



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**
Relatório de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na Capacitação do Cuidador
Informal da Pessoa com Lesão Vertebral Medular no
Regresso a Casa**

Ana Catarina Costa Silva



**Lisboa
2022**

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**
Relatório de Estágio

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na Capacitação do Cuidador
Informal da Pessoa com Lesão Vertebral Medular no
Regresso a Casa**

Ana Catarina Costa Silva

Orientador: Professor Miguel Joaquim Nunes Serra

**Lisboa
2022**

“You can never know everything, and part of what you know is always wrong. A portion of wisdom lies in knowing that. A portion of courage lies in going on anyway.”

Robert Jordan

AGRADECIMENTOS

Ao professor Miguel Serra, pelo apoio, acompanhamento e por conseguir simplificar o que às vezes me parecia tão complexo. O seu pragmatismo e disponibilidade foram um dos motivos de conseguir chegar até aqui.

À Enfermeira Luísa e à Enfermeira Isabel, por partilharem a experiência, o conhecimento, a boa disposição e o seu tempo durante os ensinamentos clínicos.

Às equipas dos locais de estágio por onde passei, por me acolherem e pela disponibilidade que sempre tiveram para esclarecer dúvidas.

Aos colegas, à chefia e à direção de enfermagem do meu local de trabalho, pelo apoio, compreensão e auxílio na gestão do horário.

Aos colegas de curso, pela disponibilidade, incentivo e bom humor durante todo o percurso.

Ao João que me desafiou a começar esta aventura e esteve sempre comigo ao longo de todo o caminho.

À Telma, que apesar das poucas vezes que nos vimos pessoalmente, rapidamente passou de colega a amiga para o resto da vida.

Ao André, por todos os dias me dizer que eu conseguia chegar ao fim e pelo amor infinito que me deu nos dias bons e nos dias menos bons.

Aos meus pais por perceberem a minha ausência em tantas ocasiões e a minha distração em algumas presenças. É graças aos valores que sempre me inculcaram que atingi este ponto da minha carreira profissional.

E, por fim, às pessoas que tanto contribuíram neste meu percurso: os utentes e as suas famílias, com quem aprendi, ri e chorei.

A todos o meu muito obrigada!

ABREVIATURAS

AO – Assistente Operacional

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CI – Cuidador Informal

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

ISNCSCI – *International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury*

LVM – Lesão Vertebral Medular

MIF – Medida de Independência Funcional

MMSE – *Mini Mental State Examination*

MRC – *Medical Research Council*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEG - Gastrostomia Percutânea Endoscópica

PQCEER – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

TNF – Tabela Nacional de Funcionalidade

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

RESUMO

As Lesões Vertebro Medulares (LVM) são eventos extremamente disruptivos no projeto de vida das pessoas que as sofrem, mas também da família que as rodeia e especialmente daqueles que se assumem enquanto cuidadores. Apesar do impacto de uma LVM depender muito do nível motor e sensitivo da mesma, a verdade é que a maioria das pessoas necessita de algum tipo de ajuda no desempenho das suas atividades básicas de vida diária no futuro.

Os avanços da medicina e da tecnologia têm permitido diminuir a taxa de mortalidade e aumentar a esperança média de vida das pessoas com LVM. Contudo, em Portugal, são diminutas as respostas sociais adequadas e a longo prazo para a manutenção dos cuidados a estas pessoas, o que implica a presença de um cuidador informal (CI). Esta pessoa assume-se assim como responsável pelos cuidados da pessoa com LVM, às vezes durante décadas, o que implica a sua capacitação de modo a que os cuidados prestados promovam a saúde da pessoa cuidada e evite a sobrecarga do CI devido à exigência física e psicológica dos cuidados que presta.

Aqui, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) tem um papel fulcral na avaliação e negociação de um plano de reabilitação, não só com a pessoa com LVM, mas também com o seu CI. Para isso é importante que o EEER torne o CI também como foco dos seus cuidados e não apenas como um recurso nos cuidados da pessoa com LVM.

Este relatório descreve o percurso desenvolvido em contexto de Ensino Clínico (EC), com o objetivo de analisar e refletir nas atividades realizadas com o intuito de alcançar as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para a obtenção do título de EEER e as competências preconizadas nos descritores de Dublin para a obtenção do grau académico de Mestre. O fio condutor para a sua elaboração foi a problemática da intervenção do EEER na capacitação do CI da pessoa com LVM no regresso a casa, sendo a capacitação da pessoa e do cuidador uma das competências específicas do EEER.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Lesão Vertebro Medular; Cuidador Informal; Capacitação.

ABSTRACT

Spinal Cord Injuries are extremely disruptive events in the life of not only the people who suffer from them, but also of the family that surrounds them and especially of those who take on the role of caregivers. Although the impact of a Spinal Cord Injury depends very much on its motor and sensory level, the truth is that most people need some kind of help in performing their basic daily living activities in the future.

Advances in medicine and technology have led to a decrease in the mortality rate and an increase in the average life expectancy of people with spinal cord injuries. However, in Portugal, there are few adequate long-term social responses for the maintenance of care for these people, which then require the presence of an informal caregiver. This person thus assumes responsibility for the care of the person with spinal cord injury, sometimes for decades, which necessitates their empowerment so that the care provided promotes the health of the person being cared for and avoids increasing caregiver burden due to the physical and psychological demands of the care provided.

Here, the Rehabilitation Nurse plays a key role in assessing and negotiating a rehabilitation plan, not only with the person with the spinal cord injury, but also with their informal caregiver. To this end, it is important that the Rehabilitation Nurse also makes the informal caregiver one of the focuses of their care and not just a resource in the care of the person with spinal cord injury.

This report describes the journey developed in a clinical teaching context, with the purpose of analysing and reflecting on the activities carried out with the objective of achieving the competencies defined by the Ordem dos Enfermeiros for the attainment of the title of Rehabilitation Nurse and the competencies recommended in the Dublin descriptors for obtaining the academic degree of Master. The main thread that led to its development was the issue of the rehabilitation nurse intervention in empowering the informal caregiver of spinal cord injury patients returning home, being that empowering the person and the caregiver is one of the specific competencies of the rehabilitation nurse.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Spinal Cord Injury; Informal Caregiver; Empowerment.

ÍNDICE

ABREVIATURAS.....	iii
INTRODUÇÃO	1
1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES REALIZADAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	6
1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	7
1.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	7
1.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	9
1.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados.....	12
1.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	14
1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	16
1.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.....	17
1.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.....	26
1.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.....	30
1.3. Competências Desenvolvidas na Capacitação do Cuidador Informal	34
NOTAS FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
Apêndices	
Apêndice I - Formação em Serviço “Cuidados à Pessoa com Alterações da Eliminação Vesical e Intestinal”	
Apêndice II - Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Lesão Vertebro-Medular - Estudo de Caso	
Apêndice III – Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral - Estudo de Caso	

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório, inserida no plano curricular do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tem como finalidade a descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas em EC e que visam a obtenção de competências comuns enquanto Enfermeiro Especialista (EE) e competências específicas enquanto EEER. Este relatório, bem como o EC que lhe deu origem, vem dar continuidade ao trabalho de Projeto realizado na UC Opção II e que dá nome ao presente trabalho: A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Capacitação do Cuidador Informal da Pessoa com Lesão Vertebral Medular no Regresso a Casa.

Esta temática foi escolhida após consideração de vários fatores motivacionais: a nível pessoal e profissional, encontro-me a exercer funções enquanto enfermeira num serviço de reabilitação direcionado para pessoas com LVM e todos os dias presencio as dificuldades vivenciadas pelas pessoas com este tipo de patologia, bem como das suas famílias. De igual modo, também com o aproximar da data da alta da instituição onde trabalho, assisto ao surgir de insegurança por parte das pessoas que querem assumir o papel de cuidador de um familiar e a tomada de decisões extremamente difíceis, como a institucionalização de jovens em equipamentos residenciais para idosos, por falta de respostas específicas na comunidade para estas pessoas (Fontes & Sena Martins, 2014).

As LVM ocorrem quando a medula espinhal, que é a estrutura responsável pelo envio de impulsos e mensagens entre o cérebro e as diversas partes do corpo, pelo controlo da postura, da termorregulação, da eliminação e da função sexual sofre dano. As lesões nesta estrutura podem-se dividir em dois grandes grupos: as traumáticas e as não traumáticas. No grupo das lesões traumáticas, encontramos eventos como quedas, acidentes de viação, de desporto, de mergulho, por arma de fogo, entre outros. No que diz respeito às lesões não traumáticas, encontramos patologias degenerativas, vasculares, infecciosas ou neoplásicas (Faria, 2006).

Após a ocorrência de uma LVM, a mesma é classificada através da realização do exame neurológico e da *International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury* (ISNCSCI), sendo possível determinar o nível sensitivo e o nível

motor da mesma. Esta classificação permite-nos antever a evolução previsível do quadro clínico da pessoa, as limitações futuras e o seu grau de dependência (Faria, 2006). Aquando da determinação do nível da lesão, a mesma pode ser também classificada tendo em conta a incapacidade resultante em: tetraplegia (quando ocorre lesão da medula a nível cervical e que se traduz em alterações da sensibilidade e da função motora dos membros superiores, tronco e membros inferiores) ou paraplegia (a lesão ocorre a partir de D1 e resulta em alterações da sensibilidade e da função motora do tronco e membros inferiores) (Organização Mundial de Saúde, 2013).

Tendo em conta os escassos estudos epidemiológicos efetuados em diversos países, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima a incidência de LVM em 40 a 80 novos casos, por ano, por milhão de habitante (OMS, 2013). Já em Portugal, apesar de não existirem estudos de carácter nacional e recente, a Direção Geral de Saúde (DGS), estima que a incidência de LVM traumáticas seja de 25 novos casos por milhão de habitante e de LVM não traumáticas seja de 6,3 novos casos por milhão de habitante (DGS, 2003).

Os avanços médico-tecnológicos têm permitido uma diminuição da mortalidade e aumento da esperança média de vida destas pessoas, o que consequentemente se traduz num aumento de anos com necessidade de cuidados por parte de outrem e num aumento de despesa em saúde. Apesar de o nível de incapacidade e do nível de dependência da pessoa com LVM variar consoante o tipo de LVM, a falta de respostas sociais a longo prazo, leva a que a maior parte das pessoas com esta patologia sejam cuidadas por um CI (Smith, Boucher, & Miller, 2016).

Em Portugal, o CI é definido pela lei que cria o estatuto do CI como:

o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4º grau da reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida deste de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada. (Lei 100/2019, Anexo, Artigo 2º, p.9)

Entre 1 de Junho de 2020 e 31 de Maio de 2021, este estatuto funcionou através de projetos-piloto, não estando portanto disponível a todos os cuidadores. No dia 10 de Janeiro do corrente ano, foi publicado em diário da República o alargamento do Estatuto do CI a todo o território nacional. Enquanto decorreram os projetos-piloto, foram apresentados 1724 requerimentos para CI, dos quais foram

deferidos 797 (46,2%). Os restantes foram indeferidos ou encontram-se a aguardar análise. Os principais constrangimentos identificados pela Comissão de Acompanhamento, Monitorização e Avaliação Intersetorial relacionam-se com a pandemia, que dificultou a formação aos profissionais na comunidade (Saúde e Área Social), que permitiriam um maior esclarecimento e assistência aos interessados na obtenção do estatuto (Comissão de Acompanhamento Monitorização e Avaliação Intersetorial, 2021).

Tal como a pessoa com LVM, que se vê sujeita a um processo de ajustamento à incapacidade, também o CI atravessa um processo de transição de familiar para cuidador (Jeyathevan, Catharine Craven, Cameron, & Jaglal, 2018). Alguns autores estimam que o CI necessite, em média, de pelo menos cinco meses entre a LVM e o regresso ao domicílio para se adaptarem ao seu novo papel, sendo que os primeiros dois meses após a alta são onde são identificadas as maiores dificuldades de adaptação, não só por já não existir o apoio presencial de um profissional de saúde, mas também por haver necessidade de alterar rotinas diárias (Rodriguez et al., 2018).

Tendo em conta que, por motivos económicos, o tempo de internamento em centros de reabilitação é cada vez mais curto, a reintegração na comunidade da pessoa com LVM, muitas vezes ocorre antes que seja possível explorar o seu potencial máximo de reabilitação e que os ensinamentos prestados à pessoa e ao CI sejam feitos de forma mais condensada, não havendo muitas vezes tempo para treinar e cimentar os ensinamentos realizados. A longo prazo, este fato pode-se traduzir num aumento da despesa em saúde devido ao desenvolvimento de complicações (como úlceras de pressão e infeções do trato urinário) que impliquem novos internamentos em instituições de saúde (Munce et al., 2016).

A capacitação da pessoa e do seu cuidador no seu plano de cuidados é uma das competências definidas pela OE para o EEER (Regulamento nº 392/2019). Assim, cabe ao EEER fazer do CI um dos seus *focus* de cuidados e não apenas como um recurso no planeamento da alta da pessoa com LVM. Isto implica que o EEER realize uma avaliação holística e individualizada do CI e lhe forneça as ferramentas necessárias para a prestação de cuidados do seu familiar, reduzindo o seu nível potencial de sobrecarga (Rodriguez et al., 2018).

Neste sentido, uma das questões base nesta intervenção do EEER terá que ser: “Quais as necessidades do CI da pessoa com LVM no regresso a casa?”. Conti,

Garrino, Montanari & Dimonte (2015) no seu trabalho identificaram cinco áreas de necessidades do CI da pessoa com LVM no regresso a casa: lidar com a mudança, procura de uma pessoa de referência, alteração de papéis, expectativas futuras e alterações na vida diária. Em todas estas áreas o EEER tem competências para intervir, seja diretamente ou como elo de ligação entre a pessoa, o CI e a equipa multidisciplinar, criando condições para que seja dada continuidade aos cuidados à pessoa com LVM, de forma segura, eficaz e promotora de saúde aquando o regresso ao domicílio (Coffey et al., 2017; Rodriguez et al., 2018; Lynch & Cahalan, 2017; Reinhard et al., 2008; Zanini et al., 2021).

Contudo, a capacitação do CI por parte do EEER não passa apenas por lhe dar ferramentas para que haja uma continuidade de cuidados no domicílio, mas também para a prevenção de sobrecarga do cuidador devido ao desgaste físico, emocional, familiar, social e financeiro associados à prestação de cuidados, bem como de estratégias de *coping* que permitam ao CI ultrapassar dificuldades ou obstáculos que surjam no desenrolar da prestação de cuidados (Matos & Araújo, 2021).

Para avaliar a capacitação do CI, o EEER deve, para além de um acompanhamento inicial deste, mesmo que à distância, fazer-se valer da aplicação de escalas que permitam a avaliação da sobrecarga do cuidador, das suas dificuldades e das estratégias de *coping* desenvolvidas (Custódio, 2011).

Sendo a capacidade do CI uma intervenção multifatorial, que irá depender não só da relação terapêutica estabelecida entre a tríade EEER-utente-CI, da complexidade da patologia do utente, da capacidade de aprendizagem do CI, da possibilidade de treino do CI nas instituições de saúde, entre outras, em 2014 o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação identificou a capacitação do CI como uma área de investigação prioritária, tendo em conta as necessidades descritas pelos EEER (Ordem dos Enfermeiros - MCEER, 2014).

Uma vez que a prática de enfermagem é baseada em referenciais teóricos, aquando da conceção do projeto que delineou o EC que baseou o presente relatório, houve um modelo teórico de enfermagem que se evidenciou como orientador e orgânico ao tema: a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. Contudo, ao explorar a temática da capacitação do CI, este modelo não me pareceu suficiente, pelo que se tornou fundamental incorporar a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

A Teoria do Autocuidado é composta por três teorias interrelacionadas entre si: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Tomey & Alligod, 2015). Neste modelo o conceito central é o autocuidado, que Orem define como a função reguladora que a pessoa desempenha de forma contínua e deliberada, com o intuito da manutenção da vida, funcionamento e desenvolvimento físico e psíquico, dentro do normativo para as condições essenciais à vida e à integridade humana. Para a avaliação do autocuidado, a autora, define requisitos do autocuidado de três ordens: requisitos universais (garantem a integridade estrutural e funcional humana); requisitos do autocuidado de desenvolvimento (fomentam os processos de vida e desenvolvimento e evitam situações adversas ao mesmo) e requisitos de desvio de saúde no autocuidado (ocorrem em pessoas com patologias, incapacidades ou limitações, que se encontram diagnosticadas e em tratamento) (Orem, 2001).

Por seu lado, a Teoria das Transições surge da observação de como a pessoa lida com a alteração de papéis, seja ao longo das fases do ciclo vital ou de uma condição ou estado para outro, podendo ocorrer de forma isolada ou em simultâneo. Para a autora existem quatro tipos de transição: de desenvolvimento; saúde/doença; situacional e organizacional (Meleis, 2011; Meleis et al., 2000).

Assim, quando analisamos a temática que dá título a este relatório, é perceptível o fio condutor que estas duas teorias permitem trazer à prestação de cuidados de enfermagem, pois se por um lado temos uma pessoa que deixa de ser capaz de satisfazer as suas necessidades de autocuidado e um cuidador que não pode descurar o seu próprio autocuidado em detrimento do outro, por outro lado temos duas pessoas que rapidamente têm que se adaptar à sua mudança de papel entre independente e dependente e entre familiar e cuidador.

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

A constante evolução dos cuidados de saúde, das necessidades dos utentes e suas famílias, bem como a disseminação de informação, nem sempre correta, leva à necessidade da formação constante e cada vez mais especializada por parte dos enfermeiros (Fonseca, 2015).

Para a atribuição do título de EEER, a OE definiu competências que têm que ser desenvolvidas durante o processo formativo dos enfermeiros, não só específicas para o EEER, mas também comuns a todos os EE, independentemente da área de especialidade. Assim, e tendo em conta o trabalho de projeto elaborado e os objetivos nele definidos, este capítulo dividir-se-á em três partes: competências comuns do EE; competências específicas do EEER e competências desenvolvidas na capacitação do CI.

De modo a desenvolver as competências já referidas, ocorre durante o percurso formativo do EEER um período de EC, em contexto hospitalar e posteriormente na comunidade. O EC em contexto hospitalar decorreu num serviço de internamento de Medicina Física e de Reabilitação de um hospital da Grande Lisboa e que recebe utentes com várias patologias neurológicas, como acidentes vasculares cerebrais, síndrome de *Guillain-Barré*, LVM, entre outras e também utentes pós-cirurgia ortopédica, após estabilização do seu quadro clínico. Neste serviço existem três EEER que trabalham em conjunto com a equipa multidisciplinar (fisiatras, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, psicólogo, nutricionista, entre outros) de modo a desenvolver um plano de reabilitação ajustado às necessidades e expectativas do utente, com o intuito de atingir o seu potencial máximo de reabilitação.

Por seu lado, o EC em contexto da comunidade decorreu numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), inserida numa Unidade de Cuidados na Comunidade da área metropolitana de Lisboa, sendo a equipa de enfermagem constituída por cinco enfermeiros, dois dos quais são EEER. Na equipa da ECCI estão presentes também um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional, um psicólogo e um assistente social a tempo parcial. Os utentes são referenciados para a ECCI pelo hospital ou pelos cuidados de saúde primários, ao abrigo da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), de modo a que haja uma continuidade

dos cuidados necessários no domicílio. No que diz respeito à intervenção do EEER, os utentes referenciados pelo hospital, habitualmente sofreram algum problema de saúde que beneficiaria da sua intervenção com o intuito de melhorar a funcionalidade da pessoa, bem como capacitar o CI nos cuidados prestados. Relativamente à referenciação pelos cuidados de saúde primários, habitualmente ocorrem quando há um aumento do grau de dependência do utente, para que seja feita uma avaliação pelo EEER, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional ou quando há um agravamento do estado de saúde do utente que beneficie, por exemplo, de cuidados de Reeducação Funcional Respiratória (RFR).

Este EC bipartido em duas realidades tão distintas como são o contexto hospitalar e comunitário, permitiu-me desenvolver competências enquanto futura EEER, abrangendo não só a perspetiva hospitalar em que existem vários recursos, bem como profissionais de várias áreas que irão coadjuvar a nossa intervenção, mas também a perspetiva da comunidade, onde os recursos disponíveis são mais diminutos e onde a intervenção de outros profissionais de saúde nem sempre é concomitante com a nossa.

1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O Regulamento n.º 140/2019 que estabelece as competências comuns do EE, define o EE como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (Regulamento n.º 140/2019, Preâmbulo, p. 4744). Para que seja feito este reconhecimento, são então definidos quatro domínios de competências comuns do EE: o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; o domínio da melhoria contínua da qualidade; o domínio da gestão dos cuidados e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019). Para o desenvolvimento destes domínios de competências, aquando da elaboração do Trabalho de Projeto que balizou o EC, foram delineados objetivos com o intuito de os alcançar.

1.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

No que diz respeito ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o objetivo delineado foi: “Desenvolver uma prática profissional ética e legal, respeitando os direitos humanos e os deveres deontológicos.”. Apesar de este

objetivo ter sido elaborado com o intuito de desenvolver uma das competências comuns do EE, a verdade é que é, necessariamente, um dos pilares da prática profissional de qualquer enfermeiro (Deodato, 2016). Diariamente, tento que isto seja uma das realidades da minha prática profissional, promovendo a dignidade da pessoa e o seu direito à privacidade, com algo tão simples como fechar as cortinas na prestação de cuidados que exponham o utente, ao providenciar um sítio mais recatado quando o utente nos pede para conversar ou para expressar a sua religião. Por outro lado, o respeito pelo consentimento informado do utente tem que ser fulcral no nosso planeamento de cuidados. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) define o consentimento informado como sendo uma autorização prestada pelo utente a qualquer ato integrado na prestação de cuidados de saúde, que pressupõe uma explicação detalhada do mesmo (o que se pretende realizar, o modo de atuação, a razão da execução do mesmo e o resultado esperado após a intervenção) e a sua compreensão por parte do utente (ERS, n.d.).

