo prazo**: pedi à D.<sup>a</sup> L.M.J.F. que me dissesse quais as suas refeições do dia anterior (pequeno-almoço, almoço e jantar);
  - **memória remota**: questionei a D.<sup>a</sup> L.M.J.F. sobre eventos passados que fossem importantes na sua vida (data do seu aniversário, nascimento dos seus filhos, data do seu casamento). Estas informações foram atestadas pela sua filha.
- **Linguagem**: Apresenta discurso coerente e espontâneo. Compreende a informação transmitida, cumpre ordens simples e complexas (dentro das suas possibilidades). Nomeia, repete e não apresenta alterações na leitura.

### 3.1.2. Motricidade

#### - **Força Muscular**:

A força muscular avalia-se em todos os movimentos dos vários segmentos corporais. Esta avaliação inicia-se dos segmentos distais para os proximais e bilateralmente com recurso à Escala do Medical Research Council, na qual o método utilizado vale-se do uso da força e da resistência do profissional. (Quadro 2).

**Quadro 2:** Escala do Medical Research Council

5/5	Movimento normal contra a gravidade e resistência
4/5	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força
3/5	Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência
2/5	Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade. A pessoa consegue mover o membro na base da cama
1/5	Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento
0/5	Sem contração muscular e sem movimento

Fonte: Adaptado de Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC. contributos para um envelhecimento resiliente*. Loures: Iusociência

Segundo a aplicação da Escala do Medical Research Council, a D.<sup>a</sup> L.M.J.F. apresenta força muscular de 5/5 em todos os movimentos dos segmentos dos membros superiores e membro inferior direito e apresenta diminuição da força muscular no MIE como se pode verificar na tabela abaixo:

Segmentos	Movimentos	Avaliação da Força	
		12/12/2017	
Cabeça e pescoço	Flexão	5/5	
	Extensão	5/5	
	Flexão lateral esquerdo	5/5	
	Flexão lateral direito	5/5	
	Rotação	5/5	
Membro Superior		Direito	Esquerdo
Escapulo-umeral	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
	Adução	5/5	5/5
	Abdução	5/5	5/5
	Rotação Interna	5/5	5/5
	Rotação Externa	5/5	5/5

<b>Cotovelo</b>	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
<b>Antebraço</b>	Pronação	5/5	5/5
	Supinação	5/5	5/5
<b>Punho</b>	Flexão Palmar	5/5	5/5
	Dorsi-flexão	5/5	5/5
	Desvio radial	5/5	5/5
	Desvio cubital	5/5	5/5
	Circundação	5/5	5/5
<b>Dedos</b>	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
	Adução	5/5	5/5
	Abdução	5/5	5/5
	Circundação	5/5	5/5
	Oponência do polegar	5/5	5/5
<b>Membro Inferior</b>		<b>Direito</b>	<b>Esquerd o</b>
<b>Coxo Femural</b>	Flexão	5/5	<b>3/5</b>
	Extensão	5/5	<b>3/5</b>
	Adução	5/5	<b>3/5</b>
	Abdução	5/5	<b>3/5</b>
	Rotação Interna	5/5	<b>3/5</b>
	Rotação Externa	5/5	<b>3/5</b>
<b>Joelho</b>	Flexão	5/5	<b>3/5</b>
	Extensão	5/5	<b>4/5</b>
<b>Tibiotársica</b>	Flexão plantar	5/5	<b>3/5</b>
	Flexão dorsal	5/5	<b>3/5</b>
	Inversão	5/5	<b>2/5</b>
	Eversão	5/5	<b>2/5</b>
<b>Dedos</b>	Flexão	5/5	<b>3/5</b>
	Extensão	5/5	<b>3/5</b>
	Adução	5/5	<b>2/5</b>
	Abdução	5/5	<b>2/5</b>

### 3.1.3. Sensibilidade

A sensibilidade foi avaliada em todos os segmentos corporais, iniciando-se a avaliação do distal para o proximal de forma bilateral. Solicitei a D.<sup>a</sup> L.M.J.F. a manter os olhos fechados durante esta avaliação.

- **Sensibilidade Superficial:**

- Sensibilidade tátil: sem alterações.

- Sensibilidade térmica: sem alterações ao nível do hemicorpo direito e membro superior esquerdo. Em relação ao MIE apresenta diminuição da sensibilidade térmica desde a coxo-femural até aos dedos.

- Sensibilidade dolorosa: sem alterações.

- **Sensibilidade Profunda**: sem alterações. A D.<sup>a</sup> L.M.J.F. sente pressão sobre as partes do corpo e identifica a posição exata dos segmentos do seu corpo. A sensibilidade vibratória não foi avaliada.

### 3.1.4. Equilíbrio e Marcha

- **Equilíbrio:**

- Estático: apresenta equilíbrio estático eficaz na posição de sentada e ineficaz na posição ortostática.

- Dinâmico: apresenta equilíbrio dinâmico eficaz na posição de sentada e ineficaz na posição ortostática.

- **Marcha:**

Incapacidade para marcha.

## 3.2. Avaliação do Risco de Queda

Para avaliar o risco de queda utiliza-se a Escala de Morse, um método rápido e simples de avaliar a probabilidade de a pessoa cair. Esta Escala consiste em 6 variáveis (antecedentes de queda/história de queda; diagnóstico secundário; apoio na deambulação; terapia endovenosa em perfusão; tipo de marcha e estado mental/percepção, mental), como se observa abaixo no quadro 3 (Escala de Morse).

### Quadro 3: Escala de Morse

Tabela 1  
*Itens da versão portuguesa da Escala de Quedas de Morse*

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

A avaliação dos 6 parâmetros resulta numa pontuação que oscila entre 0 e 125 pontos. De acordo com a pontuação obtida, a pessoa é classificada num dos 3 níveis de risco: sem risco, baixo risco e alto risco, como está explícito na tabela abaixo:

Níveis de Risco	Pontuação	Medidas a Tomar
Baixo	0 - 24	Cuidados Básicos
Médio	25 - 50	Implementar precauções padronizadas contra quedas
Alto	≥ 51	Implementar intervenções para prevenção de alto risco de quedas

No caso da D.<sup>a</sup> L.M.J.F., esta apresenta história de queda recente, sendo que a última ocorreu em dezembro de 2017, no seu domicílio, quando estava acompanhada pelo seu filho. Desta queda não resultaram sequelas. Segundo a aplicação da Escala de Morse (Quadro 3) a D.<sup>a</sup> L.M.J.F. apresenta alto risco (score de 70), como se observa na tabela abaixo:

<b>Escala de Morse</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Data 12/12/2017</b>
<b>Antecedentes de queda / História de queda</b>	Não: 0 Sim: 25	25
<b>Diagnóstico secundário</b>	Não: 0 Sim: 25	25
<b>Apoio na deambulação</b>	Sem apoio: 0 Auxiliar de Marcha: 15 Apoiado na mobília: 30	0
<b>Terapia endovenosa em perfusão</b>	Não: 0 Sim: 20	0
<b>Tipo de marcha</b>	Normal: 0 Desequilíbrio fácil: 10 Défice de marcha: 20	20
<b>Estado metal / Percepção mental</b>	Consciente das suas limitações: 0 Não consciente das suas limitações: 15	0
<b>Total (0 – 125)</b>		<b>70 (Alto Risco)</b>

### 3.3. Avaliação do Risco de Úlcera Por Pressão

A escala é constituída por 6 dimensões: a percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento. Estas dimensões contribuem para o desenvolvimento de úlcera por pressão, as dimensões estão ponderadas de 1 a 4, exceto a última, que se encontra ponderada de 1 a 3. O score pode variar entre 6 (valor de mais alto risco) e 23 (valor de mais baixo risco). O valor da pontuação total é categorizado pelos seguintes níveis:

<b>Nível de Risco da Escala de <i>Braden</i></b>	
<b>Baixo Risco</b>	> 15
<b>Risco Moderado</b>	13-14
<b>Alto Risco</b>	<12

Segundo aplicação da Escala de Braden, a utente apresenta score de 17 (baixo risco de úlcera por pressão), como se pode constatar na tabela abaixo.

Escala de Braden	Pontuação	Data da Avaliação
		12/12/2017
Perceção Sensorial	1 - 4	3
Humidade	1 - 4	3
Atividade	1 - 4	2
Mobilidade	1 - 4	3
Nutrição	1 - 4	4
Fricção e forças de deslizamento	1 - 3	2
<b>Score Total (6-23)</b>		<b>17 (Baixo risco)</b>

Em relação à integridade cutânea, a D.<sup>a</sup> L.M.J.F. apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas. Não apresenta nenhuma úlcera por pressão.

Na região interna das nádegas direita e esquerda apresenta uma lesão por humidade com perda da derme e epiderme, mas segundo a própria, com boa evolução cicatricial. O tratamento está a ser realizado com soro fisiológico 0,9% e com hidrocolóide.

### 3.4 Avaliação da Funcionalidade ao Nível das Atividades de Vida Diária

Para avaliar o nível de independência da D.<sup>a</sup> L.M.J.F. para a realização das AVD foram usadas duas escalas: o Índice de Barthel e a MIF.

#### 3.4.1. Escala de Barthel

O Índice de Barthel avalia a independência da utente para a execução de 10 AVD. A pontuação da escala varia entre 0 a 100. A pontuação mínima é 0 e corresponde à máxima dependência para todas as AVD e a pontuação de 100 corresponde à independência total, como se pode observar na tabela abaixo:

Pontuação	Nível de Dependência
0 - 20	Dependência Total
21 - 60	Dependência Grave
61 - 90	Dependência moderada
91 - 99	Dependência Muito Leve
100	Independência

Após a aplicação da Escala de Barthel, a D.<sup>a</sup> L.M.J.F. apresenta uma pontuação de 65, o que equivale a uma dependência moderada, como se apresenta na tabela abaixo:

Atividades	Data da Avaliação
	12/12/17
<b>1.Alimentação</b>	
0 - Dependente 5 - Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) 10 - Independente	10
<b>2.Transferências</b>	
0 – Dependente, não tem equilíbrio sentado 5 – Precisa de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se 10 – Precisa de alguma ajuda 15 – Independente	15
<b>3.Mobilidade</b>	
0 – Imóvel 5 – Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas 10 – Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda 15 – Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	5
<b>4.Subir e Descer Escadas</b>	
0 – Dependente 5 – Precisa de Ajuda 10 – Independente, com ou sem ajudas técnicas	0
<b>5.Higiene Pessoal</b>	
0 – Dependente 5 – Independente no barbear, lavar a cara, lavar os dentes	5
<b>6.Ir à Casa de Banho</b>	
0 – Dependente 5 – Precisa de alguma coisa 10 – Independente	5
<b>7.Tomar Banho</b>	
0 – Dependente (necessita de alguma ajuda) 5 – Independente (entra e sai do duche/banheira sem ajuda)	0
<b>8.Vestir</b>	
0 – Incapaz 5 – Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sozinho 10 – Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	10
<b>9.Controlo Intestinal</b>	
0 – Incontinente 5 – Acidente ocasional (uma vez por semana) 10 – Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	10
<b>10.Controlo urinário</b>	
0 – Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho 5 – Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) 10 – Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	5
<b>Total (0 - 100)</b>	65
<b>Resultado</b>	<b>Dependência Moderada</b>

### 3.4.2. Medida de Independência Funcional

A MIF emprega uma escala de 7 pontos para avaliar 18 itens em áreas de: autocuidados; controlo dos esfíncteres; mobilidade/transferência; locomoção; comunicação e cognição social. Esta avaliação foi planeada para avaliar o nível de dependência da pessoa.

A avaliação da pessoa, segundo a MIF, permite avaliá-la num dos 7 níveis de independência funcional, assim como, nos graus de dependência como aparece abaixo indicado:

#### - Níveis de Independência Funcional:

(1) Ajuda total: indivíduo participa em < 25%
(2) Ajuda máxima: indivíduo participa em ≥ 25%
(3) Ajuda moderada: indivíduo participa em ≥ 50%
(4) Ajuda mínima: indivíduo participa em ≥ 75%
(5) Supervisão
6) Independência modificada: ajuda técnica
(7) Independência completa: em segurança, em tempo normal

#### - Graus de Dependência segundo os níveis da MIF:

Nível 7, 6 e 5	Grau reduzido
Níveis 4 e 3	Grau moderado
Nível 2	Grau elevado
Nível 1	Grau muito elevado

Deste modo, para cada um dos itens foi avaliado o nível de independência funcional da D.<sup>a</sup> L.M.J.F. conforme é mencionado abaixo:

		Avaliação (12/12/2018)
<b>Autocuidados</b>	Alimentação	<b>6</b>
	Higiene Pessoal	<b>6</b>
	Banho	<b>6</b>
	Vestir metade superior	<b>6</b>
	Vestir metade inferior	<b>6</b>
	Utilizar sanita	<b>6</b>
<b>Controlo dos esfíncteres</b>	Bexiga	<b>6</b>
	Intestino	<b>6</b>
<b>Mobilidade/Transferência</b>	<b>Leito/cadeira/cadeira de rodas</b>	<b>6</b>
	Sanita	<b>6</b>
	Banheira/duche	<b>4</b>
<b>Locomoção</b>	<b>Marcha/cadeira de rodas(C.R.)</b>	<b>6 (C.R.)</b>
	Escadas	<b>1</b>
<b>Comunicação</b>	Compreensão	<b>7</b>
	Expressão	<b>7</b>
<b>Cognição Social</b>	Interação social	<b>7</b>
	Resolução de problemas	<b>7</b>
	Memória	<b>7</b>
<b>Total</b>		<b>106</b>

#### 4 – PLANO DE CUIDADOS

O Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação tem por base a linguagem da CIPE® versão 2015, em que se encontra descrito os diagnósticos de enfermagem; as intervenções de enfermagem de reabilitação e a avaliação. Os diagnósticos de enfermagem foram delineados após a avaliação da D.<sup>a</sup> L.M.J.F. e de acordo com a Teoria do Autocuidado de Enfermagem de Orem, de forma a cuidar, capacitar e maximizar a utente para as suas AVD.