Regressando aos primeiros dias de EC, recorro de estar a discutir o plano de intervenção que tinha delineado com a enfermeira orientadora para o Sr. J., com o mesmo e de lhe questionar se haveria alguma atividade que quisesse acrescentar ou retirar, ao que o Sr. J. me respondeu que eu é que era a enfermeira e como tal eu é que sabia. Mais uma vez, e voltando à minha prática profissional, sempre considerei muito importante que o utente se responsabilize com o seu processo de cuidados, pois só assim o considerará seu, o que constituirá um fator motivacional. Assim, expliquei ao Sr. J. a importância do seu envolvimento na discussão do seu plano de reabilitação, de modo a que este esteja adequado às suas necessidades, expectativas e atividades significativas.

Por outro lado, lembro-me da primeira visita domiciliária que realizei ao Sr. R. que devido a alterações da comunicação e da compreensão, não era capaz de consentir ou colaborar na elaboração do plano de reabilitação. As questões abordadas anteriormente foram então discutidas com a sua cuidadora, de modo a poderem ser incorporadas atividades significativas no plano, como brincar com o seu animal de estimação. Através desta incorporação, era notória a importância desta atividade para o utente, que participava muito mais ativamente no restante processo de reabilitação após o desempenho desta atividade.

Também neste ponto considerei de extrema importância a consulta e análise das normas e protocolos de cada um dos serviços que integrei em EC, o que me

permitiu compreender melhor algumas das atividades realizadas serviços. Por exemplo, em contexto hospitalar permitiu-me compreender melhor a organização dos cuidados, tendo em conta o horário das idas dos utentes aos setores como a terapia ocupacional, terapia da fala ou fisioterapia. A nível do estágio da comunidade, permitiu-me compreender melhor o processo de referenciação dos utentes na RNCCI, bem como os critérios de admissão que devem cumprir. Ainda a nível do EC na comunidade, pude também participar em reuniões da equipa multidisciplinar, onde são discutidos os casos clínicos dos utentes, a sua evolução e definida a alocação das horas disponíveis dos vários membros da equipa às necessidades destes mesmos utentes.

Tal como consta do Código Deontológico de Enfermagem, o enfermeiro tem o dever de exercer a sua atividade profissional, “com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana” e garantindo o cumprimento da legislação aplicável ao exercício profissional (Lei n.º 156/2015, Capítulo VI, Artigo 97º, ponto 1, p. 8078), pelo que o desenvolvimento desta competência não é apenas fundamental para o EE, mas para todos os enfermeiros.

1.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Relativamente ao domínio da melhoria contínua da qualidade, o objetivo definido foi: “fomentar um ambiente terapêutico e seguro à pessoa/familiar”. O conceito de ambiente terapêutico surgiu nos anos cinquenta, associado às comunidades terapêuticas para utentes com doenças psiquiátricas e consistia na criação de um ambiente controlado, que proporcionasse o desenvolvimento de competências sociais e a tomada de decisão pela pessoa, garantindo a sua segurança. Ao longo dos anos o conceito tem evoluído e sido aplicado a outras áreas clínicas para além da psiquiatria. Assim, atualmente, entende-se por ambiente terapêutico um meio propício à criação de relações terapêuticas, em que os cuidados ao utente são prestados por uma equipa multidisciplinar, num modelo de cuidados centrados na pessoa e em que a segurança do utente é um dos alicerces deste ambiente (Mahoney, Palyo, Napier, & Giordano, 2009).

Durante o EC, a tentativa de criar um ambiente terapêutico foi sempre algo notoriamente importante nos serviços por onde passei, apesar de ser impossível individualizar o espaço físico consoante as preferências da pessoa. No contexto hospitalar, em que é o enfermeiro quem mais tempo está com a pessoa e acaba por

criar uma relação terapêutica mais sólida, lembro-me da Sra. J. me perguntar se a sogra lhe poderia trazer para almoçar no fim-de-semana comida caseira, porque a médica assistente a informou que tinha uma anemia e no seu país de origem, para recuperar os valores de hemoglobina, são privilegiados pratos com feijão preto e óleo de palma. Levei então esta questão até à enfermeira orientadora, porque não estava familiarizada com a política do serviço referente a este tema e porque já estava preocupada com o fato de a utente se alimentar muito mal às refeições por a confeção da comida hospitalar não ser do seu agrado. Apesar das restrições impostas pela pandemia, que ditavam que não poderia vir alimentação de fora para a enfermaria, foram pesados os prós e os contras de abrir esta exceção, tendo sido permitido que todos os fins-de-semana a sogra da utente enviasse uma marmita com feijão preto e óleo de palma. Embora a utente mantivesse valores analíticos compatíveis com anemia, desde que passou a ingerir uma refeição de comida caseira por semana, a Sra. J. referiu menos cansaço e mostrou-se muito mais disposta a participar nas atividades propostas.

Por outro lado, recordo que em contexto comunitário, a equipa teve sempre o cuidado de programar o horário das visitas domiciliárias tendo em conta os hábitos dos utentes, desde a sua hora habitual de acordar até ao horário de refeições, de modo a que os cuidados de enfermagem pudessem ser integrados na rotina da pessoa e não o contrário. Apesar de este cuidado nem sempre ser possível ou fácil de articular tendo em conta o tempo das deslocações, a não interrupção das rotinas habituais do utente e do seu cuidador promovia a sua participação no programa de reabilitação. A título de exemplo lembro-me da programação do horário da visita domiciliária do Sr. M. que tinha por hábito acordar bastante cedo e realizar um período de repouso antes da hora de almoço. Devido a intercorrências, uma das visitas domiciliárias teve que ser atrasada, tendo decorrido pelas 11h. O Sr. M. encontrava-se extremamente sonolento e, apesar de querer participar no plano de reabilitação, apresentava muita dificuldade em concentrar-se, pelo que terminámos a visita precocemente de modo a que pudesse repousar. A partir desse dia, esta visita tornou-se na primeira do nosso dia, altura em que o Sr. M. se encontrava mais recetivo e participativo no programa de reabilitação.

Apesar de estes exemplos representarem pequenas alterações nas rotinas dos serviços, a verdade é que para os utentes, e consequentemente para a sua participação nos programas de cuidados, representam um grande impacto.

Como já referido anteriormente, a segurança em saúde é um dos pilares do ambiente terapêutico. Contudo, também é um fator de extrema importância na avaliação da qualidade em saúde. Por segurança em saúde, entende-se a ausência de danos evitáveis ao utente e a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um nível aceitável, tendo como base a evidência atual, os recursos disponíveis e o contexto de cuidados, em comparação com o risco de não tratamento ou de outro tratamento (Mitchell, 2008).

Neste sentido, os registos de enfermagem e as passagens de turno são alguns dos pontos essenciais na promoção da segurança em saúde. Durante o EC em contexto hospitalar, tive uma dificuldade inicial na realização dos registos de enfermagem por não me encontrar familiarizada com os registos em programa informático, contudo, creio que consegui, com o auxílio da enfermeira orientadora e a continuação da prática, realizar registos que transpareceram não só o trabalho desenvolvido com o utente e a sua evolução, mas também as ocorrências pertinentes durante os turnos em que os acompanhei. Creio também ter conseguido transmitir essa informação oralmente nas passagens de turno, de modo a assegurar a continuidade dos cuidados.

Se em contexto hospitalar os registos de enfermagem são indispensáveis, no contexto da comunidade são ainda mais relevantes. Enquanto em meio hospitalar há uma continuidade da vigilância e acompanhamento por profissionais de saúde, o mesmo não acontece na comunidade, podendo ocorrer um sem número de ocorrências entre uma visita e a outra. Durante o EC em contexto da comunidade, foi sempre um cuidado tido antes de iniciar as visitas domiciliárias, consultar os registos para averiguar se o utente tinha recorrido ao seu médico de família, ao serviço de urgência ou a algum médico da especialidade, de modo a tentar antever possíveis alterações na condição do utente.

Contudo, a segurança em saúde é muito mais do que a correta passagem de informação. Passa também por antever e prevenir complicações para o utente, desde o ensino da correta toma da medicação, ao ensino de estratégias para ultrapassar obstáculos. Porém, esta gestão do risco não pode ser desconectada da pessoa. Muitas vezes, em contexto da comunidade, foi tentador sugerir alterações nas casas das pessoas, apenas com o intuito de promover a segurança: desde algo tão simples como o retirar de um tapete, ou até retirar ou mover algum móvel, sem pensar no impacto que isso terá na pessoa. Não nos podemos esquecer que o que

para nós que não vivemos naquela casa ou naquela realidade pode parecer simples, para a pessoa em questão, pode não ser. Por isso, tentei durante o EC negociar as medidas de segurança que achei pertinentes com o utente, em vez de as tentar impor: sugerir a utilização de uma cadeira de rodas quando o risco de queda era muito elevado, mas que para a pessoa se traduziria em que nunca mais iria andar e atingirmos o compromisso de dentro da enfermaria deambular com um andarilho e na deslocação para os departamentos ser utilizada uma cadeira de rodas até que a sua marcha fosse mais eficaz.

Durante o EC creio ter conseguido atingir este equilíbrio entre o que eu enquanto futura EEER considero mais seguro para o utente e o que o utente considera mais importante e significativo para si.

1.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados

Para a aquisição de competências no domínio da gestão de cuidados, o objetivo de estágio que delineeii foi “desenvolver competências de gestão dos cuidados de enfermagem de reabilitação que permitam uma melhoria da qualidade e segurança dos mesmos”.

A palavra gestão deriva do latim *gestiōne* e é utilizada para definir a utilização racional de recursos para atingir determinados objetivos ou facilitar um determinado projeto (Porto Editora, 2022). Neste sentido, é expectável que o EE adote um papel de conselheiro na equipa de enfermagem, de modo a que os cuidados prestados sejam promotores da saúde do utente. No âmbito da reabilitação, acredito que a maior dificuldade no seio da equipa de saúde é não substituir o utente no seu autocuidado, mas estimulá-lo a ser o mais independente possível (Santos, 2016). Durante o EC tentei incutir este conceito nos profissionais com quem trabalhei, especialmente os assistentes operacionais que trabalham em equipa com os enfermeiros e facilmente caem nesta falácia de cuidados. Relembro uma situação com o Sr. M. que tinha sofrido uma LVM após um acidente de viação e que era uma pessoa bastante tímida, pelo que raramente tentava ser uma voz ativa no que diz respeito aos seus cuidados. O Sr. M. apresentava um quadro neuromotor de tetraplegia incompleta, tendo movimentos ativos em todos os segmentos musculares, mas dificuldade na preensão, pelo que o treino de vestuário podia ser um desafio. Contudo, sempre se mostrou muito motivado a experimentar realizar as atividades propostas, seguindo as estratégias sugeridas e exemplificadas. Num dos

turnos em que estive com o Sr. M., enquanto treinava a transferência com outro utente, ouvi o Sr. Assistente Operacional (AO) referir que o ia vestir, ao que o Sr. M. respondeu que não era preciso, que o conseguia fazer de forma independente, desde que a roupa fosse colocada ao alcance dele. A isto o Sr. AO respondeu que era mais rápido se o substituísse. Após deixar o utente com quem estava a trabalhar em segurança, achei por bem intervir na situação, até porque o serviço onde nos encontrávamos se denominava de Serviço de Medicina Física e Reabilitação. De modo a não causar atritos e evitar situações desconfortáveis na presença de utentes, solicitei se o Sr. AO me poderia ajudar com os cuidados de higiene de outro utente, enquanto o Sr. M. se vestia. Quando terminámos os cuidados que fomos prestar e retomámos junto do Sr. M. este já se encontrava vestido, tendo desempenhado a tarefa de forma independente e encontrava-se muito contente por demonstrar as suas capacidades. Após os utentes se terem ausentado do serviço para frequentarem os setores terapêuticos, expliquei ao Sr. AO a importância de promover a independência dos utentes como parte do seu processo de reabilitação. O Sr. AO não voltou a tentar substituir o Sr. M., tendo inclusive impedido outros colegas de o fazerem.

O mesmo acontece no contexto da comunidade, onde os utentes são frequentemente substituídos pelos seus CI, não no sentido de impedirem a sua reabilitação, mas como forma de “mimar” o seu ente querido ou por considerarem que este se encontra incapaz e como tal tem que ser substituído. Apesar de compreender esta abordagem, durante o EC, tentei ter o cuidado de demonstrar ao CI as capacidades do seu familiar e incentivar que não o substituíssem nas atividades que eram passíveis de ser executadas sem ajuda. Enfatizei frequentemente que a melhor maneira de “mimar” um ente querido seria confeccionar o seu prato favorito e dar-lhe tempo para que se sentisse mais confiante no desempenho do seu autocuidado.

Durante o EC na comunidade, tive oportunidade de participar nas reuniões multidisciplinares mensais da ECCI, onde eram apresentados os novos utentes admitidos desde a última reunião e discutido o plano de reabilitação, bem como a evolução dos vários utentes acompanhados. Nestas reuniões pude, com o estímulo da enfermeira orientadora, sugerir alterações nos planos de reabilitação ou diferentes atividades para atingir os objetivos delineados para os utentes. Tal foi possível graças às muitas conversas que tivemos sobre a evolução, ou não, dos

utentes após as visitas domiciliárias e que me permitiram ganhar confiança na minha capacidade de gerir os cuidados desses mesmos utentes.

1.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

De modo a desenvolver competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foi delineado o seguinte objetivo: “Promover estratégias que levem ao desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, com o intuito de facilitar o estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa e o cuidador/familiar”.

Durante o EC realizei várias reflexões, consoante iam surgindo situações em que senti necessidade de voltar atrás e repensar as dificuldades que senti ou as atitudes que tomei. A primeira destas reflexões prendeu-se precisamente com este domínio de competências e foi elaborada na primeira semana de EC. Regressar ao papel de estagiário quando já se é enfermeiro há alguns anos e se orienta alunos, ainda que num contexto diferente como o da especialidade, nem sempre é fácil. Não só implica a integração e adaptação em novas equipas, como é agriço pois é apenas por um curto espaço de tempo. Neste sentido, admito que no início do EC tive algum receio de partilhar a minha opinião sobre os temas em discussão em reunião de equipa, com outras pessoas que não a enfermeira orientadora. Assim, senti necessidade de refletir no porquê deste receio: se seria devido à insegurança nos conhecimentos científicos ou na insegurança da minha posição na equipa.

Como já referi anteriormente, a minha prática profissional é vocacionada para a reabilitação de utentes com patologia neurológica, o que em contexto de EC me permitiu ter um maior à vontade no contato com o utente e a família, nos ensinamentos prestados e em assumir um papel mais proativo na sugestão de atividades que promovam o processo de reabilitação do utente. Contudo, não me encontrava no seio da minha equipa habitual, o que trouxe ao de cima algumas inseguranças, nomeadamente o receio de me sentir demasiado confortável no contexto hospitalar, por ser tão semelhante à minha prática profissional diária. Abordei este ponto com a enfermeira orientadora, de modo a tentar desenvolver estratégias para ultrapassar esta situação e concluí que seria mais proveitoso para o meu desenvolvimento enquanto EEER transformar esta semelhança entre a minha realidade profissional e o contexto de EC num dos meus pontos fortes por me permitir partilhar experiências

e estratégias diferentes com a equipa, tornando o EC não só um contexto de aprendizagem, mas também de partilha.

Apesar de o EC em contexto hospitalar ter decorrido num serviço de Medicina Física e Reabilitação, a verdade é que a equipa de enfermagem apenas contava com três EEER e muitos dos outros membros da equipa tinham sido recentemente mobilizados (devido às necessidades resultantes da pandemia) para o serviço e referiam algumas dúvidas relativas ao processo de reabilitação de pessoas com patologia neurológica. Neste sentido, juntamente com um colega do curso de Especialidade Enfermagem de Reabilitação de outra escola superior de enfermagem que também se encontrava em EC no mesmo serviço, desenvolvemos uma formação em serviço denominada “Cuidados à Pessoa com Alterações da Eliminação Vesical e Intestinal” (Apêndice I). O feedback dos colegas após a formação foi muito positivo, especialmente no que diz respeito às alterações na eliminação vesical e intestinal na pessoa com LVM e as intervenções de enfermagem que podem melhorar a qualidade de vida dessas mesmas pessoas e na abordagem simplificada aos exames complementares de diagnóstico utilizados na área, como o estudo urodinâmico.

No que diz respeito ao EC em contexto da comunidade, a primeira reflexão que fiz centrou-se no fato de não me sentir confiante, numa primeira fase, em entrar em casa dos utentes. Enquanto enfermeiros tentamos ao máximo preservar a privacidade do utente, contudo, nas visitas domiciliárias entramos diretamente no sítio mais privado da pessoa, a sua casa. Apesar de todos os utentes e as suas famílias nos receberem com agrado e valorizarem a nossa intervenção, apercebemo-nos muitas vezes de dificuldades que atravessam, sejam a nível económico, social ou familiar. Nestas situações, a equipa tentou sempre encaminhar as famílias para o profissional que poderia dar melhor resposta ao caso, seja a assistente social ou a psicóloga, porém é também necessário lidarmos com a nossa resposta emocional às situações. Expus esta dificuldade à enfermeira orientadora, já veterana em cuidados domiciliários, que me referiu que ainda tinha dificuldade em lidar com a sua resposta emocional a algumas situações e que a sua estratégia passava por: insistir com outros profissionais para falarem com a família e reavaliarem a condição das mesmas com maior frequência, quando era feita a referência ou, às vezes, algo tão simples como aumentar o número de visitas domiciliárias (quando possível), de modo a que se sentissem mais apoiados ou

relembrar da possibilidade de um internamento de um mês numa estrutura da Rede Nacional de Cuidados Continuados para descanso do cuidador, podiam ser intervenções suficientes para melhorar substancialmente algumas dificuldades experienciadas pelas famílias a quem são prestados cuidados.

Este desconforto inicial em entrar em casa das pessoas foi sendo ultrapassado, especialmente ao verificar o impacto que os cuidados prestados pelo EEER têm para estas famílias, em que todos os ganhos em funcionalidade e todos os ensinamentos e treinos realizados com o CI se traduzem em qualidade de vida para os visados.

Durante todo o EC a pesquisa contínua, não só das especificidades inerentes a cada patologia, mas também de intervenções de enfermagem de reabilitação, permitiu enriquecer ainda mais o leque de conhecimentos disponíveis. A consulta da documentação específica existente em cada contexto de estágio, *guidelines* e normas, bem como a pesquisa bibliográfica associada aos casos clínicos que foram surgindo, teve um papel preponderante no desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Contudo, foi muito importante a intervenção das enfermeiras orientadoras, de modo a balizar a recolha de informação e a implementação ou adaptação dos novos conhecimentos. Esta aplicação da teoria à prática, apoiada pela experiência das enfermeiras orientadoras, foi fundamental no desenvolvimento das competências comuns do EE e das competências específicas do EEER.

1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O reconhecimento da importância da reabilitação física surgiu como consequência dos grandes conflitos armados, tendo sido impulsionada pela Segunda Guerra Mundial e pela necessidade de cuidar de pessoas com incapacidade. Em Portugal a enfermagem de reabilitação ganhou visibilidade na década de 60 com a construção do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, onde surgiu o primeiro curso da especialidade. Desde a sua criação, o currículo da especialidade tem sido atualizado de modo a dar resposta às necessidades emergentes na sociedade (Correia, Teixeira, Bernardes, & Queirós, 2021).

Deste modo e tal como foram definidas competências comuns para o EE, a OE, delineou também competências específicas para a especialidade de enfermagem de reabilitação. Estas competências encontram-se explanadas no

Regulamento nº 392/2019 (Artigo 4.º, ponto 1, pp. 13566) e dividem-se em três grandes grupos:

- 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

Assim, o EEER é descrito como o profissional dotado de conhecimentos específicos que lhe permite intervir junto da pessoa com necessidades especiais, maximizando a sua funcionalidade e aumentando a sua autonomia (Regulamento nº 392/2019).

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

Segundo o descritivo desta competência, o EEER identifica as necessidades de intervenção de enfermagem de reabilitação em pessoas que não são capazes de realizar as suas atividades básicas de forma independente. O primeiro passo para a identificação destas necessidades reside numa avaliação inicial da funcionalidade da pessoa e das suas limitações, para que posteriormente possa ser negociado um plano de cuidados dirigido às necessidades e expectativas da pessoa.

Durante o EC pode realizar a admissão de vários utentes ao serviço. Em contexto hospitalar, os utentes eram provenientes de vários serviços do Centro Hospitalar que o integrava, após avaliação por parte de um fisiatra. Assim, habitualmente, a informação referente ao utente vinha acompanhada de uma avaliação do quadro neuromotor do mesmo, bem como uma descrição sumária da sua incapacidade nas atividades básicas. Contudo, a verdade é que entre esta avaliação e a admissão no serviço podem decorrer semanas, durante as quais ocorre evolução da situação de saúde da pessoa. Deste modo, aquando da admissão no serviço, para além de uma colheita de dados completa, é aplicado o Índice de Barthel, a Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) e avaliada a força muscular através da Escala do *Medical Research Council* (MRC). Apesar de estes três instrumentos de avaliação serem usados de forma mais rotineira e generalizada, consoante a causa da incapacidade da pessoa, foram realizadas

avaliações mais direcionadas, como por exemplo a avaliação dos pares cranianos na pessoa vítima de acidente vascular cerebral (AVC) ou a realização do exame neurológico recorrendo à ISNCSCI nas pessoas com LVM. Para além destas, foi também aplicada a Escala de Berg para a avaliação do equilíbrio, a Escala de Ashworth Modificada para avaliação da espasticidade, a Escala Modificada de Borg para avaliação da dispneia e o *Mini Mental State Examination* (MMSE) para avaliação do estado cognitivo da pessoa.

A escolha e utilização dos instrumentos referidos, foi realizada após a integração inicial no serviço, onde já existia a padronização da aplicação de algumas delas e discussão com a enfermeira orientadora sobre quais os instrumentos com que a equipa se encontrava mais familiarizada. Tendo em conta a curta permanência em EC, não se tornaria proveitoso a aplicação de instrumentos de avaliação com os quais os colegas não se encontrassem familiarizados, pois isto apenas se iria traduzir em perda de informação importante sobre a condição do utente. Relativamente aos instrumentos cuja aplicação se encontra padronizada no serviço, incluem-se: o Índice de Barthel que é aplicado na admissão e alta da pessoa, bem como sempre que existam alterações de funcionalidade no autocuidado e a Escala de MIF, que tal como o Índice de Barthel é aplicada na admissão e alta. Na utilização destes instrumentos, numa fase inicial, foi muito importante a utilização do manual explicativo dos mesmos, de modo a que a avaliação fosse o mais rigorosa possível.

Em contexto prático, a avaliação inicial de enfermagem de reabilitação é um processo extenso e moroso que, infelizmente, nem sempre é possível concluir no dia da admissão por indisponibilidade de tempo útil. Contudo, visto ter permanecido com os mesmos utentes durante alguns turnos consecutivos, foi possível ir aplicando os instrumentos de avaliação já referidos de forma sistemática. Por exemplo, a necessidade de aplicação da Escala de Ashworth Modificada surgiu aquando da realização de mobilizações passivas da coxofemoral a um utente com um quadro de tetraparésia, em que a espasticidade existente dificultava o início da flexão da articulação. Assim, foi aplicada a Escala de Ashworth Modificada (Bohannon & Smith, 1987), após questionar alguns pontos com a enfermeira orientadora, especialmente na diferenciação entre alguns dos graus, devido à minha inexperiência na utilização da escala. Aqui o conselho da enfermeira orientadora

centrou-se no valor da experiência, pois após o contacto com vários utentes foi mais simples diferenciar os vários graus de tónus muscular de forma mais simples.

Por outro lado, pude aplicar o MMSE a utentes com sequelas de AVC, com o intuito de identificar alterações cognitivas ou da compreensão. Apesar de alguns autores (Toglia, Fitzgerald, O'Dell, Mastrogiovanni, & Lin, 2011) defenderem uma maior eficácia da utilização do *Montreal Cognitive Assessment* no despiste de alterações cognitivas em utentes com AVC, este não era comumente utilizado no serviço, pelo que não foi aplicado.

Relativamente à Escala MRC para a avaliação da força muscular, esta é aplicada a todos os utentes, sempre que estão a ser cuidados por EEER. Contrariamente à Escala Modificada de Ashworth, cujos diferentes graus me suscitaram algumas questões, a avaliação da força muscular mostrou-se mais simples de realizar, provavelmente por a utilizar frequentemente em contexto profissional. Ainda em contexto hospitalar, tive oportunidade de aplicar a Escala de Berg, para avaliação de equilíbrio a vários utentes com patologia neurológica (AVC, LVM, Síndrome de Guillain-Barré, entre outros) e pós-cirurgia ortopédica.

Foi também possível realizar a avaliação dos pares cranianos a utentes com AVC, com o apoio da enfermeira orientadora. Aqui, a grande dificuldade foi sistematizar toda a avaliação mentalmente, de modo a realizar uma avaliação correta e lógica do utente, pois para além de ser uma avaliação demorada, engloba vários passos, muito diferentes, consoante o par craniano a ser avaliado, pelo que senti necessidade de utilizar a tabela existente no serviço. Esta tabela sistematiza as alterações possíveis na avaliação dos pares cranianos e permite um preenchimento de forma simples. Tive também oportunidade de observar a realização do exame neurológico com a Escala ISNCSCI, com uma das fisiatras do serviço a um utente com LVM. Esta avaliação foi uma mais-valia, especialmente quando associada à ferramenta de preenchimento *online*, que permite não só calcular automaticamente o *score* da escala, mas também oferece informação visual do nível da lesão, sensitivo e motor. Pude ainda realizar a avaliação da sensibilidade táctil, recorrendo a uma bola de algodão; a sensibilidade dolorosa, recorrendo a uma agulha; a sensibilidade térmica, recorrendo a um pequeno tubo de soro aquecido ou gelado; a sensibilidade vibratória, recorrendo a um diapasão e a sensibilidade proprioceptiva, pedindo ao utente para descrever a posição de determinada parte do corpo, por exemplo, após

exemplificar pedir ao utente para identificar se o pé se encontra em dorsiflexão ou flexão plantar (OMS, 2003).

No que diz respeito ao EC em contexto da comunidade, para além das escalas descritas anteriormente, também utilizei a Tabela Nacional de Funcionalidade (TNF), a Escala Modificada de Borg para avaliação da dispneia e a Escala de Zarit para avaliação da sobrecarga do CI. A TNF é um instrumento elaborado pela DGS, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da OMS, “com o objetivo de adotar políticas de saúde e sociais, de acordo com a funcionalidade da pessoa com doença crónica e não apenas de acordo com a sua incapacidade” (Despacho n.º 4306/2018). O preenchimento da mesma foi realizado na plataforma da RNCCI, aquando da admissão do utente, alta e mensalmente. A TNF é aplicada a todos os utentes com mais de dezoito anos, o que dificulta a tradução de alguns aspetos próprios da vida dos utentes com mais de sessenta e cinco anos, como por exemplo a adaptação à reforma. Por outro lado, é uma avaliação extremamente longa, mas cujas hipóteses de resposta não permitem estádios intermédios ou algumas particularidades do utente. Lembro-me por exemplo de estar a preencher a TNF do Sr. M. e nas competências específicas, no ponto que avalia a leitura não existir a hipótese de o utente ser analfabeto. Apesar de atualmente existir escolaridade obrigatória, o mesmo não acontecia antes de 1964 (Decreto de Lei n.º 45 810), pelo que em alguns utentes a inaptidão na leitura não está associada a incapacidade, mas sim ao facto de nunca ter aprendido.

Relativamente à aplicação da Escala Modificada de Borg para avaliação da dispneia, foi aplicada em utentes que estiveram infetados com SARS-CoV-2, com permanência em unidade de cuidados intensivos e necessidade de ventilação invasiva. A Escala Modificada de Borg é uma escala subjetiva em que o utente nos refere a sua perceção da dispneia, tendo sido difícil relacionar a perceção do utente com os valores obtidos na avaliação da frequência respiratória e cardíaca e da saturação periférica de oxigénio. Por exemplo, relembro a Sra. C. que era adversa a alguns dos exercícios realizados na visita domiciliária, como os agachamentos, pelo que referia valores mais elevados na Escala Modificada de Borg nesta atividade do que ao subir e descer um lanço de escadas, apesar de os valores objetivos de oximetria de pulso e de frequência respiratória serem sugestivos de dificuldade respiratória nesta última atividade e não na primeira.

No que diz respeito à Escala de Zarit, a mesma foi aplicada à esposa do Sr. M. em contexto de estudo de caso e em forma de entrevista (uma vez que a senhora é iletrada). Mais uma vez, devido à extensão da escala as questões foram sendo colocadas ao longo de algumas visitas domiciliárias, devido aos constrangimentos de tempo.

Sendo as escalas e avaliações descritas até aqui as que se relacionam com a especificidade de atuação do EEER, foram também aplicadas a Escala de Morse e a Escala de Braden, em consonância com os programas de melhoria contínua em vigor nos locais de estágio.

Após a avaliação auxiliada pelos instrumentos já descritos, foram elaborados planos de cuidados para os utentes, à luz da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. A elaboração destes planos foi realizada em conjunto com as enfermeiras orientadoras e posteriormente negociados com os utentes e família. O objetivo dos planos elaborados foi o de criar um fio condutor do processo de reabilitação, ou seja, após a identificação das necessidades do utente recorrendo à avaliação inicial efetuada, foram identificadas as áreas de intervenção e traçados objetivos concretos e exequíveis, tendo em conta a incapacidade do utente (Santos, 2016). Regularmente, foi feita a avaliação dos objetivos delineados e sempre que estes foram alcançados, delinear-se novos objetivos, sempre num crescendo de funcionalidade e independência. A nível de exemplo, relembro o Sr. J., o primeiro utente que me foi atribuído em EC e cujo estudo de caso foi apresentado em contexto de aula (Apêndice II), um dos objetivos traçados foi a promoção da independência no autocuidado higiene. Este objetivo foi rapidamente atingido tendo em conta os produtos de apoio disponíveis (cadeira de banho) e as condições estruturais do serviço (casa de banho com base de duche). Isto foi um fator motivacional para o utente: ser capaz de realizar a sua higiene sozinho. Contudo, e após conversar várias vezes com o utente e visualizado um vídeo da casa de banho no domicílio do utente (que a família gentilmente realizou a nosso pedido), verifiquei que existiam barreiras arquitetónicas à ida ao duche em cadeira de banho: a casa de banho possui-a uma banheira. O Sr. J. referiu que já tinha conversado com a esposa e que iriam realizar obras na casa de banho, para colocarem um polibã, que lhe permitisse ir ao duche com um banco de duche. Assim, a partir daí, iniciámos o treino da higiene com banho de duche. Com isto recuámos na independência do utente na higiene, pois com o banco de duche o Sr. J. precisava de assumir a

posição de pé para realizar parte dos seus cuidados de higiene e o seu equilíbrio em pé, naquela fase do internamento, ainda não era eficaz. Porém, o treino deste autocuidado passou a ser direcionado às necessidades do Sr. J. no pós-alta. Quando terminei o EC no serviço onde o Sr. J. se encontrava internado, o mesmo já era novamente independente no autocuidado higiene, graças à melhoria do equilíbrio.

Também com o Sr. M., o primeiro utente que recebi em contexto comunitário e cujo estudo de caso foi apresentado em contexto de aula (Apêndice III), o plano de cuidados foi elaborado em conjunto com as necessidades expressas pelo utente e pela sua cuidadora e reformulado várias vezes, consoante os objetivos foram sendo atingidos, ou as necessidades do utente foram sendo alteradas. Relembro que na elaboração deste plano de cuidados, eu e a enfermeira orientadora, delineámos intervenções que não se adequavam à fase do processo de reabilitação em que o utente se encontrava, mas que eram muito importantes para este. Isto é, uma das atividades que o utente referia como significativa era assumir a posição de pé, contudo, iniciar a posição ortostática num utente que não apresenta equilíbrio estático sentado pode-se comparar a “começar a construir uma casa pelo telhado”. Acredito que noutro caso que não o do Sr. M., não teríamos sequer considerado esta atividade numa fase inicial do plano de cuidados, contudo, era algo que era de extrema importância para o utente e que serviu como o fator motivacional que criou os alicerces de todo o processo de reabilitação. E esta atividade que no início obrigava a presença de dois profissionais de saúde, com alguma robustez física, um andarilho e muitas orientações verbais para um resultado de alguns segundos, no final das sete semanas em que acompanhei o utente, era algo que o utente desempenhava sozinho, com apoio do andarilho, permitindo já a realização de alguns passos que permitiam a sua deslocação à beira do leito e uma melhoria significativa na avaliação da Escala de Equilíbrio de Berg.

A elaboração de um plano de cuidados de reabilitação em parceria com o utente, com objetivos exequíveis à condição da pessoa e com atividades direcionadas às necessidades verbalizadas pela mesma, é um fator promotor da adesão do utente a este mesmo plano (Santos, 2016). Contudo, também o desenvolvimento de uma relação terapêutica é fundamental para a adesão do utente a todo o processo de reabilitação. Relembro de a enfermeira orientadora do EC em contexto hospitalar referir várias vezes que o processo de reabilitação em enfermaria

é tão gratificante, como ingrato. Isto porque, em contexto de enfermaria conseguimos estar um considerável período de tempo com o utente, conhecê-lo e ao seu meio envolvente, o que nos permite delinear objetivos e atividades que são significativas à pessoa e promovem o seu envolvimento no processo de reabilitação. Porém, também é em contexto de enfermaria que a intervenção do EEER mais relembra o utente da sua incapacidade e da sua necessidade de ajuda no desempenho do autocuidado. Assim, torna-se imperativo dosear esta dualidade de modo a que possamos estabelecer uma relação de confiança com o utente, que permita a criação de um ambiente terapêutico. Como já referi anteriormente, o Sr. J. foi o primeiro utente que me foi atribuído em EC, pelo que pude estar um espaço considerável de tempo com ele durante a minha permanência no serviço. O Sr. J. é seropositivo, sendo que este tema é tabu para ele e a temática da sexualidade algo que evita discutir. Relembro o dia 24 de novembro de 2021, aniversário da morte de *Freddie Mercury* e o noticiário ter feito um segmento sobre a evolução do tratamento e gestão do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Encontrava-me na enfermaria com o Sr. J., quando este segmento foi emitido e de o utente ter verbalizado o estigma que ainda existe para com as pessoas seropositivas, por exemplo, como alguns membros da sua família referiam que a sua LVM tinha ocorrido devido ao VIH. Por coincidência, isto ocorreu no período em que se estava a equacionar o Sr. J. iniciar o treino vesical recorrendo a esvaziamentos vesicais. Lembro-me de estar a explicar o procedimento ao Sr. J. e de lhe estar a enumerar as vantagens e desvantagens dos esvaziamentos vesicais em comparação com a algaliação em drenagem contínua para que este pudesse decidir o que preferiria para o seu futuro e de durante esta conversa ter referido a parte sexual como uma das vantagens dos esvaziamentos vesicais. O Sr. J., com algum receio e referindo inclusivamente que tinha idade para ser meu pai, perguntou-me o que poderia esperar relativamente à sua vida sexual. Dado o desconforto do utente, tive o cuidado inicial de o colocar mais à vontade e legitimar a pertinência da sua questão e seguidamente, aproveitei para o informar da existência de uma Consulta de Disfunção Sexual Neurogénica no hospital onde nos encontrávamos e questionar se gostaria de ser encaminhado para a mesma, de modo a que as suas questões pudessem ser respondidas de forma mais específica.

O estabelecimento de uma relação terapêutica, em qualquer contexto da prática de cuidados de enfermagem, pretende tornar a pessoa proactiva na

construção do seu projeto de saúde (Ordem dos Enfermeiros - Conselho de Enfermagem, 2001).

Apesar de a grande maioria do trabalho desenvolvido durante o EC ter sido com adultos, em contexto comunitário tive também a oportunidade de prestar cuidados de reabilitação a crianças. O primeiro caso, foi com o menino M. de 9 anos, evacuado há cerca de 3 anos da Guiné, ao abrigo do acordo entre Portugal e os Países Africanos de Língua Portuguesa, após um acidente do qual resultou uma LVM, com um quadro neuromotor de paraplegia. O M. encontra-se na escola e a mesma contactou a equipa da Saúde Escolar do Centro de Saúde por identificarem uma ferida na região lombar e não disporem de material para realizarem o penso, nem conseguirem garantir que o pai do M. o encaminharia para o Centro de Saúde, devido à falta de transporte. Visto a colega da equipa de Saúde Escolar se encontrar em isolamento por estar infetada com SARS-CoV-2 e a equipa da ECCI “andar sempre na rua”, pediu o apoio da mesma. Deste modo, fui eu e a enfermeira orientadora que nos deslocámos à escola, maioritariamente com o intuito de realizar o tratamento à lesão e, se possível, averiguar as circunstâncias que levaram ao desenvolvimento da lesão. Ao chegarmos à escola, fomos recebidas pela auxiliar que se encontra responsável pelos cuidados ao M., nomeadamente a mudança de fralda visto apresentar incontinência de esfíncteres. Quando conhecemos o M., verificámos que o mesmo é bastante independente no seu autocuidado, contando no domicílio com ajuda do pai nas transferências. Contudo, os produtos de apoio que possuía já não se encontravam adequados devido ao seu crescimento. Por exemplo, a sua cadeira de rodas já se encontrava pequena para o desenvolvimento do M., não permitindo manter a articulação da coxofemoral num ângulo de 90°, nem suportar o tronco, visto o espaldar da cadeira já se encontrar próximo da zona lombar (Sprigle, 2014). Por outro lado, a faixa de contenção abdominal do M. já não se encontrava adaptada ao mesmo e era muito pequena, sendo esta a responsável pela lesão cutânea. Após a realização do tratamento à lesão, explicámos ao M. que até a ferida se encontrar cicatrizada seria importante não utilizar a faixa de contenção abdominal e reportámos a situação à colega da Saúde Escolar. Depois de terminar o isolamento a colega dirigiu-se à equipa da ECCI para agradecer a disponibilidade e eu aproveitei para questionar onde era realizado o acompanhamento médico do M., uma vez que precisava de um novo estudo de produtos de apoio, pois os seus estavam desadequados. A colega referiu que iria

tentar articular a marcação de uma consulta de seguimento do M. no CMRA, no sentido de lhe prescreverem uma nova cadeira de rodas. Mais uma vez referi à colega a importância de uma nova faixa de contenção abdominal, ajustada ao tamanho do M., uma vez que irá contribuir para uma melhoria da função ventilatória do mesmo (Duarte & Faria, 2010). Apesar de o pedido de observação do M. não ter o intuito de avaliação por EEER, a verdade é que os conhecimentos deste foram fundamentais na identificação da causa da lesão do M., como na articulação para a prevenção de novas lesões.

Ainda em contexto da comunidade pude também prestar cuidados de reabilitação à E., uma menina de 7 anos com deficiência de metilenotetraidrofolato redutase. Visto ser uma doença rara, após a primeira visita domiciliária dediquei-me à pesquisa sobre a mesma, concentrando-me na etiologia, desenvolvimento da patologia e prognóstico da mesma. A E. teve um desenvolvimento considerado normal até aos 3 anos de idade, altura em que começou a ficar mais letárgica, com diminuição da força muscular, alterações na deglutição e na expressão. Os pais não valorizaram imediatamente a situação visto a E. ter estado infetada com malária (a família é oriunda de Angola). Visto o quadro não ter revertido e a E. ter iniciado crises convulsivas, os pais decidiram mudar-se para Portugal e recorrer a um hospital pediátrico. Desde aí, a E., agora com 7 anos é seguida pela equipa de cuidados paliativos e há cerca de dois anos pela equipa da ECCI. Devido ao quadro de alterações da deglutição a E. é alimentada por gastrostomia percutânea endoscópica (PEG), sendo a mãe independente nos cuidados à mesma e na confeção da alimentação. Porém, devido às alterações que a patologia causa no sistema nervoso central a E. não apresenta uma tosse eficaz, pelo que frequentemente necessita da presença do EEER para eliminar secreções e faz já terapêutica para diminuir as secreções brônquicas. Assim, tive oportunidade de realizar RFR à E., com ênfase na drenagem postural modificada, com manobras acessórias como a percussão, vibração e compressão e na tosse assistida. Visto a E. não ser capaz de colaborar nos exercícios, e visto os quadros de convulsões tónico-clónicas serem desencadeados pelo toque, não foi possível desenvolver um plano de reabilitação mais profundo (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Prasad, Rupal, & Prasad, 2011). Nesta situação a prática baseada na evidência foi extremamente difícil de aplicar. Visto ser uma doença muito rara e com um prognóstico muito reservado, os estudos existentes concentram-se mais na etiologia e diagnóstico da

mesma, bem como na gestão terapêutica da mesma. Visto ser a segunda criança com esta patologia que a enfermeira orientadora acompanhava, a sua experiência tornou-se essencial na adaptação do plano de RFR às limitações causadas pela patologia, nomeadamente a nível do toque. Nas visitas domiciliárias à E., o papel do EEER concentrava-se mais na vigilância do seu estado clínico, intervindo-se apenas em situações mais extremas e que não eram passíveis de controlar com a medicação.

A situação da E. tocou-me de forma especial, não só pelo sentimento de impotência sentido pelos pais, mas também pelo sentimento de impotência que me despertou. Isto é, a vontade de fazer mais pela E. era imensa, contudo o simples facto de trabalhar com ela iria prejudicar o seu estado clínico por desencadear crises convulsivas. No final do EC, os pais da E. informaram-nos que a sua filha mais nova iria também iniciar consultas de genética, pelo risco de ser portadora da mesma patologia. Assim, tentámos articular com a Psicóloga uma maior vigilância a esta família.

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

De acordo com o descritivo desta competência, o EEER analisa a problemática da incapacidade, com o intuito de desenvolver e implementar ações de enfermagem ou interdisciplinares, de acordo com o enquadramento social, político e económico, de modo a promover uma consciência social inclusiva (Regulamento n.º 392/2019).

O adjetivo capaz é utilizado para descrever a aptidão ou habilitações adequadas para a realização de determinada tarefa (Dicionário Online Priberam de Português, 2021). Para o desenvolvimento desta competência, a intervenção do EEER deverá ter como objetivo assegurar a manutenção da capacidade funcional da pessoa e prevenir complicações, mas também melhorar a funcionalidade existente de modo a manter ou recuperar a independência da pessoa e minimizar o impacto da incapacidade, seja a nível neurológico, motor, respiratório ou cardíaco (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2011).

Assim, este domínio de competência leva-nos a abordar o ensino e treino das atividades de vida diária (AVD), como tomar banho, comer e beber ou vestir-se.

Aqui, a nível pessoal, senti alguma necessidade em destriçar os cuidados de enfermagem de reabilitação, dos cuidados gerais de enfermagem. Esta dificuldade surgiu pois muitos dos cuidados prestados pelo enfermeiro generalista surgem como ótimos momentos de ensino pelo EEER das atividades de vida diária. Por exemplo, para o EEER proporcionar cuidados de higiene a um utente, não é só fazê-lo. É também incentivar o utente a participar na atividade, a aprender técnicas e a utilizar produtos de apoio que lhe permitam realizá-la de forma independente, ou pelo menos com menor necessidade de ajuda de terceira pessoa. Porém, este ensino só pode ser realizado se presenciarmos a atividade e as limitações que o utente apresenta no desempenho da mesma. Neste sentido pude prestar ensinamentos a utentes com AVC e realizar treino da realização da sua higiene e de vestuário, promovendo assim a sua independência. Também com utentes com LVM e quadro neuromotor de tetraparésia foi possível realizar este ensino e treino, coadjuvado com o treino de alimentação usando um engrossador de cabo de modo a que necessitassem apenas que os alimentos fossem fracionados para poderem realizar as refeições de forma independente (Vigia, Ferreira, & Sousa, 2016).