Diagnóstico de Enfermagem	Data	Sistemas de Enfermagem da Teoria do Autocuidado de Orem	Objetivos	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação
<p><b>Mobilidade do MIE comprometida relacionado com défice neuromuscular manifestado por paresia no MIE.</b></p> <p>-Segundo a Escala do Medical Research Council apresenta diminuição da força muscular: na <u>coxo-femural</u> = 3/5; no <u>joelho</u> (flexão=3/5 e extensão=4/5); na <u>tibiotársica</u> (flexão plantar e</p>	12/12/2017	Sistema de Apoio-Educação	<p>-Preservar a amplitude dos movimentos;</p> <p>-Prevenir a instalação da espasticidade;</p> <p>-Prevenir consequências da imobilidade;</p> <p>-Prevenir a rigidez articular e a perda da massa muscular;</p>	<p>-Monitorizar a força muscular através da escala do Medical Research Council;</p> <p>-Avaliar e monitorizar a mobilidade aplicando a Escala de Barthel e MIF;</p> <p>-Avaliar a dor através da escala numérica (de 0 a 10);</p> <p>-Executar exercícios musculares e articulares ativo-assistidos nos segmentos do MIE e exercícios musculares e articulares ativos no membro inferior direito no leito e na posição ortostática:</p>

<p>dorsal=3/5; inversão e eversão=2/5), nos <u>dedos</u> (flexão e extensão =3/5 e adução e abdução =2/5);</p> <p>-Segundo a Escala de Barthel no item <u>mobilidade</u> =5 (Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas) e no item <u>Ir à Casa de Banho</u> =5 (Precisa de alguma coisa);</p> <p>-Na Escala da MIF, no item <u>mobilidade/transferência</u>:          -leito/cadeira/cadeira de rodas = 6 (Independência modificada: ajuda técnica);          -sanita=6 (Independência modificada: ajuda técnica)          -banheira/duche = 4 (ajuda mínima: indivíduo participa em ≥ 75%).</p>			<p>-Manter a integridade das estruturas articulares, evitar aderências e contraturas.</p> <p>-Melhorar a força muscular;</p> <p>-Adquirir conhecimentos sobre atividades terapêuticas a realizar no leito para promover o aumento da força muscular (rolar para o lado menos afetado; rolar para o lado afetado; ponte; rotação controlada da anca; rolar com apoio no cotovelo para</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Flexão e extensão da coxo-femural;</li> <li>➤ Adução e abdução da coxo-femural;</li> <li>➤ Rotação interna e externa da coxo-femural;</li> <li>➤ Flexão e extensão do joelho;</li> <li>➤ Flexão plantar e flexão dorsal da tíbio társica;</li> <li>➤ Inversão e eversão da tíbio társica;</li> <li>➤ Flexão e extensão dos dedos;</li> <li>➤ Adução e abdução dos dedos.</li> </ul> <p>-Executar técnicas de exercício muscular e articular ativos nos restantes segmentos corporais em todos os movimentos;</p> <p>-Executar atividades terapêuticas no leito: rolar (rolar para o lado menos afetado - decúbito lateral direito) / rolar para o lado afetado - decúbito lateral esquerdo); ponte; rotação controlada da anca; rolar com apoio do cotovelo para se preparar para levantar);</p>
--	--	--	--	---

			preparar-se para levantar).	-Incentivar a realizar carga nos membros inferiores aquando das transferências, com mais ênfase no membro lesado (MIE).
<p><b><u>13/12/17:</u></b></p> <p>A D<sup>a</sup>. L.M.J.F. é participativa dentro das suas possibilidades.</p> <p>Não refere queixas álgicas aquando os exercícios musculo-articulares passivos e ativo-assistidos.</p> <p>Realiza no leito exercícios musculares e articulares passivos ao nível do MIE no segmento da tibiotársica, no movimento de inversão e eversão e no segmento dos dedos, no movimento de adução e abdução, nos restantes movimentos de cada segmento realiza exercícios musculares e articulares ativo-assistidos.</p> <p>Ao realizar a mobilização ativa ao nível da flexão do joelho necessita de ajuda para corrigir o movimento muscular e articular, uma vez que ao executar este movimento, realiza abdução da coxo-femural.</p> <p>Na posição ortostática realiza movimentos musculares e articulares ativos no segmento coxo-femural, consegue realizar o movimento da extensão a 180<sup>o</sup> e flexão a 130<sup>o</sup>. No segmento da tibiotársica na flexão plantar e flexão dorsal realiza mobilizações ativas, mas com mínima flexão.</p> <p>Demonstra dificuldade na realização das atividades terapêuticas como: a ponte; o rolar para o lado afetado e o rolar para o lado menos afetado e na rotação controlada da anca. Na atividade terapêutica, a ponte, tolera por 5 segundos a posição, tem dificuldade em manter a elevação da bacia pela diminuição da força no MIE. Na atividade rolar para o lado menos afetado demonstra dificuldade em realizar a atividade, uma vez que não a faz de forma controlada, mas por “balanço” corporal. Na rotação controlada da anca é necessária uma ajuda mínima para que a utente mantenha a posição correta, necessita de ajuda na flexão do joelho esquerdo.</p>				

Realiza a transferência da posição de deitada para a posição de sentada de forma independente, realizando carga no cotovelo esquerdo. Realiza transferência da cama/cadeira de rodas e cadeira de rodas/sanita sem ajuda de terceiros, embora que o faça arrastando ligeiramente o corpo invés de realizar a extensão da coxo-femural.

Realiza na posição ortostática, com apoio de andarilho, a flexão e extensão da coxo-femural, embora a flexão da coxo-femural tolere por 20 segundos o movimento corporal.

Na Escala de Barthel, no item Transferência = 15 (Independente), no item Mobilidade = 5 (Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas) e no item Ir à Casa de Banho =5 (Precisa de alguma coisa) a D<sup>a</sup>. L.M.J.F. tem que usar um alteador de sanita com apoio de braços. (Apêndice VI).

Na Escala da MIF o item Mobilidade/Transferência: Leito/cadeira/cadeira de rodas = 6 (Independência modificada: ajuda técnica); sanita=6 (Independência modificada: ajuda técnica – alteador de sanita com apoio de braços) e banheira/duche=4 (ajuda mínima: indivíduo participa em ≥ 75%). O item da Locomoção - cadeira de rodas = 6 (Independência modificada: ajuda técnica).