Ainda na área do treino de AVD, relembro a realização de treino de vestuário com o Sr. M., que sofreu uma LVM a nível de C5 após um acidente de viação e apresentava um quadro neuromotor de tetraparésia incompleta, pelo que apresentava movimentos ativos nos membros superiores mas já com alterações das amplitudes articulares a nível de punho e dedos, que interferiam com a sua motricidade fina. Quando iniciei o trabalho com o Sr. M., este já era independente no vestuário da cintura para cima (desde que não tivesse botões ou fechos), mas totalmente dependente no vestuário da cintura para baixo e calçado. Iniciámos então o treino de vestuário da cintura para baixo e calçado em *long-sitting* e a primeira coisa que recordo é que sempre que desafiei o Sr. M. a fazer algo diferente ou com um nível de exigência superior a sua resposta nunca foi “não” ou “não consigo”, foi sempre “vou tentar”. Numa primeira fase, o Sr. M. não era capaz de alcançar a extremidade dos membros inferiores, pelo que não era possível iniciar o vestuário da cintura para baixo ou calçar as meias de contenção e os sapatos. Assim, o vestuário da cintura para baixo era iniciado por mim, sendo que o Sr. M. terminava a atividade a partir do momento em que era capaz de alcançar a roupa. O mesmo aconteceu com as meias de contenção, que era capaz de calçar desde que eu iniciasse a atividade, até ao meio da perna. Graças aos exercícios de alongamento da cadeia

posterior e às automobilizações dos membros inferiores, o Sr. M., desde que deitado com elevação da cabeceira da cama, era capaz de alcançar os seus pés, pelo que passou a conseguir vestir da cintura para baixo, calçar as meias de contenção e calçar os sapatos, desde que não tivessem atacadores. Este desenvolvimento de capacidades foi de extrema importância para o Sr. M., pois era um jovem que se sentia melindrado por vir a necessitar do apoio da mãe na realização desta atividade.

Também no âmbito do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (PQCEER), estão enfatizados alguns dos critérios utilizados para a avaliação deste domínio de competência, como por exemplo: a promoção da saúde, que contempla, não só a promoção de hábitos de vida saudável, mas também a identificação de barreiras arquitetónicas, como a identificação de estruturas de suporte na comunidade (Regulamento n.º 350/2015). Neste aspeto, durante o EC tentei sempre ter em conta as barreiras arquitetónicas com que os utentes se iriam deparar no seu dia-a-dia. Como já referido anteriormente, no caso do Sr. J., foram realizadas alterações ao plano de cuidados de modo a capacitá-lo a desempenhar o autocuidado higiene em segurança, de acordo com as modificações que planeava realizar no seu domicílio. Relembro também o Sr. M., que conheci em EC no contexto comunitário, que habitualmente se encontrava confinado ao leito devido à dificuldade da sua cuidadora o assistir na transferência devido à idade avançada. Em várias ocasiões houve necessidade de o Sr. M. sair do domicílio para consultas de especialidade, sendo que nestas ocasiões a família contratava um táxi adaptado para realizar o transporte do utente. Em preparação destas deslocações, não só foi prioritário no plano de cuidados o treino de transferências, como também a realização de um circuito em cadeira de rodas que evitasse os degraus existentes à entrada do domicílio do utente e permitisse a saída do mesmo em cadeira de rodas até à rua. Isto foi possível graças a uma saída lateral existente na casa que dava acesso ao quintal e posteriormente à garagem, por onde era possível aceder à rua.

Nos casos descritos, a eliminação de barreiras arquitetónicas foi relativamente fácil: ou porque os próprios utentes já tinham pensado em realizar alterações ao seu domicílio e o meu papel limitou-se a guiá-los na escolha da alteração que seria mais funcional para eles, ou porque existiam alternativas sem barreiras arquitetónicas, que não implicavam mudanças drásticas, contudo, este

nem sempre é o caso. A título do exemplo, apresento o caso da Sr.^a C. que residia num primeiro andar de um prédio sem elevador, numa habitação social e que previamente ao AVC que sofreu era autónoma. A Sr.^a C. sofria de um transtorno de acumulação compulsiva, devido ao qual, o seu domicílio necessitaria de muitas alterações de modo a permitir a sua deslocação em cadeira de rodas ou com apoio de um andarilho. Assim, todas as sugestões de alterações da disposição de mobiliário ou da retirada de objetos, foi recebida com muita renitência por parte da utente, tal como é comum neste transtorno (Araújo & Santos, 2015). Neste ponto, a colaboração do cuidador (o filho da utente), foi essencial no processo de negociação da eliminação de algumas barreiras existentes, mas sempre associada a muita ansiedade por parte da utente. As alterações que o cuidador conseguiu realizar foram sempre pequenas e espaçadas até que, graças ao trabalho de fortalecimento muscular realizado no leito, como o treino de automobilizações, de atividades terapêuticas e de transferência para a posição de sentada na beira da cama e posteriormente para a posição de pé, permitiu que a utente iniciasse o treino de marcha com andarilho e verificasse por ela mesma a dificuldade que alguns objetos em sua casa lhe causavam. A partir daí foi bastante mais fácil criar condições que permitissem a deslocação segura da utente por todo o domicílio.

Também o processo de aconselhamento de produtos de apoio para promover a independência da pessoa, nem sempre é algo linear, implicando algumas vezes negociação de modo a que a pessoa dê mais valor à funcionalidade ganha com o produto de apoio do que à perceção de incapacidade que o mesmo pode acarretar para a mesma. Por produtos de apoio, entende-se “qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência, especialmente produzido ou disponível que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação.” (Decreto-Lei n.º93/2009, Capítulo I, Artigo 4.º, alínea c). Voltando ao caso do Sr. J., relembro que a aceitação dos produtos de apoio após alta foi um desafio, pois o utente via a necessidade deles como uma evidência da sua incapacidade e não como algo que o poderia tornar independente alguns aspetos da sua vida diária. Por exemplo, quando iniciámos o treino de marcha com andarilho, uma das dificuldades do utente residia na dorsiflexão da tibiotársica à esquerda, sendo que o uso de uma ortótese de tornozelo-pé, como um *boxia*, seria uma mais-valia no desempenho desta atividade (Ferreira et al., 2018). Para o Sr. J. a utilização do *boxia* significava que estava a desistir do treino de

fortalecimento muscular a nível da tibiotársica esquerda e foram necessárias algumas semanas até que o utente comprovasse a importância do produto de apoio, cuja utilização acabou por aceitar.

Regressando aos PQCEER, também neste domínio de competência, se encontra consagrada a promoção da inclusão social. Aqui, o EEER deverá concentrar a sua ação não só na pessoa, mas também na comunidade onde esta se insere, promovendo a capacitação da pessoa, família e comunidade de modo a reintegrar a pessoa com incapacidade. Ao longo do EC foi possível desenvolver esta competência, informando e aconselhando a pessoa e a sua família da legislação em vigor, que permite não só ajuda financeira, meios, como possibilita a discriminação positiva. Exemplos desta legislação são o Estatuto do Cuidador Informal (Lei n.º 100/2019; Decreto Regulamentar n.º 1/2022), o Programa Modelo de Apoio à Vida Independente (Decreto-Lei n.º 129/2017) ou a comparticipação de dispositivos médicos a doentes ostomizados ou com incontinência ou retenção urinária (Portarias n.º 284/2016; n.º 92-F/2017; n.º 92-E/2017). Pelo que experienciei, neste aspeto, a nível local, muitas vezes o sentimento mais presente é a impotência, contudo, todos os pequenos passos dados no sentido de normalizar a incapacidade e promover a inclusão da pessoa com incapacidade, são importantes na capacitação da comunidade em que a pessoa se insere.

1.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

De acordo com o descritivo deste domínio de competência, o EEER colabora com a pessoa, com o intuito de conceber atividades que permitam maximizar a funcionalidade da pessoa, fomentando o melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal (Regulamento n.º 392/2019).

De modo a atingir esta competência, durante o EC, foi imprescindível a pesquisa e o estudo de novas situações. Apesar de, devido à minha atividade profissional, me encontrar familiarizada com o processo de reabilitação de pessoas com AVC, LVM, síndrome de imobilidade, síndrome de *Guillain-Barré*, entre outros, o mesmo não acontece com, por exemplo *status* pós-cirurgia ortopédica. Em contexto hospitalar tive oportunidade de desenvolver planos de cuidados a utentes sujeitos a

artroplastia total do joelho e artroplastia total da anca recente, pelo que foi fundamental ir pesquisar e estudar os principais cuidados a ter no processo de reabilitação, bem como o ensino a realizar para prevenir luxação da prótese. Desde o ensino da utilização de uma almofada entre os membros inferiores para promover a abdução do membro operado; o ensino da transferência pelo lado do membro operado; a preocupação de escolher cadeiras que não obriguem a uma flexão acentuada da coxofemoral; ao aconselhamento da utilização de um alteador de sanita, todos com o intuito de prevenir complicações futuras. De igual modo, também o ensino e treino de exercícios de reeducação funcional respiratória como a dissociação dos tempos respiratórios e a respiração abdominal, foram fundamentais como medidas não farmacológicas adjuvantes ao controlo da dor. Também o treino de fortalecimento muscular, com o ensino e treino de exercícios isotónicos, como a automobilização dos membros não operados e as mobilizações ativas assistidas e posteriormente ativas resistidas do membro operado, foram essenciais para potenciar a funcionalidade da pessoa (Sousa & Carvalho, 2016).

Também a nível de novas patologias, como é o caso da Covid-19, em contexto de EC na comunidade, pude desenvolver planos de cuidados com pessoas com síndrome de Covid prolongada, em que apesar de a pessoa já não se encontrar infetada com o vírus SARS-CoV-2, este deixa sequelas que podem afetar vários sistemas orgânicos. No caso da Sr.^a C., a principal sintomatologia evidenciada era a dispneia, com necessidade de oxigénio a dois litros por minuto por óculos nasais e fadiga a pequenos esforços. No processo de reabilitação desta utente, foi não só desenvolvido um plano de reeducação funcional respiratória, de modo a potenciar a sua capacidade pulmonar e de oxigenação, mas também um plano de condicionamento muscular de modo a aumentar a sua tolerância ao esforço. Intervenções como o ensino e treino de técnicas poupadoras de energia para a realização do seu autocuidado, como tomar banho ou vestir-se sentada, foram essenciais para maximizar a independência da Sr.^a nas AVD (Crook, Raza, Nowell, Young, & Edison, 2021). Por outro lado, os exercícios de fortalecimento muscular foram indispensáveis para a realização do treino de equilíbrio e o treino de marcha, primeiro com andarilho e posteriormente sem produtos de apoio, sendo que no final do EC a Sr.^a C. estava a iniciar o treino de subir e descer degraus. A nível respiratório, a instituição de um programa de reeducação respiratória, com ênfase na consciencialização dos tempos respiratórios, os exercícios de reeducação costal,

global e seletiva e de reeducação abdómino-diafragmática, foi fulcral para que a Sr.^a C. conseguisse tolerar períodos de repouso sem aporte extra de oxigénio, com saturações periféricas de oxigénio na ordem dos 95% (Gomes & Ferreira, 2016).

Em contexto da comunidade, tive também possibilidade de delinear planos de reabilitação com utentes a quem a ECCI prestava cuidados paliativos, como por exemplo ao Sr. A, cujos principais objetivos de cuidados de reabilitação se prendiam com o controlo da dor e a eliminação de secreções. Quando conheci o Sr. A, este encontrava-se já numa fase muito avançada da sua patologia, com uma neoplasia pulmonar, já com metástases a nível hepático e ósseo. Relativamente ao controlo da dor, farmacologicamente, já era gerido há algum tempo pela família, visto o quadro clínico do Sr. já ter alguns anos de evolução, pelo que a intervenção do EEER centrou-se no ensino da dissociação dos tempos respiratórios e de posicionamentos anti-álgicos. Quanto à eliminação das secreções, a tosse foi-se tornando ineficaz com a evolução da neoplasia, pelo que foi realizado todo o ensino e treino ao utente e à família da técnica de drenagem postural modificada (o utente possuía uma cama articulada que facilitava todo o processo), da técnica expiratória forçada (Huff) e do ciclo ativo das técnicas respiratórias (Gomes & Ferreira, 2016). Devido ao risco de hemorragia relacionado com a neoplasia do pulmão, foram desaconselhadas manobras acessórias como compressões, percussões ou vibrações. Infelizmente, com o evoluir do quadro clínico, a intervenção do EEER não foi suficiente, havendo necessidade de incluir o uso de um aspirador de secreções e de medicação para diminuir a quantidade de secreções pulmonares.

No que diz respeito à promoção da funcionalidade da pessoa com AVC, a minha intervenção enquanto futura EEER centrou-se no fortalecimento muscular, na prevenção da espasticidade, na estimulação da sensibilidade, treino de AVD, treino de equilíbrio e sempre que possível treino de marcha, com ou sem produtos de apoio, consoante a evolução do utente (Menoita, Mota de Sousa, Pão Alvo, & Marques-Vieira, 2012).

Relativamente aos utentes com LVM, consoante a sua incapacidade, foi desenvolvido um programa de reeducação funcional respiratória, pois excetuando as pessoas com lesões abaixo de T12, todos apresentam algum tipo de paralisia dos músculos acessórios da respiração, o que se traduz num padrão respiratório restritivo, pelo que a ênfase na expiração e na tosse são fundamentais. Para além disso, foi também trabalhado o fortalecimento muscular e estimulada a sensibilidade

e realizado treino de AVD. Também a eliminação foi um tema bastante trabalhado com estes utentes, pois um treino vesical e intestinal adequado permite uma melhoria da qualidade de vida e previne complicações como a disreflexia autonómica (Faria, 2006; Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A palavra maximizar leva-nos ao conceito de atingir o máximo. Contudo, o conceito de máximo é relativo de pessoa para pessoa. Dando o exemplo do Sr. M., que sofreu um AVC do qual resultou um quadro neuromotor de hemiparesia esquerda, com movimentos ativos em todos os segmentos, poderíamos apontar o máximo como a capacidade de o utente realizar marcha de forma independente. Porém, antes de sofrer o AVC, o Sr. M. já realizava marcha com apoio de duas canadianas, apresentava uma dismetria do membro inferior esquerdo de cerca de oito centímetros e a articulação do joelho direito encontrava-se fixa em extensão após remoção de uma prótese total do joelho. Deste modo, na elaboração do plano de reabilitação com o utente e a família, no que diz respeito ao objetivo máximo este passou a ser realizar marcha com um produto de apoio, pois era já esta a realidade do utente.

Relativamente à capacidade de delinear objetivos realistas, creio que o EC foi deveras importante na minha formação. É fácil cair na falácia de que conseguiremos reabilitar as capacidades da pessoa, de modo a torná-la completamente independente e autónoma, independentemente das limitações existentes previamente ao quadro clínico que a levou a necessitar de cuidados de enfermagem de reabilitação, especialmente quando a pessoa se encontra motivada, é bastante participativa e conseguimos obter resultados positivos com frequência. Contudo, e pegando novamente no caso do Sr. M., a verdade é que por mais intensivo que o processo de reabilitação fosse, não seríamos capazes de corrigir a dismetria do membro inferior esquerdo (para além da compensação de altura que o utente já utilizava), nem tornar móvel a articulação do joelho direito que foi fixada cirurgicamente. Neste caso, foram as limitações do utente que delimitaram o seu potencial máximo de reabilitação.

Maximizar o potencial funcional da pessoa só pode ser atingido recorrendo a uma colheita de dados e avaliação inicial compreensiva e uma avaliação do progresso da pessoa no processo de reabilitação, de modo a delinear um plano de reabilitação dirigido às suas necessidades e que colmate as suas limitações.

1.3. Competências Desenvolvidas na Capacitação do Cuidador Informal

Tendo em conta o tema do presente trabalho, foram também delineados objetivos com o intuito de desenvolver competências na área da capacitação do CI da pessoa com LVM no regresso a casa. Os objetivos formulados visavam não só a vertente da prestação de cuidados, mas também a promoção de estratégias facilitadoras ajustadas às necessidades do CI e que promovam a sua qualidade de vida.

No âmbito do EC não foi possível trabalhar especificamente com CI de pessoas com LVM no regresso a casa. Se por um lado a nível hospitalar, onde houve contato com utentes com LVM, as restrições pandémicas dificultaram ou impediram de todo a presença dos futuros CI, a nível da comunidade, nenhum dos utentes da ECCI era uma pessoa com LVM. Apesar disto, as atividades propostas para atingir estes objetivos foram reformuladas de modo a que estes pudessem ser alcançados.

A nível hospitalar, onde existiu uma restrição às visitas durante todo o EC, os planos de cuidados de reabilitação foram elaborados conjuntamente com a enfermeira orientadora e a pessoa com LVM, sendo posteriormente partilhados com o CI. Apesar de ser de extrema importância o envolvimento do CI na formulação destes planos, a verdade é que muitas vezes este sente não ter conhecimentos suficientes para poder opinar sobre os mesmos, especialmente visto o seu familiar se encontrar em serviços hospitalares desde o desenvolvimento da lesão. Neste sentido, numa tentativa de colmatar esta falta de conhecimentos e após conferenciar com a enfermeira orientadora, considerámos importante começar os ensinamentos ao CI pela explicação da patologia do seu familiar, abordando em linguagem simples o que é uma LVM, qual a sua etiologia, a classificação da lesão do seu familiar e por fim as necessidades de cuidados que é expectável ter ao longo do seu ciclo de vida. Após a assimilação destes conceitos, a aprendizagem de técnicas é melhor aceite pois existe uma modulação das expectativas do CI face à evolução clínica do seu familiar.

Assim, a vertente da prestação de cuidados foi trabalhada com a pessoa com LVM, sendo que o CI colaborou mais ativamente na escolha dos produtos de apoio necessários no domicílio visto ser algo que era possível realizar à distância. O utente com quem mais trabalhei esta vertente, em contexto hospitalar, foi o Sr. J., que como já foi referido anteriormente tinha desenvolvido um quadro de paraparésia após uma queda no domicílio. Fruto do seu quadro neuromotor, da sua motivação e

de todo o trabalho que realizou, o Sr. J. teve alta para o domicílio com independência modificada na realização das AVD, pelo que a grande maioria dos ensinamentos que são necessários realizar ao CI da pessoa com LVM não foram imprescindíveis na preparação da sua alta clínica. Contudo, foram realizados todos os ensinamentos necessários no pós-alta ao Sr. J. Apesar de apresentar independência modificada em AVD, foi também realizado o ensino da vigilância da pele com o uso de um espelho para permitir examinar toda a superfície corporal, especialmente importante nos utentes com LVM devido às alterações da sensibilidade, com o intuito de prevenir úlceras de pressão (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Por outro lado, e com o intuito de colmatar a diminuição do tempo de fisioterapia semanalmente, foi realizado o ensino e treino das mobilizações dos membros superiores e inferiores, com resistência (foi fornecida uma banda elástica ao utente e aconselhada a utilização de pacotes de 1 quilograma de arroz na realização dos exercícios) e sem resistência. Também a nível respiratório, foram treinados exercícios de RFR, com ênfase na expiração e tosse (devido à diminuição da força dos músculos abdominais), de modo a prevenir complicações a nível pulmonar (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

O auxílio do CI na preparação do domicílio para que o Sr. J. mantivesse a sua independência num local onde existissem barreiras arquitetónicas foi fundamental. Assim, e graças a muitos telefonemas e vídeos enviados pela família, foi possível escolher uma cadeira de rodas adequada ao Sr. J. e que passasse nas portas do seu domicílio, bem como iniciar as obras de remodelação de uma das casas de banho para retirar uma banheira e colocar um polibã. Também nesta preparação, o Sr. J. e a sua esposa (e CI) decidiram mudar de quarto para um com maior área, tendo sido possível aconselhar ambos quanto à disposição do mobiliário de modo a que o Sr. J. pudesse deslocar-se em cadeira de rodas sem encontrar obstáculos.

Também a nível profissional, tentou-se pensar e alinhar estratégias que permitissem que o Sr. J. continuasse a poder desenvolver parte do seu trabalho. O Sr. J. era serralheiro e apesar de cumprir a totalidade das suas funções, grande parte do trabalho realizado em oficina poderia ser executado na posição de sentado, desde que feitas algumas adaptações à sua mesa de trabalho. Assim, o Sr. J., com o nosso aconselhamento, pediu ao seu sogro que realizasse algumas alterações à sua oficina, nomeadamente à mesa de trabalho que permitisse que uma pessoa em cadeira de rodas alcançasse tudo o que se encontra na mesa, bem como mudasse a

disposição das suas ferramentas para ficarem ao seu alcance quando na cadeira de rodas. Não sei precisar se as mudanças executadas e idealizadas permitiram ao Sr. J. continuar a trabalhar, mas creio que lhe permitiriam realizar pequenas alterações e reparações na sua casa ou de amigos e familiares, visto poder continuar a trabalhar ser algo de extrema importância para o utente.

Quanto à vertente dos objetivos delineados que incidia sobre estratégias promotoras de qualidade de vida, foi apresentada ao Sr. J. a Associação Salvador, que desenvolve várias atividades com vista à inclusão de pessoas com incapacidade e que promove alguns grupos de apoio a pessoas com várias patologias e aos seus cuidadores, no sentido de trocarem experiências e preocupações comuns (Associação Salvador, n.d.).

Em contexto de EC na comunidade foi possível trabalhar a capacitação do CI, no meu caso concreto, da pessoa com AVC. Como já foi referido, nenhum dos utentes seguidos pela ECCI era uma pessoa com LVM, pelo que neste contexto houve necessidade de reformular os objetivos da capacitação do CI, para serem direcionados à pessoa com AVC.

Neste sentido, já foram usados ao longo do trabalho vários exemplos do Sr. M., mas aqui irei-me debruçar mais sobre o trabalho realizado com a sua esposa e cuidadora, a Sr.^a C. Na primeira visita que realizámos ao domicílio do Sr. M., fomos recebidos pela Sr.^a C., que se encontrava extremamente ansiosa e deprimida. Tinha decorrido uma semana entre a alta hospitalar e a primeira visita da ECCI, durante a qual a Sr.^a C. prestou os cuidados ao seu marido sem qualquer tipo de apoio, após se ter assumido como CI. Antes sequer de nos conseguirmos apresentar, a Sr.^a C. desabafou que não se sentia capaz de prestar cuidados ao seu marido, não por falta de experiência, pois já tinha sido cuidadora dos seus pais, mas pelas limitações dos seus já mais de setenta anos e pelo grau de dependência do marido. Após termos conseguido tranquilizar um pouco a Sr.^a C., foi possível conhecer o Sr. M. e avaliar o seu grau de dependência e verificar como a Sr.^a M. prestava os cuidados ao marido. Devido às suas limitações a Sr.^a C. não era capaz de realizar a transferência do marido para a cadeira de rodas, pelo que este se encontrava acamado, sendo todos os cuidados prestados no leito, desde a higiene à alimentação. Durante a primeira semana de internamento na ECCI realizámos visitas domiciliárias ao Sr. M. e à sua esposa diariamente de modo a realizar a avaliação inicial do Sr. M. e determinar as dificuldades da Sr.^a C. Também nesta semana foi aplicada a Escala de Zarit para

avaliação do risco de sobrecarga do cuidador, de forma informal, visto a Sr.^a C. não saber ler nem escrever. O resultado obtido nesta avaliação foi de 83, que se traduz em sobrecarga intensa. Foi ainda aconselhado à Sr.^a C. recorrer a um serviço de cuidados domiciliários para a ajudar nas tarefas mais pesadas da prestação de cuidados ao Sr. M., que a Sr.^a C. recusou, referindo não querer ter estranhos em sua casa. Assim, iniciámos o ensino e treino da realização dos cuidados de higiene no leito, aproveitando as grades da cama para que o Sr. M. ajudasse no rolar e mantendo a posição, sem que a Sr.^a C. tivesse que estar continuamente em esforço. Seguidamente concentrámo-nos no ensino da colocação e utilização do resguardo de mobilização, de modo a que pudesse alternar ou corrigir o posicionamento do Sr. M. despendendo menos energia. Visto não ser a primeira pessoa de quem a Sr.^a C. cuidava, avaliámos também os seus conhecimentos no que diz respeito à prevenção de úlceras de pressão e realizámos alguns ensinamentos pontuais, visto ser uma área na qual a Sr.^a C. já tinha bastantes conhecimentos.

O estabelecimento de visitas diárias permitiu-nos não só apoiar emocionalmente a Sr.^a C., mas também verificar que esta substituíu o Sr. M. em todas as suas AVD. Assim, o passo seguinte dado na capacitação da Sr.^a C. centrou-se em demonstrar-lhe todas as coisas que o Sr. M. conseguia fazer sozinho, como por exemplo, a alimentação, que desde que fracionada, o utente conseguia ingerir por mão própria ou os cuidados de higiene em que o utente conseguia colaborar apesar do seu quadro de hemiparesia esquerda. Para além disso, pedimos também autorização para alterar a disposição da mobília no quarto do Sr. M., de modo a que se tornasse mais funcional na prestação de cuidados e pudéssemos utilizar um espelho presente na parede para realizar o treino de equilíbrio. A mudança de disposição da mobília permitiu que a Sr.^a C. circulasse à volta de toda a cama do Sr. M., podendo utilizar um resguardo de posicionamento para facilitar a prestação de cuidados ao marido e otimizando a sua postura durante a prestação dos mesmos e conseqüentemente diminuir o risco de lesões musculares.

Com o decorrer da implementação do programa de reabilitação, foi possível tornar o Sr. M. mais funcional, o que permitiu que colaborasse mais ativamente no seu autocuidado, o que conseqüentemente diminuiu a sobrecarga que os cuidados causaram à sua CI. De igual modo, foi possível iniciar o ensino e treino de automobilizações do hemicorpo direito e dos extensores e flexores do ombro

esquerdo ao Sr. M. e o ensino e treino de mobilizações ativas assistidas com e sem resistência, que a Sr.^a C realizava com o utente nos dias em que não era possível realizar visita domiciliária e em complemento do trabalho realizado durante a visita domiciliária.

Com o passar do tempo, a cuidadora que nos recebeu afirmando-se incapaz de continuar a prestação dos cuidados ao marido, recebia-nos com um sorriso, começando imediatamente a enumerar os exercícios que tinha feito com o Sr. M. desde a última visita e as melhorias que notava no marido. O desenvolvimento do programa de reabilitação permitiu que o Sr. M. deixasse de estar sempre acamado, sendo capaz de se sentar na beira da cama com uma pequena ajuda da Sr.^a C., o que lhe permitia tomar as refeições nesta posição. Numa fase final do plano iniciou-se o treino de transferência da cama para a cadeira de rodas, com apoio do andarilho, no qual o utente necessitava apenas de uma pequena ajuda e orientações verbais, algo que a Sr.^a C. se sentia capaz de realizar. Esta capacidade de realizar a transferência do Sr. M., teve um impacto significativo, não só na qualidade de vida do utente que deixou de estar sempre acamado, mas também da Sr.^a C., que assim se sentia mais confortável ao receber a visita dos vizinhos (uma parte muito importante da sua rede de suporte) e podia ter a companhia do marido enquanto tratava da sua horta, deslocando-o em cadeira de rodas até ao exterior da habitação.

Antes do final do EC, o Sr. M. teve alta da ECCI para o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, de modo a poder intensificar o seu programa de reabilitação, tendo sido possível voltar a aplicar a Escala de Zarit à Sr.^a C. O resultado desta última avaliação foi de 60, que apesar de se traduzir ainda em sobrecarga intensa, foi uma melhoria bastante significativa na qualidade de vida da CI e do Sr. M. Esta melhoria traduziu-se não só no facto de a Sr.^a C. se sentir capaz de prestar os cuidados necessários ao marido, mas também em ganhar confiança em sair de casa por curtos a médios períodos, para realizar compras ou conversar com os vizinhos que eram a sua principal rede de apoio. Também este aumento de confiança e a maior facilidade na prestação de cuidados ao Sr. M., permitiu que a Sr.^a C. desenvolvesse estratégias que lhe permitiram ultrapassar obstáculos ou dificuldades ainda não antecipadas. Por exemplo, antes da primeira saída do Sr. M. para uma consulta, a Sr.^a C. já tinha pensado em estratégias de como o levar para o exterior, desde que nós ou algum familiar ou amigo realizasse a transferência do Sr.

M. para a cadeira de rodas. Para isso já tinha contactado um táxi adaptado e bloqueado o espaço de estacionamento em frente à sua garagem, para que o Sr. M. pudesse deslocar-se, tendo validado connosco na visita domiciliária seguinte o plano que tinha delineado.

A capacitação do CI tem um impacto não só na qualidade de vida e no autocuidado deste, mas também da pessoa cuidada, sendo por isso vital, que o CI seja um foco dos cuidados do EEER (Ferreira, Gomes, Baixinho, & Ferreira, 2021).

NOTAS FINAIS

O presente relatório representa dezoito semanas de EC e a fase final do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Reabilitação, mas não a fase final da minha formação enquanto EEER. Isto é, embora considere que desenvolvi as competências específicas de EEER, só a experiência permitirá que me torne perita na área de enfermagem de reabilitação (Benner, 2001). A escolha da formação em enfermagem de reabilitação decorreu não só de motivos pessoais e diretamente relacionados com a minha atividade profissional, mas também pela versatilidade da atuação do EEER. Tal como consta do Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, o EEER “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (Regulamento nº 392/2019, artigo 4.º, ponto 1, alínea a), o que lhe permite desempenhar as suas funções numa grande panóplia de contextos e realidades dos cuidados de saúde.

De modo a realizar uma análise sumária deste percurso, optei por utilizar o modelo SWOT, com o intuito de identificar forças (*strengths*), fraquezas (*weaknesses*), oportunidade (*opportunities*) e ameaças (*threats*) no alcance dos objetivos a que me propus no início desta jornada, identificando aspetos a desenvolver e potencialidades individuais.

Enquanto forças identifiquei a elaboração de um projeto significativo para mim, não apenas a nível profissional, mas também pessoal. Isto foi um fator motivacional, que me ajudou a ultrapassar as dificuldades que foram surgindo. A tentativa de aplicar uma prática baseada na evidência, que me suscitou uma pesquisa contínua ao longo de todo o EC, desenvolvendo conhecimentos e aprendizagens em áreas com que não me encontrava familiarizada e que me despertaram bastante interesse, como por exemplo a atuação do EEER em utentes com necessidades específicas decorrentes de patologias raras. Também a escolha de modelos teóricos que se enquadravam perfeitamente à temática abordada, permitiu que norteassem de um modo orgânico a prática de cuidados e a elaboração de planos de cuidados de reabilitação. A promulgação do Estatuto do CI foi também um fator potenciador da realização deste trabalho visto ter ajudado a emergir a importância da capacitação do CI. E por fim, a minha realidade profissional que é direcionada para a capacitação da pessoa e do seu cuidador foi extremamente importante no desenvolvimento de

todo o trabalho realizado ao longo do EC, dando-me uma base de conhecimentos teóricos e práticos que me permitiram ter mais confiança no desenvolvimento das atividades.

Relativamente aos pontos fracos, identifico a dificuldade que houve em alguns momentos em conciliar o EC com a atividade profissional, o que condicionou o processo de pesquisa bibliográfica e de elaboração de planos de cuidados. Também aqui incluo as dificuldades que surgiram devido às restrições inerentes à pandemia, nomeadamente a dificuldade de contacto com os CI devido à impossibilidade de visitas e o facto de não ser possível organizar sessões de educação para a saúde com vários cuidadores que permitisse a partilha de experiências. De igual modo, o facto de não ter sido possível ter um contacto prévio com os locais de estágio não permitiu delinear objetivos de estágio mais direcionados à realidade desses mesmos locais.

No âmbito das oportunidades, saliento a oportunidade de partilhar experiências com equipas disciplinares, de contextos muito diferentes da prática de cuidados como são o contexto hospitalar e o contexto comunitário. Também o facto de ter sido acolhida por equipas com poucos EEER, mas com uma prática de cuidados voltada para a capacitação da pessoa, foi possível realizar sessões de formação, especialmente na área das LVM. E por fim, a apresentação do projeto elaborado foi também uma oportunidade de, não só, sensibilizar as equipas quanto à importância da capacitação do CI, mas também de delinear um projeto que permita, no meu local de trabalho, potenciar a capacitação do CI.

Quanto às ameaças, identifico duas: a pandemia, que dificultou o contato com a rede de suporte dos utentes e com os CI, como já referido, mas também a realidade cada vez mais comum em Portugal, que é encontrarmos idosos a cuidar de idosos.

As constantes mudanças sociodemográficas e tecnológicas que ocorrem na sociedade levam à necessidade da formação contínua dos enfermeiros. Desde o aumento da esperança média de vida que leva ao aparecimento de um maior número de comorbilidades e à mudança do paradigma das doenças crónicas. Graças aos avanços tecnológicos e científicos que ocorrem diariamente, as necessidades da população são constantemente mutáveis. Também o envelhecimento da população obriga a repensar as políticas de saúde, bem como as

áreas de formação em enfermagem, tornando a geriatria uma disciplina fundamental no currículo dos enfermeiros.

Igualmente fruto destas mudanças sociais, surge a importância da temática escolhida para ser trabalhada em EC: A Capacitação do CI da pessoa com LVM no regresso a casa. A capacitação do CI permitirá não só que a pessoa com LVM possa ser reintegrada no seu domicílio e viver com dignidade, mas também promover a prestação de melhores cuidados, o que por sua vez irá diminuir o número de complicações do quadro clínico da pessoa cuidada e consequentemente o número de reinternamentos e/ou de idas ao serviço de urgência (Sequeira, 2013). Porém, frequentemente o CI continua a ser visto como um recurso para a manutenção dos cuidados à pessoa e não como um foco dos cuidados de enfermagem. Cabe assim ao EEER ultrapassar esta máxima e sensibilizar a restante equipa multidisciplinar, de forma a tornar o CI parte integrante do processo de reabilitação (Cantillo, Lleopart, & Ezquerria, 2018).

Para além disso e tendo em conta o envelhecimento da população Portuguesa e a realidade experienciada em EC, cada vez mais encontramos idosos a assumirem-se como CI de outros idosos com incapacidade. Isto não só obriga a repensar as políticas de saúde existentes, de modo a que estes CI possam ser apoiados, mas também leva a uma maior dificuldade na capacitação técnica do CI. Enquanto EEER, cabe-nos também avaliar a capacidade deste CI desempenharem esta função, estudar qual a sua rede de apoio e caso esta não exista, articular com o serviço social de modo a que esta possa ser garantida por instituições da zona de residência (Moreira, 2020).

Cabe também aos EEER demonstrar a importância que os cuidados de reabilitação têm para a promoção da independência e capacitação da pessoa com incapacidade. O trabalho dos EEER tem sido subvalorizado pois, habitualmente, não estão integrados em equipas multidisciplinares de reabilitação, com políticas e planos de atuação estruturados e desenvolvidos em conjunto (Sampaio et al., 2017). Tendo em conta a realidade vivenciada durante o EC em contexto hospitalar, o reduzido número de EEER num serviço específico de medicina física e de reabilitação, bem como a confusão comum que é feita entre a atuação do EEER e do fisioterapeuta, os cuidados de enfermagem de reabilitação acabam por não ser valorizados. Por outro lado, em contexto da comunidade, muitos utentes são referenciados para ECCI com o intuito de manterem o programa de reabilitação o

que se torna difícil com apenas dois EEER na equipa e um fisioterapeuta a tempo parcial. Acredito que estas situações, para além de não permitirem demonstrar a importância dos cuidados de enfermagem de reabilitação, também contribuem para a desmoralização dos EEER que lá exercem funções. Assim, urge repensar as políticas de saúde atuais de modo a promover a satisfação do utente e a qualidade dos cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, E., & Santos, V. (2015). Transtorno de acumulação compulsiva de idosos: Possibilidades de cuidados e questões de saúde pública. *Revista Kairós: Gerontologia*, 18(4), 81–100.
- Associação Salvador. (n.d.). O Que Fazemos - Associação Salvador, Instituição Particular de Solidariedade Social. Retrieved May 4, 2022, from <https://www.associacaosalvador.com/o-que-fazemos/>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*.
- Bohannon, R. W., & Smith, M. B. (1987). Interrater reliability of a modified ashworth scale of muscle spasticity. *Physical Therapy*, 67(2), 206–207. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/ptj/67.2.206>
- Cantillo, M., Lleopart, T., & Ezquerro, S. (2018). Informal care in times of crisis. Analysis from the nursing perspective. *Enfermeria Global*, 17(2), 529–541. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.2.297211>
- Coffey, N. T., Cassese, J., Cai, X., Garfinkel, S., Patel, D., Jones, R., ... Weinstein, A. A. (2017). Identifying and understanding the health information experiences and preferences of caregivers of individuals with either traumatic brain injury, spinal cord injury, or burn injury: A qualitative investigation. *Journal of Medical Internet Research*, 19(5), 1–10. <https://doi.org/10.2196/jmir.7027>
- Comissão de Acompanhamento Monitorização e Avaliação Intersetorial. (2021). *Estatuto do Cuidador Informal - Relatório Final de Avaliação e Conclusões - Projetos-piloto*.
- Conti, A., Garrino, L., Montanari, P., & Dimonte, V. (2015). Informal caregivers' needs on discharge from the spinal cord unit: Analysis of perceptions and lived experiences. *Disability and Rehabilitation*, 38(2), 159–167. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1031287>
- Correia, N. M. C., Teixeira, J. A. S., Bernardes, R. A., & Queirós, P. J. P. (2021). Education/training in rehabilitation nursing in Portugal between 1963 and 2005. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2021(5), 1–8. <https://doi.org/10.12707/rv20054>
- Crook, H., Raza, S., Nowell, J., Young, M., & Edison, P. (2021). Long covid-mechanisms, risk factors, and management. *The BMJ*, 374(1648). <https://doi.org/10.1136/bmj.n1648>

- Custódio, J. R. A. (2011). *A Sobrecarga e Estratégias de Coping do Cuidador Informal do Idoso Dependente (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica)*. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Decreto-Lei n.º 93/2009 (2009). Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio a Pessoas com Deficiência e a Pessoas com Incapacidade Temporária. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. *Diário da República, Série I* (N.º 74 de 16 de Abril de 2009), 2275-2277. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/93/2009/04/16/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 129/2017 (2017). Programa Modelo de apoio à Vida Independente. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. *Diário da República, Série I* (N.º 194 de 9 de Outubro de 2017), 5608-5618. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/129/2017/10/09/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 45810 (1964). Período de Escolaridade Obrigatória. Secretaria-geral do Ministério da Educação Nacional. *Diário do Governo, Série I* (N.º 160 de 9 de Julho de 1964), 876-877.
- Decreto Regulamentar n.º 1/2022 (2022). Reconhecimento do Estatuto de Cuidador Informal e Medidas de Apoio aos Cuidadores Informais e às Pessoas Cuidadas. Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República, Série I* (N.º 6 de 10 de Janeiro de 2022), 21-36. ELI: <https://data.dre.pt/eli/decregul/1/2022/01/10/p/dre/pt/html>
- Deodato, S. (2016). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L.Sousa (Coord.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 35–39). Loures: Lusodidacta.
- Despacho n.º 4306/2018 (2018). Aplicação da Tabela Nacional de Funcionalidade no setor da saúde. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República, Série II* (N.º 83 de 30 de Abril de 2018), 12188-12190.
- Dicionário Online Priberam de Português. (2021). Capaz. Retrieved August 25, 2021, from <https://dicionario.priberam.org/capaz>
- Direção Geral da Saúde. (2003). *Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação*.
- Duarte, N., & Faria, F. (2010). Benefícios do uso de faixa de contenção abdominal em doentes com lesão vértebro-medular - um estudo longitudinal retrospectivo
Abdominal binders use in patients with spinal cord injury and its benefits - a longitudinal retrospective study. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina*

Física e de Reabilitação, 19(1), 27–29.

- Entidade Reguladora da Saúde. (n.d.). Consentimento Informado. Retrieved March 30, 2022, from <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/consentimento-informado/>
- Faria, F. (2006). Lesões vértebro-medulares – A perspectiva da reabilitação. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 12(1), S45–S53. [https://doi.org/10.1016/s0873-2159\(15\)30467-0](https://doi.org/10.1016/s0873-2159(15)30467-0)
- Ferreira, A. M., Pires, J., Carvalho, F., Pereira, A., Campos, I., & Laíns, J. (2018). Efeito de uma ortótese tornozelo-pé na Marcha e na Mobilidade após AVC: Estudo clínico. *Revista Da SPMFR*, 30(2), 46–53.
- Ferreira, B., Gomes, T., Baixinho, C. L., & Ferreira, Ó. R. (2021). Transição Segura do Hospital para a Comunidade da Pessoa e Família com Doença Aguda. In *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 963–976).
- Fonseca, E. (2015, June). Formação: Uma Narrativa para a Prestação de Cuidados de Enfermagem. Retrieved March 12, 2022, from Revista Nursing Portuguesa website: <https://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>
- Fontes, F., & Sena Martins, B. (2014). Deficiência e inclusão social: os percursos da lesão medular em Portugal. *Sociologia, Problemas e Práticas*, (77), 153–172. <https://doi.org/10.7458/spp2015773293>
- Gomes, B. N., & Ferreira, D. (2016). Reeducação da Função Respiratória. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coord.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 253-262). Loures: Lusodidacta.
- Jeyathevan, G., Catharine Craven, B., Cameron, J. I., & Jaglal, S. B. (2018). Facilitators and barriers to supporting individuals with spinal cord injury in the community: experiences of family caregivers and care recipients. *Disability and Rehabilitation*, 42(13), 1844–1854. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1541102>
- Juguera Rodriguez, L., Pardo Rios, M., Leal Costa, C., Castillo Hermoso, M., Perez Alonso, N., & Diaz Agea, J. L. (2018). Relatives of people with spinal cord injury: A qualitative study of caregivers' metamorphosis. *Spinal Cord*, 56(6), 548–549. <https://doi.org/10.1038/s41393-018-0092-0>
- Lei n.º 100/2019 (2019). Estatuto do Cuidador Informal. Assembleia da República. *Diário da República, Série I*. (N.º 171 de 6 de Setembro de 2019) 3-16. ELI:

<https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre>

- Lei n.º 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Assembleia da República. *Diário da República, Série I* (N.º 181 de 16 de Setembro de 2015), 8059-8105. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Lynch, J., & Cahalan, R. (2017). The impact of spinal cord injury on the quality of life of primary family caregivers: A literature review. *Spinal Cord*, 55(11), 964–978. <https://doi.org/10.1038/sc.2017.56>
- Mahoney, J. S., Palyo, N., Napier, G., & Giordano, J. (2009). The Therapeutic Milieu Reconceptualized for the 21st Century. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(6), 423–429. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2009.03.002>
- Matos, M. J., & Araújo, C. (2021). PREVENÇÃO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NOS CUIDADORES INFORMAIS DE DOENTES DEPENDENTES NO DOMICÍLIO. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 56–63. <https://doi.org/10.33194/RPER.2021.V4.N1.157>
- Meleis, Afaf I. (2011). *Transitions Theory*. Springer Publishing.
- Meleis, Afaf Ibrahim, Sawyer, L. ., Im, E.-O., Hilfinger-Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions : An. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12–28.
- Menoita, E. C., Mota de Sousa, L., Pão Alvo, I. B., & Marques-Vieira, C. (2012). *Reabilitar o Utente Idoso com AVC*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2011). *Parecer Nº12/2011*. 2. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_M CEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf
- Mitchell, P. H. (2008). Section I: Patient Safety and Quality. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, 1–8.
- Moreira, M. J. G. (2020). *Como Envelhecem os Portugueses - Envelhecimento, Saúde, Idadismo*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Munce, S. E. P., Webster, F., Fehlings, M. G., Straus, S. E., Jang, E., & Jaglal, S. B. (2016). Meaning of self-management from the perspective of individuals with traumatic spinal cord injury, their caregivers, and acute care and rehabilitation

managers: An opportunity for improved care delivery. *BMC Neurology*, 16(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12883-016-0534-2>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular. In *Cadernos da Ordem dos Enfermeiros* (Vol. 1).

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Reabilitação Respiratória - Guia Orientador de Boa Prática*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilitação-respiratória_mceer_final-para-divulgação-site.pdf

Ordem dos Enfermeiros - Conselho de Enfermagem. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*.

Ordem dos Enfermeiros - MCEER. (2014). *Áreas Investigação Prioritárias Para a Especialidade De Enfermagem De Reabilitação*. (ÁREAS INVESTIGAÇÃO PRIORITÁRIAS PARA A ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO), 8. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th editio). Missouri.

Organização Mundial de Saúde. (2003). *Promovendo qualidade de vida após acidente vascular cerebral: um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde*.