(Apêndice VII).

**03/01/2018:**

Realiza mobilizações ativas ao nível do MIE no leito e na posição ortostática. Na posição de sentada apresenta mais dificuldade em realizar a flexão plantar e flexão dorsal da tibiotársica do que na posição ortostática.

Realiza treino de marcha com apoio de andarilho, mas pela sua insegurança e receio em cair, necessita de ter do seu lado esquerdo uma terceira pessoa para se sentir mais segura e confiante quando realiza a marcha.

Em relação à avaliação anterior (dia 03/01/2018), apresenta pontuação superior na Escala de Barthel, ou seja, no item Mobilidade aumentou a sua pontuação de 5 para 10 (Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda) (Apêndice VI).

Na Escala da MIF no item Locomoção – marcha =5 (supervisão) a D.<sup>a</sup> L.M.J.F. consegue realizar treino de marcha com apoio de andarilho (Apêndice VI).

**10/01/2018:**

Realiza treino de marcha com apoio de andarilho, sem ajuda de terceiros do seu lado esquerdo.

Na Escala de Barthel aumentou a sua pontuação no item da Mobilidade de 10 para 15 (Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses), no caso da D.<sup>a</sup> L.M.J.F. realiza treino de marcha com apoio de andarilho. No item Ir à Casa de Banho =10 (independente) (Apêndice VI).

Na Escala da MIF no item da Mobilidade/Transferência – banheira/duche aumentou de 4 para 5 (supervisão) e no item Locomoção – marcha aumentou para 6 (Independência modificada: ajuda técnica) (Apêndice VII).

Segundo a escala do Medical Research Council apresenta no MIE força muscular = 4/5 (Apêndice I). Na posição ortostática realiza movimentos musculares e articulares ativos, no segmento coxo-femural consegue realizar o movimento da extensão a 180° e flexão a 110°.

<p><b>Equilíbrio Corporal comprometido relacionado com déficit neuromuscular manifestado por apresentar equilíbrio estático e dinâmico</b></p>	<p>12/12/2017</p>	<p>Sistema de Apoio-Educação</p>	<p>-Promover o alinhamento corporal; -Promover o equilíbrio corporal.</p>	<p>-Instruir a D.<sup>a</sup> L.M.J.F. sobre a importância de manter o alinhamento corporal no leito e na posição ortostática, de forma a estimular a sensibilidade; treinar o equilíbrio; reeducar o mecanismo reflexo-postural e estimular movimentos do membro afetado (MIE); -Realizar levante da posição de sentada para a posição ortostática;</p>
--	-------------------	----------------------------------	---	--

<b>ineficaz na posição ortostática.</b>				<ul style="list-style-type: none"><li>-Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada;</li><li>-Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática;</li><li>-Treinar o equilíbrio dinâmico e estático na posição ortostática, realizando a flexão e extensão da coxo-femural;</li><li>-Estimular a manter o equilíbrio corporal, corrigindo a postura: extensão da coxo-femural, báscula posterior da anca e tronco em extensão.</li><li>-Adaptar o calçado quando realiza treino de marcha, de forma a estimular a propriocepo;</li><li>-Adaptar auxiliar de marcha quando realiza treino de marcha (andarilho);</li><li>-Realizar carga nos membros inferiores aquando as transferências;</li></ul>
---	--	--	--	---

				<p>-Executar exercícios musculares e articulares ativos nos segmentos do MIE na posição ortostática:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Flexão e extensão da coxo-femural;</li> <li>➤ Flexão e extensão do joelho;</li> <li>➤ Flexão plantar e flexão dorsal da tíbiotársica.</li> </ul>
<p><b><u>13/12/17:</u></b>  Apresenta equilíbrio estático e dinâmico eficaz na posição de sentada.  Apresenta equilíbrio estático e dinâmico ineficaz na posição ortostática (Apêndice III).</p> <p><b><u>3/01/18:</u></b>  Apresenta equilíbrio estático eficaz na posição ortostática. Apresenta dificuldade após o levante adotar a báscula posterior da anca (Apêndice III).</p> <p><b><u>10/01/2018:</u></b>  Apresenta equilíbrio estático eficaz e equilíbrio dinâmico ineficaz na posição ortostática (Apêndice III).  Com apoio de andarilho realiza treino de marcha com sucesso e apresenta mais facilidade em adotar a báscula posterior da anca após cada passada.</p>				

<p><b>Andar comprometido relacionado com diminuição da força muscular no MIE manifestado por dificuldade em manter uma marcha segura, necessitando de apoio de auxiliar de marcha (andarilho).</b></p> <p>- Segundo a Escala de Barthel no item <u>mobilidade</u> =5 (Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas);</p>	<p>12/12/2017</p>	<p>Sistema de Apoio-Educação</p>	<p>-Prevenir consequências da imobilidade;</p> <p>-Prevenir a rigidez articular e a perda de massa muscular;</p> <p>-Manter a integridade das estruturas articulares, evitar aderências e contraturas;</p> <p>-Instruir e treinar a andar com produto de apoio: andarilho.</p>	<p>-Monitorizar a força muscular através da Escala do Medical Research Council;</p> <p>-Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática;</p> <p>-Avaliar a dor (usando a escala numérica);</p> <p>-Avaliar o risco de queda, através da Escala de Morse;</p> <p>-Executar exercícios musculares e articulares ativos a nível dos segmentos do MIE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Flexão plantar e flexão dorsal da tíbiotársica;</li> <li>➤ Flexão e extensão da coxo-femural;</li> </ul> <p>-Reforçar com a D.<sup>a</sup> L.M.J.F. sobre os riscos de queda e as estratégias para evitar a queda;</p> <p>-Instruir o andar com auxiliar de marcha: andarilho;</p> <p>-Treinar o andar com auxiliar de marcha: andarilho;</p>
---	-------------------	----------------------------------	--	---

<p>-Na Escala da MIF, no item <u>mobilidade/transferência</u>: -leito/cadeira/cadeira de rodas = 6 (Independência modificada: ajuda técnica); banheira/duche = 4 (ajuda mínima: indivíduo participa em ≥ 75%). No item <u>Locomoção</u>: -cadeira de rodas=6 (Independência modificada: ajuda técnica).</p>				<p>-Assistir o andar com auxiliar de marcha: andarilho; -Supervisionar o andar com o auxiliar de marcha: andarilho; -Avaliar o andar com auxiliar de marcha: andarilho.</p>
<p><b><u>13/12/17:</u></b> A D.<sup>a</sup> L.M.J.F quando realiza exercícios musculares e articulares ativos na posição ortostática de forma a iniciar o treino de marcha apresenta dificuldade na flexão da coxo-femural (realiza a 130º) e em manter a báscula posterior da bacia. Segundo a Escala de Barthel no item <u>Mobilidade</u> =5 (Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas). (Apêndice VI).</p>				

Na Escala da MIF o item Locomoção - cadeira de rodas = 6 (Independência modificada: ajuda técnica: cadeira de rodas) (Apêndice VII).