Organização Mundial de Saúde. (2013). *International Perspectives on Spinal Cord Injury*. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-7880-9_11

Portaria n.º 92-E/2017 (2017). Regime de participação do Estado no preço de dispositivos médicos para apoio a doentes com incontinência ou retenção urinária, destinados a beneficiários do Serviço Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. *Diário da República, Série I, 1º Suplemento* (N.º 45 de 3 de Março de 2017), 2-4. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/92-e/2017/03/03/p/dre/pt/html>

Portaria n.º 92-F/2017 (2017). Primeira Alteração da Portaria n.º 284/2016. Ministério da Saúde. *Diário da República, Série I, 1º Suplemento* (N.º 45 de 3 de Março de 2017), 4-8. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/92-f/2017/03/03/p/dre/pt/html>

Portaria n.º 284/2016 (2016). Regime de Participação dos Dispositivos Médicos para Apoio aos Doentes Ostomizados, destinados a beneficiários do Serviço Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. *Diário da República, Série I* (N.º 212 de

- 4 de Novembro de 2016), 3896-3901. ELI:
<https://data.dre.pt/eli/port/284/2016/11/04/p/dre/pt/html>
- Porto Editora. (2022). Gestão | Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa. Retrieved April 4, 2022, from <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/gestao>
- Prasad, A. N., Rugar, C. A., & Prasad, C. (2011). Methylene tetrahydrofolate reductase (MTHFR) deficiency and infantile epilepsy. *Brain and Development*, 33(9), 758–769. <https://doi.org/10.1016/j.braindev.2011.05.014>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, Série II*. (N.º 26 de 6 de fevereiro de 2019) 4744-4750.
- Regulamento n.º 350/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, Série II* (N.º 119/2015 de 22 de Junho de 2015), 16655-16660.
- Regulamento n.º 392/2019 (2019). Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, Série II* (n.º 85/2019 de 3 de Maio de 2019), 13565-13568.
- Reinhard, S. C., Given, B., Petlick, N. H., & Bemis, A. (2008). Supporting Family Caregivers in Providing Care. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2665/>
- Sampaio, F., Pinto, C. V., Parada, F., Antunes, F., Silva, H. T. da, Caldas, J., ... Mirco, T. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO*.
- Santos, L. L. (2016). O Processo de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Coord.) *Cuidados de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 15–23). Loures: Lusodidacta.
- Sequeira, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 22(3–4), 491–500. <https://doi.org/10.1111/JOCN.12108>
- Smith, E. M., Boucher, N., & Miller, W. C. (2016). Caregiving services in spinal cord injury: A systematic review of the literature. *Spinal Cord*, 54(8), 562–569. <https://doi.org/10.1038/sc.2016.8>

- Sousa, L., & Carvalho, M. L. (2016). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia. In C. Marques-Vieira & L.Sousa (Coord.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 405–420). Loures: Lusodidacta.
- Sprigle, S. (2014). Measure it: Proper wheelchair fit is key to ensuring function while protecting skin integrity. *Advances in Skin and Wound Care*, 27(12), 561–572. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000456446.43330.70>
- Toglia, J., Fitzgerald, K. A., O'Dell, M. W., Mastrogiovanni, A. R., & Lin, C. D. (2011). The mini-mental state examination and montreal cognitive assessment in persons with mild subacute stroke: Relationship to functional outcome. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(5), 792–798. <https://doi.org/10.1016/J.APMR.2010.12.034>
- Tomey, A. M., & Alligod, M. R. (2015). Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). In *Nursing Theories and Nursing Practice 4th Ed.* (pp. 23–34). Retrieved from <http://elib.fk.uwks.ac.id/asset/archieve/e-book/KEPERAWATAN/Nursing Theories and Nursing Practice.pdf>
- Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2016). Treino de Atividades de Vida Diária. In C. Marques-Vieira & L.Sousa (Coord.) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 351–364). Loures: Lusodidacta.
- Zanini, C., Amann, J., Brach, M., Gemperli, A., & Rubinelli, S. (2021). The challenges characterizing the lived experience of caregiving. A qualitative study in the field of spinal cord injury. *Spinal Cord*, 59(5), 493–503. <https://doi.org/10.1038/s41393-021-00618-4>

Apêndices

**Apêndice I - Formação em Serviço “Cuidados à Pessoa com
Alterações da Eliminação Vesical e Intestinal”**

CUIDADOS À PESSOA COM ALTERAÇÕES NA ELIMINAÇÃO VESICAL E INTESTINAL

Ana Catarina Silva
Miguel Trindade

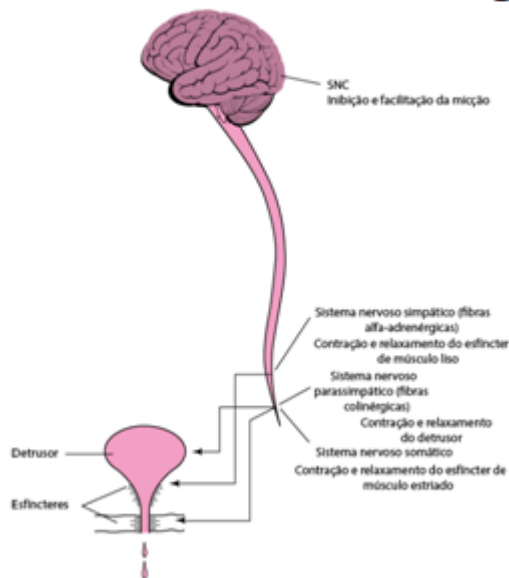
Sumário

- A Pessoa com Alterações na Eliminação Vesical
 - Anatomofisiologia da micção
 - Alterações na Eliminação Vesical
 - Intervenções de Enfermagem
 - Exames Complementares de Diagnóstico
- A Pessoa com Alterações na Eliminação Intestinal
 - Anatomofisiologia da defecação
 - Alterações na Eliminação Intestinal
 - Intervenções de Enfermagem

A Pessoa com Alterações na Eliminação Vesical



Anatomofisiologia da Micção



A micção é um arco reflexo, durante o qual são enviados impulsos sensoriais, coordenados pela protuberância, desde a bexiga até à medula sagrada.

O arco reflexo pode ser inibido pelo córtex frontal.

Durante a fase de enchimento a pressão intrauretral é superior à pressão intravesical e o inverso ocorre na fase de esvaziamento.

Para manter a continência a pressão intrauretral tem de ser mais elevada que a intravesical.

Alterações na Eliminação Vesical

- Incontinência Urinária
 - É caracterizada por perdas involuntárias de urina, que se podem apresentar desde fugas ligeiras e ocasionais a perdas abundantes e regulares.
 - Incontinência de Esforço
 - Incontinência de Urgência
 - Incontinência Mista
 - Incontinência por Extravasamento
 - Incontinência Funcional
 - Enurese Noturna

Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Incontinência Urinária

- Planeamento da Ingesta Hídrica
- Micção Diferida ou Treino Vesical
- Treino de Hábitos Vesicais | Micção Programada
- Exercícios de Fortalecimento da Musculatura Pélvica
- Electroestimulação fisiológica
- Acessórios



Alterações na Eliminação Vesical

- Bexiga Neurogénica
 - Termo que descreve disfunções vesico-esfincterianas que afetam portadores de doenças do sistema nervoso central ou periférico.
 - Bexiga Neurogénica Reflexa
 - Bexiga Neurogénica Autónoma

Alterações na Eliminação Vesical

- Bexiga Neurogénica Reflexa
 - Ocorre em lesões do 1º neurónio motor (acima do centro sagrado);
 - O arco reflexo da micção encontra-se preservado, contudo a micção pode não ser voluntária por defeito da mediação cerebral;
 - A pressão intravesical é elevada devido à dissenergia detrusor-esfincteriana, fazendo com que as micções sejam incompletas, podendo causar refluxo vesico-uretral, hidronefrose e lesão renal permanente.

Alterações na Eliminação Vesical

- Bexiga Neurogénica Autónoma
 - Ocorre em lesões do 2º neurónio motor;
 - Há comprometimento do arco reflexo da micção;
 - Ocorre micção quando a urina excede a capacidade da bexiga;
 - Existe uma pressão intravesical diminuída, levando a elevados volumes de urina residual.

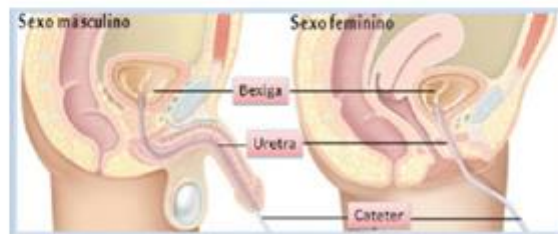
Intervenções de Enfermagem

- Ensinos sobre a Ingesta Hídrica e Diário de Líquidos Ingeridos e Eliminados.

HORÁRIO	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO
7h	100ml	Medicação
9h	200mL	Pequeno-Almoço
10h – 11h	200mL	
12h	400mL	Almoço (Sopa, água,...)
13h – 15h	100mL	
16h	200mL	Lanche
19h	200mL	Jantar (½ sopa, água,...)
21h	100mL	Ceia, Medicação
TOTAL/24H	1500mL	

Intervenções de Enfermagem

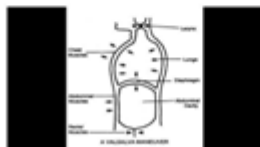
- Programa de Cateterismo Intermitente
 - Inicia-se com intervalos de 3 horas, podendo chegar a intervalos de 6 horas.
 - O volume vesical não deve exceder os 500 mL



Intervenções de Enfermagem

- Manobra de Valsalva
 - Contração abdominal provocada ao exalar forçadamente o ar contra os lábios.
- Manobra de Credé
 - Aumento da pressão intra-abdominal pela flexão do tronco associada a compressão supra púbica.

Manobras de Valsalva e Credé



Manobra de Valsalva



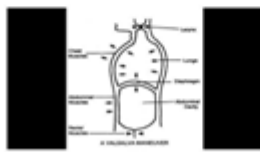
Manobra de Credé

Só devem ser utilizadas com evidência urodinâmica de que a pressão intra-vesical se mantém dentro de valores seguros, caso contrário as pressões geradas podem levar a complicações dos trato urinário.

Intervenções de Enfermagem

- Manobra de Valsalva
 - Contração abdominal provocada ao exalar forçadamente o ar contra os lábios.
- Manobra de Credé
 - Aumento da pressão intra-abdominal pela flexão do tronco associada a compressão supra púbica.

Manobras de Valsalva e Credé



Manobra de Valsalva



Manobra de Credé

Só devem ser utilizadas com evidência urodinâmica de que a pressão intra-vesical se mantém dentro de valores seguros, caso contrário as pressões geradas podem levar a complicações dos trato urinário.

Intervenções de Enfermagem

- Micção reflexa
 - Pode ser utilizada na bexiga neurogénica reflexa;
 - É realizada a estimulação dos dermatômos da região sagrada e lombar;
 - Pode induzir disreflexia em pessoas com lesão acima de D6.

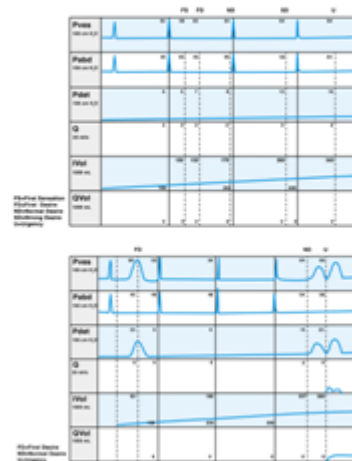


Exames Complementares de Diagnóstico



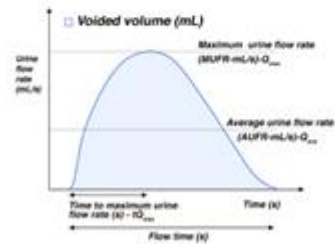
Estudo Urodinâmico

- Avalia de forma dinâmica o comportamento vesico-esfincteriano nas suas fases fisiológicas de enchimento e esvaziamento vesical.
- Habitualmente é composto por: cistometria, perfilometria uretral, electromiografia anal e urofluxometria com avaliação de VR.
- Pode ser miccional ou de enchimento. Neste último não é realizada a urofluxometria.



Urofluxometria

- É um exame não invasivo.
- Mede o volume urinado por unidade de tempo.
- Os resultados são interpretados usando nomogramas existentes e critérios da *International Continence Society*.
- Idealmente é realizado uma medição de volume residual de urina no final.



Bladder Scanner

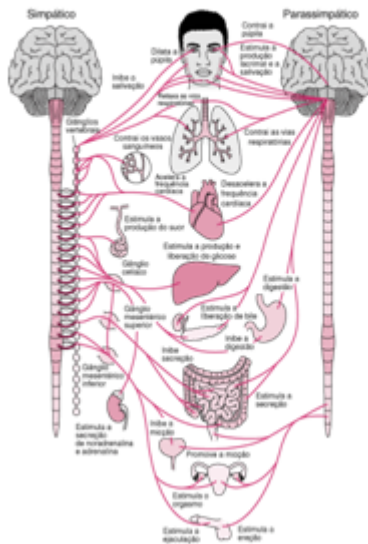
- É uma técnica não invasiva.
- É um aparelho de ultrassom que cria uma imagem 3D da bexiga e que estima o volume de urina existente na mesma.
- Permite verificar o volume residual pós-miccional; diminuir o número de cateterizações realizadas à pessoa; ajustar o intervalo entre cateterizações.



A Pessoa com Alterações na Eliminação Intestinal



Anatomofisiologia da Defecação



- A defecação é um arco reflexo;
- Sistema nervoso Simpático - inibe a expulsão (contraí os esfínteres);
- Sistema nervoso Parassimpático – estimula a expulsão(Relaxa os esfínteres);
- O Córtex pode também inibir o arco reflexo.

Intestino neurogénico

O intestino neurogénico, é um termo, utilizado para definir alterações causadas por lesão neurológica. Ocorrem alterações no processo de armazenamento e na expulsão dos resíduos gástricos.

Consoante a lesão, podemos obter :

- **Intestino Neurogénico Desinibido**
- **Intestino Neurogénico Reflexo**
- **Intestino Neurogénico Autónomo**

Intestino Neurogénico Desinibido

- É frequente em doentes com lesões neurológicas a nível cerebral;
- A sensibilidade e o reflexo estão mantidos;
- Não há capacidade de interpretação dos impulsos;
- Há incontinência fecal porque o arco reflexo está activado, o controlo voluntário dos músculos do esfíncter anal é menor e o doente sente urgência;
- Exemplo: doentes com AVC.

Intervenções de enfermagem

- Ingestão hídrica adequada;



- Realizar uma alimentação rica em fibras;



- Promoção de vida ativa;

- Planear treino de hábitos intestinais;

- Ensinos ao utente.



Intestino Neurogénico Reflexo

- É frequente em doentes com lesão da espinal medula, acima do nível da D12 e L1;
- Não é possível o controlo voluntário dado a sensibilidade ser diminuída ou mesmo ser inexistente;
- O arco reflexo vai estar presente pelo que vai ser possível provocar o esvaziamento reflexo;
- O tónus muscular vai estar mantido, pelo que o esfíncter controla as perdas.

Intestino Neurogénico Autónomo

- É frequente em doentes com lesão da espinal medula, ao nível da D12 ou L1 ou abaixo deste;
- Não é possível o controlo voluntário dado a sensibilidade ser diminuída ou mesmo inexistente;
- O arco reflexo não vai estar presente pelo que não ser possível provocar o esvaziamento reflexo;
- O tónus muscular vai estar diminuído, pelo que os esfíncteres não controlam as perdas.

Intervenções de enfermagem

- Ingestão hídrica adequada;



- Realizar uma alimentação rica em fibras;



- Promoção de vida ativa;



- Ensinos ao utente.



- Treino Intestinal com supositório.



Perda VS Controlo de esfíncteres

- **Quando o utente não tem sensibilidade:**
 - Ocorrem perdas sempre que não há continência de esfíncteres fora do treino intestinal ou vesical.
- **Quando o utente tem sensibilidade:**
 - Ocorrem perdas sempre que o utente não solicite urinar ou evacuar e não haja continência de esfíncteres. Salvo, caso existam alterações cognitivas ou da comunicação que o impeçam de o fazer.

Conclusões

- Uma anamnese adequada irá permitir intervenções de enfermagem direcionadas às necessidades da pessoa.
- As alterações a nível da eliminação interferem na auto imagem, na higiene, na sexualidade e na socialização da pessoa.
- Intervenções de enfermagem adequadas às necessidades da pessoa, irão permitir uma melhoria da qualidade de vida e motivação para o processo de reabilitação.

Referências Bibliográficas

- Associação Portuguesa de Urologia, & Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginécologia. (2014). *INCONTINÊNCIA URINÁRIA*.
- D'Ancona, C., Haylen, B., Oelke, M., Abranches-Monteiro, L., Arnold, E., Goldman, H., Hamid, R., Homma, Y., Marcelissen, T., Rademakers, K., Schizas, A., Singla, A., Soto, I., Tse, V., de Wachter, S., & Herschom, S. (2019). The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. *Neurourology and Urodynamics*, 39(2), 433–477. <https://doi.org/10.1002/nau.23897>
- Davis, C., Chrisman, J., & Walden, P. (2012). To scan or not to scan? Detecting urinary retention. *Nursing Made Incredibly Easy*, 10(4), 53–54. <https://doi.org/10.1097/01.NME.0000415016.88696.9D>
- Domingues, N., Fidalgo, N., & Melo, M. (2011). Nomograma de Urofluxometria do Homem Português. *Acta Urologica*, 21–25.
- Ordem das Enfermeiras. (2009). Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebral medular
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I.& Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC. Contributos Para um Envelheer Resiliente*. Loures: Lusociência.
- Redol, F., Rocha, C. (2016). Avaliação da Função Eliminação. In C. Marques-Vieira, L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 189-202). Lisboa: Lusodidacta
- Redol, F., Rocha, C. (2016). Intervenção de Enfermagem com a Pessoa com Alterações da Eliminação Vesical e Intestinal. In C. Marques-Vieira, L. Sousa (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 271-280). Lisboa: Lusodidacta
- <https://www.spg.pt/>. Acedido em: 10.11.2021.

Obrigado pela vossa atenção!



**Apêndice II - Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa
com Lesão Vertebro-Medular - Estudo de Caso**

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

Estágio com Relatório

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com
Lesão Vertebro-Medular
Estudo de Caso**

Ana Catarina Costa Silva

**Lisboa
Novembro 2021**



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

Estágio com Relatório

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com
Lesão Vertebro-Medular
Estudo de Caso**

**Ana Catarina Costa Silva
(10545)**

Professor Orientador:
Miguel Serra
Enfermeira Orientadora:

**Lisboa
Novembro 2021**

CONTEÚDO

1. COLHEITA DE DADOS	1
1.1. Identificação e História Pessoal.....	1
1.2. História da Doença Atual.....	1
1.3. Antecedentes Pessoais	2
1.4. Terapêutica Instituída	3
2. AVALIAÇÃO (13-10-2021).....	3
3. PLANO DE CUIDADOS	7
NOTAS FINAIS	0

Apêndices

Apêndice I – Escala de Braden

Apêndice II – Escala de Morse

Apêndice III – Índice de Barthel

Apêndice IV – Medida de Independência Funcional

Apêndice V- Escala de Berg

1. COLHEITA DE DADOS

1.1. Identificação e História Pessoal

Nome: J.C.A.C.P.	
Género: Masculino	Idade: 47 anos
Estado Civil: Casado	Profissão: Serralheiro (desempregado)
Agregado Familiar: O Sr. J. reside com a esposa e com a filha de 21 anos.	
Condições Habitacionais: O Sr. J. e a família encontravam-se a residir num apartamento, primeiro andar, com elevador, alugado. Após o acidente e consequente incapacidade para trabalhar do Sr. J, a família decidiu mudar-se para a casa que possui em Pedrogão Grande. Esta é uma moradia térrea, com 1 degrau de acesso ao interior, com 3 quartos, 2 casas de banho (1 com polibã e outra com banheira) e bastante espaço exterior.	
Suporte Familiar: O Sr. J. reside com a esposa e a filha. A esposa, a D ^a N. encontra-se desempregada desde que se mudou para Pedrogão Grande, mas é assistente de cozinha de profissão. A filha, a D ^a M. tem 21 anos, terminou o 12 ^o ano de escolaridade e encontra-se desempregada. Ambas visitam o Sr. J. uma vez por semana, visto a viagem até Lisboa ainda ser longa. Contudo, devido às restrições das visitas impostas pela pandemia e o facto de não estarem vacinadas, nem sempre podem entrar no serviço de internamento. Visto o Sr. J. e a D ^a N. serem naturais de Pedrogão Grande, na área próxima da sua casa têm a residência de vários familiares chegados.	

1.2. História da Doença Atual

No final de Julho de 2021, o Sr. J. sofreu uma queda de cerca de 1,10m, quando caiu de um escadote ao arranjar a parte superior da ombreira de uma das portas da sua casa em Pedrogão Grande. Aquando da queda, o embate no solo deu-se com a grelha costal à esquerda, a face e o antebraço esquerdo que utilizou para se tentar proteger.

Dias após a queda, após regressar à sua residência na zona de Lisboa, recorreu ao Serviço de Urgência do seu hospital de residência, referindo queixas a nível da caixa torácica à esquerda. Realizou raio X que veio sem alterações, foi

medicado com analgesia e teve alta clínica. As idas ao Serviço de Urgência repetiram-se durante o mês de Agosto, manifestando sempre queixas álgicas a nível da caixa torácica à esquerda e o tratamento com analgesia foi repetido, realizou TAC que também não revelou alterações e foi dada alta ao Sr. J. após melhoria das queixas.

No final de Agosto recorreu novamente ao serviço de urgência por evolução do quadro anterior, com diminuição progressiva da força muscular dos membros inferiores, com incapacidade para a marcha e perda de controlo de esfíncteres. Realizou RM da coluna lombossagrada a 30 de Agosto, que revelou volumosa coleção epidural posterior lombar. Foi transferido para um hospital central da região de Lisboa onde, a 1 de Setembro foi submetido a hemilaminectomia D12-L1 esquerda, com drenagem de coleção purulenta e lavagem. Após a cirurgia apresentava quadro neuromotor de paraparésia de predomínio esquerdo, com necessidade de ajuda total na realização do autocuidado. Ficou algaliado em drenagem contínua a aguardar a realização de estudo urodinâmico e foi instituído treino intestinal com supositório de bisacodilo, em dias alternados. Iniciou programa de reabilitação motora, com fisioterapeuta.

Isolado MSSA em hemocultura, urocultura e exsudado da coleção medular. Ficou internado no serviço de Infecçiology, onde iniciou antibioterapia EV com flucloxacilina (2000mg) seis vezes por dia. Durante o internamento houve necessidade de colocação de cateter venoso central por difícil manutenção e colocação de cateter venoso periférico para continuação do antibiótico.