Segundo a Escala do Medical Research Council apresenta no MIE força muscular = 3/5 (Apêndice I).

Apresenta equilíbrio estático e dinâmico ineficaz na posição ortostática (Apêndice III).

Segundo a Escala de Morse apresenta alto risco (score de 70) (Apêndice IV).

**3/01/18:**

A D.<sup>a</sup> L.M.J.F. apresenta dificuldade na coordenação motora, por vezes, não desloca o andarilho para a frente de forma a ter uma maior base de sustentação.

Realiza treino de marcha com apoio de andarilho, mas pela sua insegurança e receio em cair, necessita de ter do seu lado esquerdo uma terceira pessoa para se sentir mais segura e confiante quando deambula. O fato de apresentar receio e ansiedade em cair não facilita no treino de marcha.

Na Escala de Barthel no item Mobilidade aumentou a pontuação de 5 para 10 (Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda) (Apêndice VI).

Na Escala da MIF o item Locomoção – Marcha = 5 (supervisão) a D.<sup>a</sup> L.M.J.F. consegue realizar treino de marcha com apoio de andarilho (Apêndice VII).

**10/01/2018:**

Realiza treino de marcha, conseguindo deambular com apoio de andarilho sem ajuda de terceiros do lado do membro lesado (MIE). Consegue tolerar a posição de báculo posterior da bacia a cada passada do treino de marcha.

Ao realizar treino de marcha com apoio de andarilho, consegue ultrapassar obstáculos que se encontram à sua frente (exemplo: sapato), fazendo a flexão da coxo-femural a 110º de forma a elevar o membro e a ultrapassar o obstáculo.

Apresenta aumento da força muscular no MIE, segundo a Escala do Medical Research Council aumentou de 3/5 para 4/5 (Apêndice I).

Na Escala de Barthel melhorou a sua avaliação: no item Mobilidade aumentou de 10 para 15 (caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão - pode usar ortóteses) (Apêndice VI).

Na Escala da MIF o item Locomoção - Marcha = 6 (Independência modificada: ajuda técnica) (Apêndice VII).

Segundo a Escala de Morse apresenta alto risco (score de 75) (Apêndice IV).

<p><b>Tecido corporal comprometido relacionado com diminuição da mobilidade por lesão por humidade na nádega esquerda e direita.</b></p>	<p>12/12/2017 a 10/01/2018</p>	<p>Sistema de Apoio-Educação</p>	<p>-Melhorar a integridade dos tecidos; -Promover a cicatrização da ferida; -Melhorar a perfusão dos tecidos.</p>	<p>-Monitorizar o risco de UPP através da Escala de Braden; -Vigiar as características da pele (coloração; temperatura e hidratação); -Instruir a D.<sup>a</sup> L.M.J.F. sobre os cuidados a ter com a pele: lavar e secar depois dos cuidados de higiene; -Vigiar os sinais de infeção: calor, rubor, edema e dor; -Instruir a expor ao ar as zonas de maior risco de dermatite; -Incentivar à alternância de decúbitos e transferências (da posição de sentado para a posição ortostática);</p>
--	--	----------------------------------	---	--

				<ul style="list-style-type: none"> <li>-Otimizar a utilização do colchão de pressão alterna;</li> <li>-Otimizar a utilização da almofada de gel na posição de sentada;</li> <li>-Instruir a uma alimentação e hidratação adequada para promover a cicatrização da pele;</li> <li>-Avaliar evolução da cicatrização da ferida;</li> <li>-Executar o tratamento da ferida: lavagem com soro fisiológico e aplicação de espuma: hidrocolóide;</li> <li>-Instruir os cuidados à pele: aplicar emolientes (óxido de zinco/biafine) para hidratar a pele da pessoa, mas não em excesso, de forma a não promover o aumento da humidade cutânea.</li> </ul>
<p><b>13/12/2017</b></p> <p>A D.<sup>a</sup> L.M.J.F. apresenta uma lesão por humidade com perda da derme e epiderme. Após o tratamento descrito nas intervenções de enfermagem apresenta boa evolução cicatricial.</p>				

A utente no leito tem privilegiado os decúbitos laterais e tem colocado a almofada de gel na C.R. Aquando da transferência do leito para a C.R. refere não usar a tábua de transferência com receio de piorar a lesão.

Aplicando a Escala de Braden apresenta baixo risco de úlcera por pressão (pontuação =17) (Apêndice V).

**15/12/2017**

A D.<sup>a</sup> L.M.J.F. refere que o “penso está a sempre a sair” (sic).

A lesão por humidade apresenta boa evolução cicatricial: o leito da ferida apresenta tecido de epitelização.

**10/01/2018**

A D.<sup>a</sup> L.M.J.F. apresenta a pele íntegra, mas ligeiramente macerada.

Aplicando a Escala de Braden a D.<sup>a</sup> L.M.J.F. apresenta menos risco de adquirir uma UPP, uma vez que a sua pontuação aumentou de 17 para 22 (baixo risco de úlcera por pressão) (Apêndice V).

<p><b>Autoestima diminuída relacionada com a incapacidade de marcha manifestada por ansiedade.</b></p>	<p>03/01/2018</p>	<p>Sistema de Apoio-Educação</p>	<p>- Melhorar a autoestima.</p>	<p>-Ensinar de forma clara e simples no momento das intervenções;          -Responder às perguntas da utente de forma clara e objetiva;          -Permitir que a utente verbalize os seus sentimentos e emoções;          -Estabelecer uma relação de ajuda com a utente;          -Reforçar a utente com palavras positivas a cada etapa atingida/superada com sucesso;</p>
--	-------------------	----------------------------------	---------------------------------	--

				<p>-Procurar um ambiente calmo aquando do treino de marcha (afastar a cadela do local onde está a decorrer a execução dos exercícios; colocar o som da televisão no nível mais baixo);</p> <p>-Instruir a utente a executar os exercícios e atividades terapêuticas que consegue realizar de forma independente, sem a necessidade de supervisão, várias vezes durante o dia: o rolar; a ponte e a rotação controlada da anca).</p>	
<p><b><u>13/12/2017:</u></b></p> <p>A D.<sup>a</sup> L.M.J.F. demonstra ansiedade moderada quando inicia os exercícios musculares e articulares, principalmente os de posição de sentada para a posição ortostática “tenho receio de cair” (SIC). Quando realiza uma série de 5 de cada exercício já demonstra algum desconforto e pede para se sentar, esboça uma expressão facial de medo.</p> <p><b><u>10/01/2018:</u></b></p> <p>Demonstra menos ansiedade quando realiza os exercícios musculares e articulares, demonstrando mais confiança e determinação em mostrar as capacidades atingidas até ao momento. A nível do discurso, verbaliza pensamentos positivos.</p>					
<b>Conhecimento mudança</b>	<b>sobre de</b>	12/12/2017 a 10/01/2018	Sistema de Apoio- Educação	-Reduzir o volume residual.	-Esclarecer dúvidas/questões acerca do auto-cateterismo intermitente;