Realizou a primeira dose da vacina contra Covid-19 a 29 de Setembro de 2021.

Teve alta para o serviço de MFR a 11 de Outubro, ainda a cumprir antibioterapia EV e com indicação de realização de RM lombossagrada regulares (cerca de 3/3 semanas) para vigilância de evolução da lesão medular e avaliação da necessidade da manutenção de antibioterapia.

1.3. Antecedentes Pessoais

O Sr. J. tem antecedentes pessoais de:

- VIH, diagnosticado em Outubro de 2018;
- DM II, diagnosticada há cerca de 20 anos e com mau controlo;
- Cirurgia ao olho direito por descolamento da retina;

- Herniorrafia inguinal há 6 anos;
- Infecção por SARS-CoV-2 em Novembro de 2020;
- HTA não medicada;
- O Sr. J. refere história de 2 ou 3 hérnias lombares, mas não há referência às mesmas na história clínica;
- Desconhece alergias alimentares ou medicamentosas.

1.4. Terapêutica Instituída

Fármaco	Dosagem	Frequência	Via
Tansulosina	0,4 mg	1 id (PA)	PO
Pregabalina	50 mg	2 id (PA + J)	PO
Enalapril	15 mg	2 id (PA + J)	PO
Bictegravir + Entricitabina + Tenofovir alafenamida	50mg+200mg+25mg	1 id (J)	PO
Amlodipina	10 mg	1 id (C)	PO
Esomeprazol	20 mg	1 id (Jejum)	PO
Enoxaparina	40 mg	1 id (A)	SC
Bisacodilo	5 mg	1 id 48/48h (J)	PO
Bisacodilo	10 mg	1 id 48/48h (PA)	Rect.
Flucloxacilina	2000 mg	3 id (5h + 13h + 21h)	PO
Lorazepam	1mg	1 id (C)	PO
Insulina Isofânica	46U + 18U + 28U	3 id (PA + A+ J)	SC

2. AVALIAÇÃO (13-10-2021)

O Sr. J. encontra-se orientado no tempo, espaço e pessoa. Calmo, bem-disposto e bastante comunicativo com os profissionais de saúde e os restantes utentes. Participativo e muito motivado para o seu processo de reabilitação. Desloca-se em cadeira de rodas conduzida pelo próprio e assume posição de pé com ajuda de terceira pessoa e apoio do andarilho.

Avaliação Física:

- Pele e mucosas: pele e mucosas coradas e hidratadas. Apresenta onicomicose em ambos os hallux. Fissura nos espaços interdigitais de ambos os pés, com indicação para limpeza com octinidina. Apresenta CVC na subclávia direita, sem sinais inflamatórios. Sem outras lesões.
- Edemas: sem edemas visíveis. O Sr. J. utiliza meias de contenção durante o dia e refere ter edema bimalleolar bilateral ao final do dia.
- Tórax: sem alterações visíveis, com movimentos simétricos durante a respiração. Respiração mista.
- Abdômen: abdômen depressível e indolor à palpação.
- Esfíncteres: encontra-se algaliado em drenagem contínua, com sonda siliconada nº 16, com drenagem de urina clara e bons débitos urinários. Realiza treino intestinal em dias alternados com supositório de bisacodilo, apresentando perdas de fezes ocasionais antes do treino intestinal.
- Alimentação: alimenta-se de forma autônoma de dieta diabética hipossalina, com boa tolerância e apetite.
- Sono e Repouso: refere não ter dificuldade em adormecer e dormir por longos períodos. Costuma realizar uma sesta após o almoço.

Avaliação da Força Muscular de Acordo com a Escala MRC

Direita		Esquerda
5	Membro Superior	5
	Globalmente	
	Anca	
3	Flexores	1
2	Extensores	1
2	Abdutores	1
2	Adutores	2
2	Rotadores Internos	1
2	Rotadores Externos	1
	Joelho	
4	Flexores	1
4	Extensores	2
	Tibiotársica	

1	Flexores Dorsais	0
2	Flexores Plantares	1
Pé		
0	Eversores	0
0	Inversores	0
1	Flexores dos Dedos	0
0	Extensores dos Dedos	0

Parâmetros vitais:

- Tensão Arterial: 121/82 mmHg
- Temperatura: 35,9° (timpânica)
- Frequência Cardíaca: 74 bpm
- SpO2: 97%
- Frequência Respiratória: 17 cpm
- Dor (escala numérica): 0

Exame Neurológico:

Foi aplicada a Escala ASIA, como imagem seguinte, com o seguinte resultado: AIS C, nível neurológico L1.

Patient Name _____ Date/Time of Exam _____

Examiner Name _____ Signature _____

RIGHT

	SENSORY KEY SENSORY POINTS	
	Light Touch (LTR)	Pin Prick (PPR)
C2	2	2
C3	2	2
C4	2	2
C5	5	2
C6	5	2
C7	5	2
C8	5	2
T1	5	2
T2	2	2
T3	2	2
T4	2	2
T5	2	2
T6	2	2
T7	2	2
T8	2	2
T9	2	2
T10	2	2
T11	2	2
T12	2	2
L1	2	2
L2	3	2
L3	4	2
L4	1	1
L5	0	1
S1	2	1
S2	1	1
S3	1	1
S4-5	1	1

RIGHT TOTALS (MAXIMUM)

LTR: 35 (50) PPR: 50 (56)

LEFT

	SENSORY KEY SENSORY POINTS	
	Light Touch (LTL)	Pin Prick (PPL)
C2	2	2
C3	2	2
C4	2	2
C5	5	2
C6	5	2
C7	5	2
C8	5	2
T1	5	2
T2	2	2
T3	2	2
T4	2	2
T5	2	2
T6	2	2
T7	2	2
T8	2	2
T9	2	2
T10	2	2
T11	2	2
T12	2	2
L1	2	2
L2	2	2
L3	1	1
L4	1	1
L5	1	1
S1	1	1
S2	1	1
S3	1	1
S4-5	0	0

LEFT TOTALS (MAXIMUM)

LTL: 49 (56) PPL: 49 (56)

UER (Upper Extremity Right) **UEL** (Upper Extremity Left)

LER (Lower Extremity Right) **LEL** (Lower Extremity Left)

(VAC) Voluntary Anal Contraction (Yes/No) No

(DAP) Deep Anal Pressure (Yes/No) Yes

MOTOR SUBSCORES

UER 25 + UEL 25 = UEMS TOTAL 50 (MAX 25) LER 10 + LEL 4 = LEMS TOTAL 14 (MAX 25)

LTR 50 + LTL 49 = LT TOTAL 99 (MAX 56) PPR 50 + PPL 49 = PP TOTAL 99 (MAX 56)

NEUROLOGICAL LEVELS

1. SENSORY: R L3, L L3 2. MOTOR: R L2, L L1

3. NEUROLOGICAL LEVEL OF INJURY (NLI): L1

4. COMPLETE OR INCOMPLETE? (In injuries with absent motor OR sensory function in S4-5 only)

5. ASIA IMPAIRMENT SCALE (AIS): C

6. ZONE OF PARTIAL SENSORY PRESERVATION: R NA, L NA; MOTOR: R S1, L S1

This form may be copied freely but should not be altered without permission from the American Spinal Injury Association. REV 04/19

Avaliação Funcional:

Apesar de muito participativo e motivado, o Sr. J. encontrava-se dependente de terceira pessoa para a realização de grande parte do autocuidado. Assim, foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação:

- Escala de Braden – 16 – alto risco (Apêndice I)
- Escala de Morse – 55 – alto risco (Apêndice II)
- Índice de Barthel – 30 – grave dependência (Apêndice III)
- Medida de Independência Funcional – 88 - dependência modificada, com assistência até 25% da tarefa (Apêndice IV)
- Escala de Berg – 5/56 (Apêndice V)

3. PLANO DE CUIDADOS

Data	Problema Identificado	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
13/10	Totalmente dependente no autocuidado eliminação vesical	<p>Reduzir o défice do autocuidado.</p> <p>Vigiar possíveis alterações da eliminação vesical.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar características da urina. - Monitorizar débito urinário. - Trocar cateter vesical de 7/7 dias. - Ensinar cuidados de manutenção da drenagem vesical. - Ensinar sobre ingesta hídrica. - Ensinar registo de líquidos ingeridos e eliminados. - Ensinar técnica de autoesvaziamento. - Treinar técnica de autoesvaziamento. - Ensinar sobre fisiologia da micção. - Incentivar o uso do urinol sempre que exista a sensação de plenitude vesical. 	<p>18/11 Questionado o utente sobre o interesse em iniciar treino vesical e explicadas vantagens, desvantagens e implicações do mesmo. O Sr. J. demonstrou interesse, pelo que foi iniciado o ensino: líquidos ingeridos e eliminados e técnica de autoesvaziamento.</p> <p>19/11 Utente desalgaliado para iniciar treino vesical com autoesvaziamentos de 3/3h, com algália no período noturno.</p> <p>23/11 O Sr. J. executa a técnica de autoesvaziamento de forma correta e sem dificuldades. Apresenta algumas micções espontâneas,</p>

				realizando de seguida medição do volume residual por esvaziamento. Realiza os registos de líquidos ingeridos e eliminados e cumpre a restrição da ingesta hídrica a partir das 19h. Suspende a algaliação noturna, realizando um esvaziamento às 0h e às 6h.
13/10	Totalmente dependente no autocuidado eliminação intestinal	Reduzir o défice do autocuidado. Vigiar possíveis alterações da eliminação intestinal	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar características das fezes. - Ensinar sobre treino intestinal. - Ensinar e treinar técnica de colocação do supositório. - Ensinar e treinar técnica de colocação da fralda. - Ensinar e treinar técnica de transferência para a sanita. 	23/11 O Sr. J. coloca o supositório e a fralda de forma autónoma. Apresenta perdas de fezes ocasionais antes do treino intestinal. Necessita de ajuda moderada na transferência para a sanita.
13/10	Parcialmente dependente no autocuidado higiene	Reduzir o défice do autocuidado. Promover bom estado de higiene.	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar a dependência no autocuidado através do Índice de Barthel. - Treinar transferência para a cadeira de banho. 	23/11 O Sr. J. realiza os seus cuidados de higiene em cadeira sanitária de forma autónoma. Na avaliação do Índice de

			<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar estratégias para realizar os cuidados de higiene em cadeira sanitária em segurança. - Instruir sobre produtos de apoio ao autocuidado higiene. - Executar corte das unhas dos pés. - Vigiar a pele. - Incentivar a aplicação de creme hidratante em toda a superfície corporal. 	<p>Barthel houve uma diminuição da dependência de 30/100 a 13/10 para 70/100 a 22/11. Atualmente está a treinar o banho no chuveiro em banco de duche, visto ser esta a sua realidade no domicílio. Necessita de ajuda moderada para realizar a higiene genital e anal por implicar ficar em posição de pé. Ainda não é capaz de cortar as unhas dos pés, pelo que tem que ser substituído.</p>
13/10	Parcialmente dependente no autocuidado vestir-se e despir-se.	Reduzir o défice do autocuidado.	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar e treinar técnica de vestuário da cintura para baixo no leito. - Ensinar e treinar técnica de calçar meias elásticas. - Ensinar e treinar técnica de calçar os sapatos no leito. - Ensinar e treinar técnica de despir e 	<p>23/11 O Sr. J. é capaz de vestir e despir a metade superior do corpo desde a admissão. Atualmente consegue vestir e despir a metade inferior e calçar-se e descalçar-se em <i>long-sitting</i>, de forma</p>

			descalçar no leito.	autônoma.
13/10	Totalmente dependente no autocuidado mobilizar-se.	<p>Reduzir o déficit do autocuidado.</p> <p>Promover aumento da força muscular e equilíbrio.</p> <p>Promover a segurança do utente,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar e monitorizar a força muscular através da Escala MRC. - Realizar mobilizações passivas do pé e tibiotársica bilateralmente. - Realizar mobilizações ativas assistidas do joelho e coxofemoral bilateralmente. - Ensinar e treinar a realização de automobilizações da coxofemoral e joelho. - Ensinar e treinar atividades terapêuticas no leito, como rolar e a ponte. - Ensinar e treinar técnica de posicionamento no leito. - Ensinar e treinar exercícios de fortalecimento dos membros superiores com faixa elástica e pesos. - Ensinar e treinar técnica de <i>push up</i> na CR. - Ensinar e treinar exercícios de equilíbrio sentado (na CR e na cama). 	<p>23/11 – O Sr. J. é capaz de se posicionar corretamente no leito e realizar a alternância de decúbito. Realiza a ponte de forma correta para proceder à colocação da fralda e vestir as calças. Rola no leito assumindo o decúbito ventral e posteriormente a posição de quadrupedia. Na avaliação da força muscular existiram melhorias da mesma, especialmente a nível do MIDto. Já é possível realizar mobilizações ativas resistidas do joelho e coxofemoral dta, da flexão plantar da tibiotársica dta e dos extensores do joelho e coxofemoral esq. O Sr. J. realiza automobilizações do</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Treino de transferência CR/Cama e Cama/CR. - Treino de marcha com andarilho. - Estudo e sugestão de produtos de apoio. - Ensino de medidas de segurança e prevenção de quedas. 	<p>joelho e coxofemoral dta, contudo apenas quando acompanhado. Não demonstra muito interesse em realizar automobilizações sem incentivo. Apresenta equilíbrio sentado estático e dinâmico eficaz na CR e na beira da cama. Realiza treino de marcha com andarilho, com equilíbrio eficaz em posição de pé, com apoio. Bom controle do movimento do MIDto, com boa abordagem do pé ao solo. No MIEsq realiza flexão do joelho e coxofemoral eficaz, contudo por diminuição da força muscular na tibiotársica, fica com o pé pendente. Recusa treino com boxia pois refere que “no ginásio consegue andar bem e</p>
--	--	--	---	--

				sem nada” e que na enfermaria não o faz porque “o piso é diferente e agarra o sapato” (sic.). Eleva-se da posição de sentado para de pé sem ajuda de 3ª pessoa, desde que apoiado no andarilho ou no fundo da cama. Devido à melhoria da força muscular e da maior autonomia no autocuidado, o Sr. J. por vezes tem comportamentos de risco de queda elevado como tentar ir ao WC a realizar marcha com andarilho quando o chão está molhado e tentar assumir a posição de pé sem apoio e sem supervisão.
13/10	Conhecimento não demonstrado sobre a sua situação de saúde.	Promover o conhecimento sobre a patologia.	<ul style="list-style-type: none"> - Promover ambiente favorável à colocação de dúvidas e inquietações. - Ensinar sobre medula espinhal e lesão 	23/11 – O Sr. J. detém conhecimentos sobre a sua situação clínica. Apesar de

		<p>Incentivar a colocação de questões sobre a sua situação de saúde.</p> <p>Mediar expectativas de recuperação.</p>	<p>medular.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre alterações da sensibilidade. - Ensinar sobre alterações da eliminação vesical e intestinal. - Providenciar material informativo (folhetos do serviço sobre exercícios de automobilização e alterações da eliminação vesical e intestinal). - Validar ensino através de perguntas de resposta curta. 	<p>manter expectativas muito elevadas quanto à sua recuperação e de ainda recusar a utilização de muitos produtos de apoio, já é capaz de perceber a importância de alguns para um aumento da sua segurança na realização do autocuidado, como o banco de duche e as barras de apoio. Já é possível estabelecer um diálogo que inclua a possibilidade de vir a necessitar de uma CR para se deslocar por longas distâncias.</p>
--	--	---	--	---

NOTAS FINAIS

Apesar de a capacidade motora e funcional do Sr. J. estar a melhorar, como se comprova pela avaliação das várias escalas ao longo do internamento, este ainda necessita de ajudas pontuais ou supervisão próxima em algumas atividades. Para além disso as expectativas do Sr. J. quanto à sua evolução clínica são extremamente elevadas, o que tem dificultado o planeamento da alta e de ensinamentos junto da sua esposa e filha que partilham as expectativas do Sr. J.. Quando é abordada a temática da alta e questionado sobre quem estará disponível para o auxiliar no seu autocuidado, o Sr. J. recusa a necessidade de vir a necessitar de algum tipo de ajuda no futuro respondendo sempre: “tenho fé que não vai ser preciso nada e que vou voltar à minha vida normal” (sic.). Da parte da família a resposta é muito semelhante, referindo que o Sr. J. está no hospital para ficar curado.

Relativamente à sua habitação futura, o Sr. J. já planeia instalar uma rampa para ultrapassar o degrau que existe de acesso a sua casa. Planeia também colocar um polibã na casa de banho que tem banheira e que é mais espaçosa de modo a que possa realizar os seus cuidados de higiene. Recusa uma cadeira de banho, mas compreende a importância de um banco de duche e barras de apoio para fazer a transferência em segurança. Recusa outros produtos de apoio, referindo que em casa da sua mãe tem uma cadeira de rodas, que refere não ir utilizar muito e umas canadianas.

Aguarda a avaliação por junta médica para obtenção de grau de incapacidade, uma vez que mudou de Centro de Saúde.

Visto encontrar-se a realizar autoesvaziamentos foi instruído do material que necessitará no dia-a-dia, bem como da gratuitidade do mesmo mediante prescrição médica.

Foi incentivado a acompanhar as informações de Associações de apoio à pessoa com deficiência/incapacidade como a Associação Salvador para se manter informado das alterações de legislação e apoios que pode solicitar.

Uma vez que a esposa do utente se encontra em situação de desemprego, foi informado sobre o estatuto do cuidador informal, para o qual se poderá qualificar, dependendo do grau de incapacidade atribuído. Contudo, este assunto tem sido abordado de forma muito delicada e superficial já que devido às expectativas do Sr. J., este não está recetivo à prestação de ensinamentos aos familiares.

Aguarda consulta de disfunção sexual neurogênea, pois levantou algumas questões quando iniciou treino de autoesvaziamento, nomeadamente se voltaria a ter ereção e como poderia otimizar a sua vida sexual devido à diminuição da força muscular e conseqüentemente da mobilidade.

Aquando discussão da alta clínica, foi aconselhado pela equipa médica a ser referenciado para uma unidade de cuidados continuados de média duração de modo a maximizar o seu potencial de reabilitação. Após alta da unidade de cuidados continuados, prevê-se a reintegração do Sr. J. no domicílio, com o apoio da família.

Avaliação da Força Muscular de acordo com a escala MRC a 22/11

Direita		Esquerda
5	Membro Superior	5
	Globalmente	
	Anca	
4	Flexores	2
4	Extensores	3
3	Abdutores	2
4	Adutores	3
3	Rotadores Internos	1
3	Rotadores Externos	1
	Joelho	
4	Flexores	1
4	Extensores	2
	Tibiotársica	
1	Flexores Dorsais	0
4	Flexores Plantares	1
	Pé	
0	Eversores	0
0	Inversores	0
1	Flexores dos Dedos	0
0	Extensores dos Dedos	0

Também a nível funcional têm ocorrido melhorias, sendo o Sr. J autónomo na realização de alguns dos autocuidados. Esta melhoria é igualmente visível nos

instrumentos de avaliação utilizados (avaliação realizada a 22/11/2021):

- Escala de Braden – 19 – baixo risco (Apêndice I)
- Escala de Morse – 65 – alto risco (Apêndice II)
- Índice de Barthel – 65 – ligeiramente dependente (Apêndice III)
- Medida de Independência Funcional – 115 – independência completa (Apêndice IV)
- Escala de Berg – 13/56 equilíbrio diminuído (Apêndice V)

Apêndices

Apêndice I – Escala de Braden

ITEM	AVALIAÇÃO 13.10 22.11	
<i>PERCEPÇÃO SENSORIAL</i>		
1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	3	3
2. Muito limitada: 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.		
3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades		
4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.		
<i>HUMIDADE</i>		
1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detetada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	4	4
2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.		
3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia		
4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.		
<i>ATIVIDADE</i>		
1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2	3
2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.		
3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.		
4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.		
<i>MOBILIDADE</i>		
1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2	3
2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.		
3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.		
4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.		
<i>NUTRIÇÃO</i>		
1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias	4	4
2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.		
3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo		

provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.		
4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmen4te entre as refeições. Não requer suplementos.		
FRICÇÃO E FORÇAS DE DESLIZAMENTO		
1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.		
2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	1	2
3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.		
TOTAL	16/23	19/23

Apêndice II – Escala de Morse

ITEM	PONTUAÇÃO		
		12.10	22.11
HISTORIAL DE QUEDAS NOS ÚLTIMOS 3 MESES			
Não	0	0	0
Sim	25		
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO			
Não	0	15	15
Sim	15		
AJUDA PARA CAMINHAR			
Nenhuma/ajuda do enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0	0	15
Muletas/canadianas/bengala/andarrilho	15		
Apoia-se no mobiliário para andar	30		
TERAPIA ENDOVENOSA			
Não	0	20	0
Sim	20		
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA			
Normal/acamado/imóvel	0	20	20
Debilidade	10		
Dependente da ajuda	20		
ESTADO MENTAL			
Consciente das suas capacidades	0	0	15
Esquece-se das suas limitações	15		
TOTAL		55	65

Apêndice III – Índice de Barthel

ITEM	PONTUAÇÃO		
		12.10	22.11
INTESTINO			
Controle perfeito	10	0	0
Problemas ocasionais	5		
Problemas habituais	0		
BEXIGA			
Controle perfeito	10	0	5
Problemas ocasionais	5		
Problemas habituais	0		
HIGIENE PESSOAL			
Barba/dentes/cabelo/face	5	5	5
Dependente	0		
USO DA SANITA			
Independente	10	0	5
Ajuda parcial	5		
Totalmente dependente	0		
ALIMENTAÇÃO			
Independente	10	10	10
Com ajuda (para cortar)	5		
Impossível	0		
TRANSFERÊNCIA LEITO - CR			
Independente	15	5	15
Ajuda minor/verbal	10		
Ajuda maior	5		
Dependente	0		
MOBILIDADE			
Independente	15	5	5
Com ajuda	10		
Independente em CR	5		
Impossível	0		
VESTIR			
Independente	10	5	10
Ajuda moderada	5		
Impossível	0		
ESCADAS			
Independente	10	0	0
Ajuda/supervisão	5		
Impossível	0		
BANHO			
Independente	5	0	5
Dependente	0		
TOTAL		30	60