<p><b>comportamento comprometida relacionada com auto-cateterismo intermitente manifestado por volumes residuais elevados no primeiro auto-cateterismo diário (700 a 900 cc).</b></p>				<p>-Explicar sobre os valores dos volumes residuais pretendidos aquando da realização do auto-cateterismo intermitente;</p> <p>-Instruir sobre quais os horários a adaptar para a realização do auto-cateterismo intermitente: de 5horas/5horas para diminuir o volume residual a cada esvaziamento;</p> <p>-Monitorizar os volumes drenados, registando num diário miccional;</p> <p>-Instruir a utente a ir à casa de banho para estimular o reflexo do esfíncter vesical de forma apresentar micção espontânea, e posteriormente realizar o auto-cateterismo intermitente;</p> <p>-Ensinar sobre: a importância do reforço hídrico ao longo do dia, para que a urina fique mais clara e prevenir possíveis infeções urinárias; informação sobre a forma correta de realizar a higiene íntima (limpar-se de frente para trás) a cada</p>
---	--	--	--	--

				micção espontânea e antes e depois da realização do auto-cateterismo intermitente.
--	--	--	--	--

**13/12/17:**

A utente demonstra conhecimento na realização da técnica de auto-cateterismo intermitente.

Refere apresentar uma vez por semana, incontinência urinária transitória (restrição da mobilidade – “Não consegui chegar a tempo ao wc” (SIC) ou incontinência de esforço (mudança de decúbito no leito).

Segundo a escala de Barthel no item Controlo Urinário = 5 (Acidente ocasional - máximo uma vez por semana) (Apêndice VI).

A D.<sup>a</sup> L.M.J.F. refere apresentar micção espontânea, embora em pequena quantidade.

Realiza auto-cateterismo intermitente 3 a 4 vezes por dia: apresenta volumes residuais elevados: 7horas (700cc a 900cc); 10horas (400cc); 17horas (350-400cc) e às 22horas (300cc).

Refere que as características da urina no primeiro esvaziamento diário (7horas) apresenta-se turva e amarela. Refere disúria aquando da micção espontânea, mas sem hematúria.

**15/12/17:**

A D.<sup>a</sup> L.M.J.F. refere realizar auto-cateterismo intermitente 5 vezes por dia e que adaptou o horário conforme estipulado, deste modo, os volumes residuais diminuíram em comparação com os dias anteriores: 7horas (450-550cc); 10horas (300-350cc); 17horas (300-400cc); 22horas (150-200cc) e às 00h (350-400cc).

Mantém queixas de disúria e ardor, por esse motivo vai realizar urocultura para confirmar se tem infeção urinária.

**3/01/18:**

A D.<sup>a</sup> L.M.J.F. por infecção urinária por klebsiella realizou antibioterapia dirigida (meropenem), de 23 a 29 de dezembro, em contexto de hospital de dia. Segundo a própria, devido à infecção urinária estava a realizar 2 vezes por dia auto-cateterismo intermitente com “receio de piorar a situação” (SIC).

Apresenta micções espontâneas. Não apresenta períodos de incontinência urinária transitória nem incontinência urinária de esforço.

Na escala de Barthel o item Controlo Urinário = 10 (Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho) (Apêndice VI).

Na Escala da MIF no item Controlo dos esfíncteres – Bexiga = 6 (Independência modificada: ajuda técnica) (Apêndice VII).

**10/01/18:**

A D.<sup>a</sup> L.M.J.F. referiu estar a realizar 5 vezes por dia auto-cateterismo intermitente e que os valores dos volumes residuais se encontram entre 150cc a 300cc.

Realizou urocultura de controlo que até à data aguarda resultado.

**APÊNDICES**

## **APÊNDICE I**

**Reavaliação da Força Muscular da D.<sup>a</sup> L.M.J.F. – Escala do Medical  
Research Council**

Segmentos	Movimentos	Avaliação da Força			
		12/12/2017		10/01/2018	
<b>Cabeça e pescoço</b>	Flexão	5/5		5/5	
	Extensão	5/5		5/5	
	Flexão lateral esquerdo	5/5		5/5	
	Flexão lateral direito	5/5		5/5	
	Rotação	5/5		5/5	
<b>Membro Superior</b>		<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>	<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
<b>Escapulo-umeral</b>	Flexão	5/5	5/5	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5	5/5	5/5
	Adução	5/5	5/5	5/5	5/5
	Abdução	5/5	5/5	5/5	5/5
	Rotação Interna	5/5	5/5	5/5	5/5
	Rotação Externa	5/5	5/5	5/5	5/5
<b>Cotovelo</b>	Flexão	5/5	5/5	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5	5/5	5/5
<b>Antebraço</b>	Pronação	5/5	5/5	5/5	5/5
	Supinação	5/5	5/5	5/5	5/5
<b>Punho</b>	Flexão Palmar	5/5	5/5	5/5	5/5
	Dorsi-flexão	5/5	5/5	5/5	5/5
	Desvio radial	5/5	5/5	5/5	5/5
	Desvio cubital	5/5	5/5	5/5	5/5
	Circundação	5/5	5/5	5/5	5/5
<b>Dedos</b>	Flexão	5/5	5/5	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5	5/5	5/5
	Adução	5/5	5/5	5/5	5/5

	Abdução	5/5	5/5	5/5	5/5
	Circundação	5/5	5/5	5/5	5/5
	Oponência do polegar	5/5	5/5	5/5	5/5
<b>Membro Inferior</b>		<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>	<b>Direito</b>	<b>Esquerdo</b>
<b>Coxo Femural</b>	Flexão	5/5	3/5	5/5	<b>4/5</b>
	Extensão	5/5	3/5	5/5	<b>4/5</b>
	Adução	5/5	3/5	5/5	<b>3+/5</b>
	Abdução	5/5	3/5	5/5	<b>3+/5</b>
	Rotação Interna	5/5	3/5	5/5	3/5
	Rotação Externa	5/5	3/5	5/5	3/5
<b>Joelho</b>	Flexão	5/5	3/5	5/5	<b>4/5</b>
	Extensão	5/5	4/5	5/5	<b>4+/5</b>
<b>Tibiotársica</b>	Flexão plantar	5/5	3/5	5/5	<b>4/5</b>
	Flexão dorsal	5/5	3/5	5/5	<b>4/5</b>
	Inversão	5/5	2/5	5/5	<b>3/5</b>
	Eversão	5/5	2/5	5/5	<b>3/5</b>
<b>Dedos</b>	Flexão	5/5	3/5	5/5	<b>4/5</b>
	Extensão	5/5	3/5	5/5	<b>4/5</b>
	Adução	5/5	2/5	5/5	<b>3/5</b>
	Abdução	5/5	2/5	5/5	<b>3/5</b>

## **APÊNDICE II**

**Reavaliação da Sensibilidade Superficial da D.<sup>a</sup> L.M.J.F.**

<b>Sensibilidade Superficial</b>	<b>Data da Avaliação</b>	
	<b>12/12/2017</b>	<b>10/01/2018</b>
<b>Sensibilidade Táctil</b>	Sem alterações.	Sem alterações.
<b>Sensibilidade Térmica</b>	Sem alterações ao nível do hemicorpo direito e membro superior esquerdo. Em relação ao MIE apresenta diminuição da sensibilidade térmica desde a coxo-femural até aos dedos.	Sem alterações ao nível do hemicorpo direito e membro superior esquerdo.  Diminuição da sensibilidade térmica no MIE, exceto na planta do pé esquerdo que apresenta sensibilidade térmica ao frio.
<b>Sensibilidade Dolorosa</b>	Sem alterações.	Sem alterações.

### **APÊNDICE III**

**Reavaliação do Equilíbrio da D.<sup>a</sup> L.M.J.F.**

	Data da Avaliação		Data da Avaliação	
	12/12/2017		10/01/2018	
<b>Avaliação do Equilíbrio</b>	<b>Estático</b>	<b>Dinâmico</b>	<b>Estático</b>	<b>Dinâmico</b>
Posição de sentada	Eficaz	Eficaz	Eficaz	Eficaz
Posição ortostática	Ineficaz	Ineficaz	<b>Eficaz</b>	Ineficaz

## **APÊNDICE IV**

**Reavaliação do Risco de Queda da D.<sup>a</sup> L.M.J.F. – Escala de Morse**

		<b>Data da Avaliação</b>	
<b>Escala de Morse</b>	<b>Pontuação</b>	<b>12/12/2017</b>	<b>10/01/2018</b>
<b>Antecedentes de queda / História de queda</b>	Não: 0 Sim: 25	25	25
<b>Diagnóstico secundário</b>	Não: 0 Sim: 25	25	25
<b>Apoio na deambulação</b>	Sem apoio: 0 Auxiliar de Marcha: 15 Apoiado na mobília: 30	0	<b>15</b>
<b>Terapia endovenosa em perfusão</b>	Não: 0 Sim: 20	0	0
<b>Tipo de marcha</b>	Normal: 0 Desequilíbrio fácil: 10 Défice de marcha: 20	20	<b>10</b>
<b>Estado mental / Percepção mental</b>	Consciente das suas limitações: 0 Não consciente das suas limitações: 15	0	0
<b>Total (0 – 125)</b>		<b>70</b> <b>(Alto Risco)</b>	<b>75</b> <b>(Alto Risco)</b>

## **APÊNDICE V**

**Reavaliação do Risco de Úlcera Por Pressão da D.<sup>a</sup> L.M.J.F**

Escala de Braden					Data da Avaliação	
					12/12/2017	10/01/2018
<b>Percepção Sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto</b>	<b>1.Completamente Limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência à sensação, ou Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	<b>2.Muito Limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação, ou tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	<b>3.Levemente Limitada:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	<b>4.Nenhuma alteração:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta déficit sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	3	3
<b>Humidade Nível de Exposição da pele à humidade</b>	<b>1.Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detetada humidade	<b>2.Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	<b>3.Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	<b>4.Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	3	4
<b>Atividade Nível de Atividade Física</b>	<b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.	<b>2.Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser	<b>3.Andar ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a	<b>4.Andar frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas	2	4

		ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	maior parte dos turnos deitado ou sentado.	em duas horas durante o período em que está acordado.		
<b>Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo</b>	<b>1.Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>2.Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinhas.	<b>3.Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades, sem ajuda.	<b>4.Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	3	4
<b>Nutrição Alimentação habitual</b>	<b>1.Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma nenhum suplemento dietético líquido, ou está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros	<b>2.Provavelmente inadequada:</b> Raramente faz uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de metade da refeição oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou derivados de leite. Ocasionalmente toma um suplemento alimentar, ou recebe	<b>3.Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, ou é alimentado por sonda ou num regime de nutrição	<b>4.Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente, entre as refeições. Não requer suplementos.	4	4

	durante mais de cinco dias.	menos do que a quantidade ideal de dieta líquida ou alimentos por sonda.	parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.			
<b>Fricção e Forças de Deslizamento</b>	<b>1.Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	<b>2.Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	<b>3.Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.		2	3
<b>Total:</b>					<b>17 (Baixo Risco)</b>	<b>22 (Baixo Risco)</b>

## **APÊNDICE VI**

### **Reavaliação da Avaliação da Funcionalidade das Atividades de Vida Diária**

- Escala de Barthel

Atividades	Data da Avaliação		
	12/12/17	03/01/2018	10/01/18
<b>1.Alimentação</b>			
0 - Dependente 5 - Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) 10 - Independente	10	10	10
<b>2.Transferências</b>			
0 – Dependente, não tem equilíbrio sentado 5 – Precisa de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se 10 – Precisa de alguma ajuda 15 – Independente	15	15	15
<b>3.Mobilidade</b>			
0 – Imóvel 5 – Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas 10 – Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda 15 – Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	5	10	15
<b>4.Subir e Descer Escadas</b>			
0 – Dependente 5 – Precisa de Ajuda 10 – Independente, com ou sem ajudas técnicas	0	0	0
<b>5.Higiene Pessoal</b>			
0 – Dependente 5 – Independente no barbear, lavar a cara, lavar os dentes	5	5	5
<b>6.Ir à Casa de Banho</b>			
0 – Dependente 5 – Precisa de alguma coisa 10 – Independente	5	5	10
<b>7.Tomar Banho</b>			
0 – Dependente (necessita de alguma ajuda) 5 – Independente (entra e sai do duche/banheira sem ajuda)	0	0	0
<b>8.Vestir</b>			
0 – Incapaz 5 – Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sozinho 10 – Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	10	10	10
<b>9.Controlo Intestinal</b>			
0 – Incontinente 5 – Acidente ocasional (uma vez por semana) 10 – Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	10	10	10
<b>10.Controlo urinário</b>			

0 – Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho 5 – Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) 10 – Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	5	<b>10</b>	10
<b>Total (0 - 100)</b>	65	75	85
<b>Resultado</b>	<b>Dependência Moderada</b>	<b>Dependência Moderada</b>	<b>Dependência Moderada</b>

## **APÊNDICE VII**

### **Reavaliação da Avaliação da Funcionalidade das Atividades de Vida Diária**

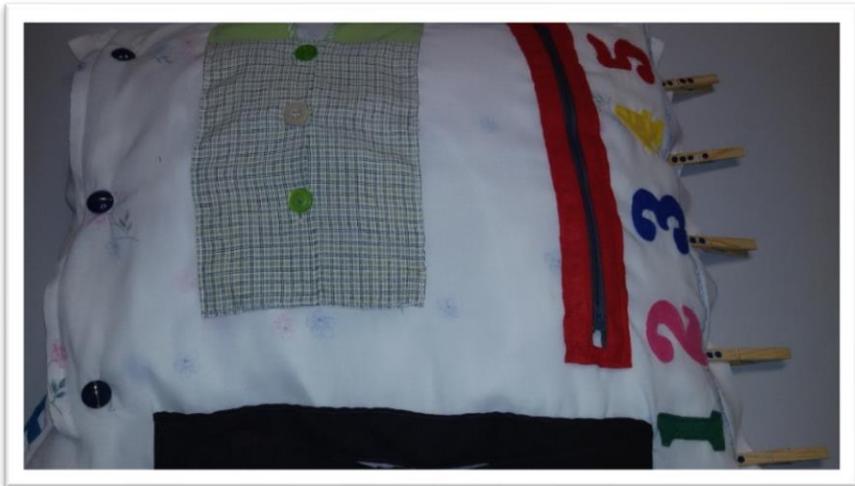
- Medida de Independência Funcional (MIF)

		Data da Avaliação		
		12/12/17	03/01/2018	10/01/18
<b>Autocuidados</b>	Alimentação	6	6	6
	Higiene Pessoal	6	6	6
	Banho	6	6	6
	Vestir metade superior	6	6	6
	Vestir metade inferior	6	6	6
	Utilizar sanita	6	6	6
<b>Controlo dos esfínteres</b>	Bexiga	6	6	6
	Intestino	6	6	6
<b>Mobilidade/Transferência</b>	Leito/cadeira/cadeira de rodas	6	6	6
	Sanita	6	6	6
	Banheira/duche	4	4	5
<b>Locomoção</b>	Cadeira de rodas Marcha/	6 (C.R.)	5 (Marcha-com apoio andarilho)	6 (Marcha-com apoio andarilho)
	Escadas	1	1	1
<b>Comunicação</b>	Compreensão	7	7	7
	Expressão	7	7	7
<b>Cognição Social</b>	Interação social	7	7	7
	Resolução de problemas	7	7	7
	Memória	7	7	7
<b>Total</b>		<b>106</b>	<b>105</b>	<b>107</b>

### **Apêndice III**

“Almofada de Atividades”







## **Apêndice IV**

Exercícios de estimulação cognitiva –  
Memória imediata e memória recente



## Exercícios de estimulação cognitiva

### Memória Imediata

#### Exercício 1

Instruções: Ler os seguintes números para o utente e pedir que este os repita pela ordem que ouviu e, posteriormente os repita, invertendo a ordem:

5
6 4
3 7
0 4 6
4 1 8
9 5 0

#### Exercício 2

Instruções: Ler as seguintes frases e pedir ao utente que as repita:

Vou jantar
Tenho sede
Hoje está frio
Amanhã vamos à praia
No próximo domingo é feriado

### Exercício 3

Instruções: Após ouvir o som, o utente tem que identificar qual o respetivo animal:



## Memória Recente

### Exercício 1

Instruções: Solicitar ao utente que diga qual é a palavra intrusa em cada conjunto de palavras:

Tangerina
Papel
Melão
Manga
Banana

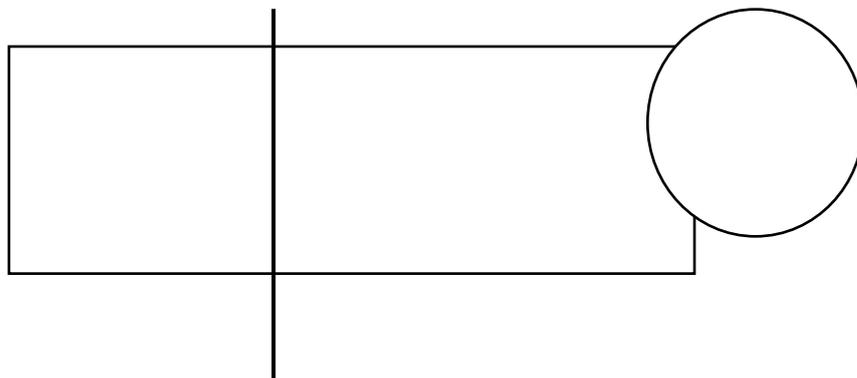
Cozinha
Casa de Banho
Quarto
Limão
Jardim

Carro
Bicicleta
Autocarro
Avião
Lápis

Algarve
Lisboa
Tesoura
Porto
Coimbra

### Exercício 2

Instruções: Pedir ao utente que tente memorizar este desenho e que o reproduza:



Fonte: Nunes, B.& Pais, J. (2014). *Doença de Alzheimer – Exercícios de estimulação* (2ª ed.). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.



## **Apêndice V**

Exercícios de estimulação cognitiva –

Memória remota

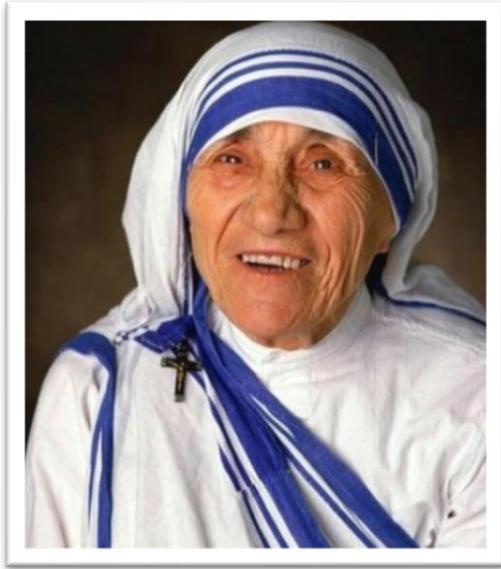


## Memória Remota

### Exercício 1

Instruções: Identificar o nome da pessoa e em que área ficou conhecido/a:





## Exercício 2

Instruções: pedir ao utente que complete as seguintes frases:

A banana é uma \_\_\_\_\_

A capital de Portugal é \_\_\_\_\_

O outono começa no mês de \_\_\_\_\_

O cravo é uma \_\_\_\_\_

A primeira letra do abecedário é o \_\_\_\_\_

As calças é uma peça de \_\_\_\_\_

A caneta serve para \_\_\_\_\_

O animal que mia é o \_\_\_\_\_

O natal celebra-se no mês de \_\_\_\_\_

O terceiro mês do ano é \_\_\_\_\_

O 10 de Junho é o feriado \_\_\_\_\_

## Exercício 3

Instruções: Pedir ao utente que responda às seguintes questões:

Quantas horas tem um dia?

Quantas estações tem um ano? Quais são?

Quantos dias tem uma semana? Quais são?

Quantos dias tem um ano?

Quantos minutos tem uma hora?

Quantos meses tem um ano? Quais são?