Apêndice IV – Medida de Independência Funcional

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL		12.10	22.11
AUTO-CUIDADOS			
A – Alimentação		7	7
B – Higiene pessoal		5	7
C – Banho (lavar corpo)		3	6
D – Vestir metade superior		5	7
E – Vestir metade inferior		3	6
F – Utilização da sanita		3	4
CONTROLO DOS ESFINCTERES			
G – Vesical		1	5
H – Intestinal		1	3
MOBILIDADE			
TRANSFERÊNCIAS			
I – Cama, Cadeira, Cadeira de Rodas		2	6
J – Sanitário		2	4
K – Banheira, Duche		2	4
LOCOMOÇÃO			
L – <u>M</u> archa/ <u>C</u> adeira de <u>R</u> odas	CR	4	6
M – Escadas		1	1
COMUNICAÇÃO			
N – Compreensão (auditiva/ visual)	A	7	7
	V	7	7
O – Expressão (verbal/ não verbal)	V	7	7
	NV	7	7
COGNIÇÃO SOCIAL			
P – Interação Social		7	7
Q – Resolução dos problemas		7	7
R – Memória		7	7
TOTAL		88/126	115/126

Apêndice V- Escala de Berg

ITEM	PONTUAÇÃO	
	12.10	22.11
POSIÇÃO SENTADA PARA POSIÇÃO EM PÉ		
4. Capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente.	0	3
3. Capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos.		
2. Capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas.		
1. Necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se.		
0. Necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se.		
PERMANECER EM PÉ SEM APOIO		
4. Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos.	0	0
3. Capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão.		
2. Capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.		
1. Necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 seg. sem apoio.		
0. Incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.		
PERMANECER SENTADO SEM APOIO NAS COSTAS, MAS COM OS PÉS APOIADOS NO CHÃO OU NUM BANCO		
4. Capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos.	3	4
3. Capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão.		
2. Capaz de permanecer sentado por 30 segundos.		
1. Capaz de permanecer sentado por 10 segundos.		
0. Incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos.		
POSIÇÃO EM PÉ PARA POSIÇÃO SENTADA		
4. Senta-se com segurança com uso mínimo das mãos.	1	3
3. Controla a descida utilizando as mãos.		
2. Utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida.		
1. Senta-se independentemente, mas tem descida sem controle.		
0. Necessita de ajuda para sentar-se.		
TRANSFERÊNCIAS		
4. Capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos.	1	3
3. Capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos.		
2. Capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão.		
1. Necessita de uma pessoa para ajudar.		
0. Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança.		
PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OS OLHOS FECHADOS		
4. Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança.	0	0
3. Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão.		
2. Capaz de permanecer em pé por 3 segundos.		
1. Incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3s, mas mantém-se em pé.		
0. Necessita de ajuda para não cair.		
PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OS PÉS JUNTOS		
4. Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança.	0	0
3. Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão.		
2. Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 30s.		
1. Necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos.		
0. Necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos.		
ALCANÇAR A FRENTE COM O BRAÇO ESTENDIDO PERMANECENDO EM PÉ		
4. Pode avançar a frente >25 cm com segurança.	0	0
3. Pode avançar a frente >12,5 cm com segurança.		
2. Pode avançar a frente >5 cm com segurança.		
1. Pode avançar a frente, mas necessita de supervisão.		
0. Perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo.		
ALCANÇAR UM OBJETO DO CHÃO A PARTIR DE UMA POSIÇÃO EM PÉ		
4. Capaz de alcançar o chinelo com facilidade e segurança.	0	0
3. Capaz de alcançar o chinelo, mas necessita de supervisão.		
2. Incapaz de alcançá-lo, mas tenta até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio independentemente.		

1. Incapaz de alcançá-lo, necessitando de supervisão enquanto tenta.		
0. Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.		
VIRAR-SE E OLHAR PARA TRÁS POR CIMA DOS OMBROS DIREITO E ESQUERDO ENQUANTO PERMANECE EM PÉ		
4. Olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso.		
3. Olha para trás somente de um lado, o lado contrário demonstra menor distribuição do peso.	0	0
2. Vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio.		
1. Necessita de supervisão para virar.		
0. Necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.		
GIRAR 360º		
4. Capaz de girar 360º com segurança em 4 segundos ou menos.		
3. Capaz de girar 360º com segurança somente para um lado em 4s ou menos.	0	0
2. Capaz de girar 360º com segurança, mas lentamente.		
1. Necessita de supervisão próxima ou orientações verbais.		
0. Necessita de ajuda enquanto gira.		
POSICIONAR OS PÉS ALTERNADAMENTE NO DEGRAU OU BANCO ENQUANTO PERMANECE EM PÉ SEM APOIO		
4. Capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos.		
3. Capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em >20s.	0	0
2. Capaz de completar 4 movimentos sem ajuda.		
1. Capaz de completar >2 movimentos com o mínimo de ajuda.		
0. Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair		
PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM UM PÉ À FRENTE		
4. Capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30s.		
3. Capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos.	0	0
2. Capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30s.		
1. Necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos.		
0. Perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé.		
PERMANECER EM PÉ SOBRE UMA PERNA		
4. Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por >10s.		
3. Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10s.	0	0
2. Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por ≥ 3s.		
1. Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 seg., embora permaneça em pé independentemente.		
0. Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair.		
TOTAL	5/56	13/56

**Apêndice III – Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa
com Acidente Vascular Cerebral - Estudo de Caso**

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

Estágio com Relatório

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com
Acidente Vascular Cerebral
Estudo de Caso**

Ana Catarina Costa Silva

**Lisboa
Fevereiro 2022**

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

Estágio com Relatório

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com
Acidente Vascular Cerebral
Estudo de Caso**

**Ana Catarina Costa Silva
(10545)**

Professor Orientador:
Miguel Serra
Enfermeira Orientadora:

**Lisboa
Fevereiro 2022**

CONTEÚDO

1. COLHEITA DE DADOS	1
1.1. Identificação e História Pessoal.....	1
1.2. História da Doença Atual.....	1
1.3. Antecedentes Pessoais	2
1.4. Terapêutica Instituída	2
2. AVALIAÇÃO (15-12-2021).....	3
3. PLANO DE CUIDADOS	6
4. AVALIAÇÃO A 27/01.....	18
5. PERSPETIVAS FUTURAS	18

Apêndices

Apêndice I – Escala de Braden

Apêndice II – Escala de Morse

Apêndice III – Índice de Barthel

Apêndice IV – Medida de Independência Funcional

Apêndice V- Escala de Berg

Apêndice VI- Escala de Zarit

1. COLHEITA DE DADOS

1.1. Identificação e História Pessoal

Nome: M.M	
Gênero: Masculino	Idade: 82 anos
Estado Civil: Casado	Profissão: Reformado
Agregado Familiar: O Sr. M. reside com a esposa, a Sra. C.	
Condições Habitacionais: O Sr. M. e a esposa residem numa moradia térrea própria, com dois quartos e um WC com poliban. Existem dois degraus de acesso ao interior da moradia (um para passar o portão e outro à entrada) e possui um amplo espaço exterior.	
Suporte Familiar: A Sra. C., esposa do Sr. M. é a sua principal cuidadora. O casal tem uma filha, a Sra. F. que reside com o marido e os filhos a alguma distância. A Sra. F. apoia e auxilia os pais dentro das suas possibilidades, contudo está a atravessar uma situação de doença, que dificulta este apoio. O Sr. M. e a esposa residem na mesma casa há vários anos, pelo que os vizinhos são, de momento, a rede de suporte mais próxima que têm, seja para ajudarem a Sra. C. a ir às compras ou para ajudar nos cuidados do Sr. M.	

1.2. História da Doença Atual

No dia 19 de Novembro de 2021, o Sr. M. foi transportado para o Serviço de Urgência por quadro de diminuição da força muscular no hemicorpo esquerdo, com dificuldade para a marcha e alterações na articulação verbal. Devido às contingências pandémicas não lhe foi permitido levar um acompanhante. A junção das alterações na articulação verbal com o facto de não estar acompanhado, dificultou a descrição do quadro e do tempo de instalação do mesmo, pelo que teve alta clínica após realizar raio X à coluna.

Por manutenção do quadro descrito anteriormente, a família solicitou a ida de um médico ao domicílio, que encaminhou o Sr. M. novamente para o hospital, juntamente com informação clínica. Realizou TAC-CE a 22/11, sendo-lhe diagnosticado AVC isquémico lacunar. A 28/11 repetiu TAC-CE que evidenciou a presença de área isquémica recente, afetando a porção lateral direita da protuberância.

Durante o internamento apresentou quadro de tosse produtiva, febre e PCR aumentada, com necessidade de oxigenoterapia a 0,5l/min. Cumpriu antibioterapia EV, com boa resposta clínica e laboratorial. Apresentou também períodos de desorientação, especialmente temporal.

Teve alta hospitalar a 6 de Dezembro para o domicílio, sendo admitido na ECCI a 15 de Dezembro de 2021. Foi referenciado para o CMRA, aguardando a marcação da primeira consulta.

Previamente à admissão na ECCI recorreu ao serviço de urgência por obstipação e queixas abdominais.

1.3. Antecedentes Pessoais

O Sr. M. tem antecedentes pessoais de:

- Hipertensão Arterial;
- DM II controlada (suspendeu antidiabético oral por indicação médica);
- Dislipidémia;
- Dispepsia;
- Nódulo da tiróide;
- Hernioplastia inguinal direita;
- *Status* pós prostatectomia por HBP em 2017;
- *Status* pós remoção de PTJ à direita em Agosto de 2019, sendo seguido na consulta da dor. Realizava já marcha com canadianas, com postura cifótica;
- Encurtamento de 8cm no MI esquerdo, resultante de um acidente. Utiliza compensação feita pelo próprio pois “não se dá com as outras” (sic.).

1.4. Terapêutica Instituída

Fármaco	Dosagem	Frequência	Via
Flavonoides	500 mg	PA	PO
Fentanilo	12,5 µg/h	½ de 3 em 3 dias	TD
Atorvastatina	40 mg	J	PO
Enalapril	20 mg	PA	PO
Metformina	500 mg	PA + A + J	PO
Folicil	5 mg	PA	PO
Paroxetina	20 mg	PA	PO
Ácido Acetilsalicílico	100 mg	A	PO
Esomeprazol	20 mg	Jejum	PO

Tansulosina	0,4 mg	J	PO
Paracetamol + Tramadol	325 mg + 37,5 mg	SOS	PO
Lorazepam	1,25 mg	Ao deitar em dias alternados	PO

2. AVALIAÇÃO (15-12-2021)

O Sr. J. encontra-se orientado no espaço e na pessoa, apresentando períodos de desorientação espacial. Calmo, bem-disposto e bastante comunicativo, apresenta uma disartria ligeira, mas o discurso é perceptível, sem alterações na nomeação ou repetição. Participativo e muito motivado para o seu processo de reabilitação. Alterações na memória a curto prazo.

Encontra-se acamado, pois a sua principal cuidadora, devido à idade e limitações físicas já existente, não é capaz de realizar a transferência. Segundo o próprio, um vizinho tem realizado o levante, contudo o Sr. M. não tolera ficar sentado na CR por longos períodos porque “não se consegue segurar e escorrega da cadeira” (sic.). Apresenta quadro neuromotor de hemiparesia esquerda. Membro inferior direito em extensão após remoção de PTJ à direita. Refere dor à mobilização do punho esquerdo, tendo já limitação extensão da articulação há vários anos e à flexão da coxofemural esquerda superior a 70° pois “o osso subiu depois do acidente e não deixa dobrar mais” (sic).

A Sra. C., encontra-se bastante ansiosa e chorosa, referindo que acha que não será capaz de prestar os cuidados necessários ao marido devido à sua condição física e ao grau de dependência do Sr. M. Através da entrevista realizada, foi aplicada a Escala de Zarit (Apêndice VI).

Avaliação Objetiva:

- Pele e mucosas: pele e mucosas coradas e hidratadas. Apresenta onicomicose no 4º e 5º dedos do pé esquerdo. Apresenta alterações da coloração da pele na face anterior do 1/3 inferior da perna direita, resultantes de insuficiência venosa e de múltiplas cirurgias pós rejeição da PTJ. Revestimento cutâneo cicatrizado.
- Alimentação: é substituído pela esposa neste autocuidado. Apresenta disfagia para líquidos, sendo utilizado espessante para consistência tipo néctar e ingere dieta pastosa.

- Tórax: sem alterações visíveis, com movimentos simétricos durante a respiração. Respiração mista.
- Abdómen: abdómen depressível e indolor à palpação.
- Edemas: sem edemas visíveis.
- Sono e Repouso: refere dificuldade em adormecer, descansando por curtos períodos, mesmo após a toma da medicação.
- Esfíncteres: encontra-se em regime de perdas para a fralda, referindo não conseguir controlar a urina, nem sensação de plenitude vesical. Refere sensação de plenitude intestinal, contudo devido às alterações na mobilidade não é capaz de utilizar o WC.

Avaliação dos Pares Cranianos

Par I	Olfato mantido bilateralmente
Par II	Sem défices ou diplopia
Par III, IV e VI	Sem alterações
Par V	Sem alterações
Par VII	Ramo motor alterado por parésia facial central esquerda
Par VIII	Hipoacúsia bilateral anterior ao AVC
Pa IX e X	Ligeira hipofonia, relacionada com descoordenação pneumofonoarticulatória
Par XI	Sem alterações
Par XII	Sem alterações

Avaliação da Força Muscular de Acordo com a Escala MRC

Membro Superior Direito	Globalmente grau 5
Membro Superior Esquerdo	- Punho e dedos – 0 - Cotovelo – 3 - Ombro - 2
Membro Inferior Direito	Globalmente grau 4
Membro Inferior Esquerdo	- Pé e tibiotársica – 1 - Joelho e coxofemoral - 2

Tónus Muscular (Escala de Ashworth Modificada):

Grau 2 nos extensores e flexores dos dedos da mão esquerda.

Sensibilidade:

Sensibilidade térmica: sem alterações

Sensibilidade dolorosa: sem alterações

Sensibilidade tátil: sem alterações

Sensibilidade proprioceptiva: sem alterações

Sensibilidade vibratória: não testada

Equilíbrio:

Equilíbrio sentado estático: não eficaz

Equilíbrio sentado dinâmico: não eficaz

Não assume a posição de pé, pelo que o equilíbrio não foi testado.

Escala de Berg – 0/56 (Anexo V)

Parâmetros vitais:

- Tensão Arterial: 100/75 mmHg
- Frequência Cardíaca: 90 bpm
- SpO2: 95%
- Frequência Respiratória: 18 cpm
- Dor (escala numérica): 0 em repouso; 2 à mobilização do punho esquerdo
- Glicémia Capilar: 217 mg/dl

Avaliação Funcional:

Apesar de muito participativo e motivado, o Sr. M. encontrava-se totalmente dependente de terceira pessoa para a realização do autocuidado. Assim, foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação:

- Escala de Braden – 13 – alto risco (Apêndice I)
- Escala de Morse – 15 – baixo risco (Apêndice II)
- Índice de Barthel – 5 – grave dependência (Apêndice III)
- Medida de Independência Funcional – 45 - dependência modificada, com assistência até 50% da tarefa (Apêndice IV)

3. PLANO DE CUIDADOS

Data	Problema Identificado	Objetivos	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
15/12	Totalmente dependente no autocuidado higiene	<p>Reduzir o déficit do autocuidado.</p> <p>Promover bom estado de higiene.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar, instruir e treinar a cuidadora sobre realização de higiene no leito, maximizando as capacidades do Sr. M. - Monitorizar a dependência no autocuidado através do Índice de Barthel. - Incentivar a aplicação de creme hidratante em toda a superfície corporal. 	<p>15/12 – O Sr. M. é totalmente substituído pela esposa no autocuidado. Incentivado a auxiliá-la dentro das suas capacidades, rolando no leito com apoio das grades e de uma pessoa para a ajudar, como a desempenhar tarefas como pentear-se, barbear-se e lavar os dentes e a cara de forma independente.</p> <p>6/1 – O Sr. M. lava a cara e os dentes de forma autónoma, após preparação do material necessário. Ainda é substituído no barbear-se.</p> <p>27/1 – O Sr. M. iniciou o treino de barbear-se realizando parte</p>

				da tarefa, após preparação do material. Avaliação do Índice de Barthel passa de 5/100 para 45/100.
15/12	Totalmente dependente no autocuidado vestir-se e despir-se	Reduzir o défice do autocuidado.	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar, instruir e treinar técnica de vestuário da cintura para cima. - Ensinar, instruir e treinar a cuidadora sobre técnica de vestir e despir no leito, maximizando as capacidades do Sr. M. 	<p>15/12 – O Sr. M. é totalmente substituído pela esposa no autocuidado. Incentivado a auxiliá-la dentro das suas capacidades, rolando no leito com apoio das grades e de uma pessoa e a elevar os MI para vestir as calças.</p> <p>6/1 – O Sr. M. mantém necessidade de ajuda total no vestuário, mas rola no leito, realiza a ponte e eleva o tronco com auxílio das grades da cama para ajudar a Sra. C. a vesti-lo.</p> <p>27/1 – Realizado treino de</p>

				<p>vestuário da cintura para cima na CR. O Sr. M. necessita de ajuda moderada, contudo recruta o MSE para a atividade e utiliza o MSD para puxar as mangas do casaco.</p>
15/12	<p>Totalmente dependente no autocuidado eliminação vesical</p>	<p>Reduzir o défice do autocuidado. Vigiar possíveis alterações da eliminação vesical.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar o Sr. M. a solicitar o urinol quando tiver sensação de plenitude vesical. - Instruir a cuidadora a oferecer o urinol a intervalos regulares. - Ensinar, instruir e treinar a cuidadora a trocar a fralda, maximizando as capacidades do Sr. M. 	<p>15/12 – O Sr. M. tem perdas de urina para a fralda, refere não sentir quando tem vontade de urinar, apenas quando já tem a fralda molhada.</p> <p>13/01 – O Sr. M. refere já sentir quando tem vontade de urinar, mas que não consegue solicitar o urinol a tempo.</p> <p>24/01 – O Sr. M. urina no urinol durante o dia. Tem micções para a fralda durante a noite por não conseguir colocar o urinol de forma independente.</p>

15/12	Totalmente dependente no autocuidado eliminação intestinal	<p>Reduzir o déficit do autocuidado.</p> <p>Vigiar possíveis alterações da eliminação intestinal</p>	<p>- Incentivar o Sr. M. a solicitar a troca da fralda após ter evacuado.</p> <p>- Ensinar, instruir e treinar a cuidadora a trocar a fralda, maximizando as capacidades do Sr. M.</p> <p>- Ensinar a cuidadora sobre dieta rica em fibra.</p>	<p>15/12 – O Sr. M. refere sensação de plenitude intestinal e capacidade de controlar o esfíncter anal, contudo é incapaz de utilizar o WC ou produtos de apoio pois a cuidadora não é capaz de o transferir. O Sr. M. tem tendência para a obstipação, tendo ido recentemente à urgência por este motivo.</p> <p>06/01 – Com as alterações da dieta e o aumento de fibra ingerido, o Sr. M. tem evacuado diariamente.</p> <p>27/01 – Apesar de estar mais funcional e com melhor equilíbrio, a Sra. C. ainda não é capaz de transferir o Sr. M.</p>
-------	--	--	--	---

15/12	Totalmente dependente no autocuidado mobilizar-se.	<p>Reduzir o défice do autocuidado.</p> <p>Promover aumento da força muscular.</p> <p>Promover melhoria do equilíbrio.</p> <p>Promover a segurança do utente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar e monitorizar a força muscular através da Escala MRC. - Realizar mobilizações passivas dos dedos da mão; do punho; dos dedos do pé e da tibiotársica esquerda. - Realizar mobilizações ativas assistidas do antebraço, cotovelo, adutores e abdutores do ombro esquerdo e do joelho, coxofemoral esquerda. - Ensinar, instruir e treinar as automobilizações dos extensores e flexores do ombro esquerdo. . Ensinar instruir e treinar exercícios de fortalecimento muscular do hemicorpo direito. - Ensinar e treinar atividades terapêuticas no leito (rolar, ponte e facilitação cruzada). - Ensinar e treinar a cuidadora sobre técnica de posicionamento no leito. - Ensinar e treinar exercícios de equilíbrio 	<p>15/12 – O Sr. M. apresenta graus de força a nível do hemicorpo esquerdo que podem ser recrutados para promover a sua mobilidade no leito. Incentivado a participar ativamente na realização das AVD, em vez de ser totalmente substituído. Realizada transferência para a posição de sentado na beira da cama. O Sr. M. não apresenta equilíbrio na posição de sentado. Segundo a Sra. C. um vizinho costuma transferi-lo para a CR, mas o Sr. M. “escorrega” ao fim de pouco tempo.</p> <p>07/01 – O Sr. M. mantém-se acamado, a Sra. C. não consegue transferi-lo e por indisponibilidade de tempo o</p>
-------	--	---	---	---

			<p>sentado na cama.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Treino de mobilidade no leito. - Realização de posição terapêutica de pé com apoio de andarilho. - Treino de transferência CR/Cama e Cama/CR. - Ensino de medidas de segurança e prevenção de quedas. 	<p>vizinho já não o tem ido transferir para a CR. Consegue realizar a ponte com indicações verbais e apoio de uma pessoa a nível da tibiotársica esquerda. É capaz de rolar no leito, com maior facilidade para o lado esquerdo e com apoio das grades da cama. Tem sido realizado treino de equilíbrio sentado na beira da cama, com recurso a um espelho que existe no quarto do Sr. M. e com o qual a cama foi alinhada. O Sr. M. consegue-se manter sentado na beira da cama, com os pés apoiados, sem se desequilibrar. Assume a posição de pé com apoio de andarilho e de duas pessoas, sem equilíbrio e com má</p>
--	--	--	--	---

				<p>postura corporal.</p> <p>14/01 – O Sr. M. consegue manter-se sentado na beira da cama, corrigindo desequilíbrios que sejam introduzidos por terceiros. Iniciado treino de transferência para a posição de sentado na beira da cama, pelo lado direito, potenciando a colaboração do utente para que a Sra. C. seja capaz de o ajudar a realizar a transferência.</p> <p>20/01 – O Sr. M. tem equilíbrio sentado na beira da cama, sem os pés apoiados. Assume a posição de pé com apoio de duas pessoas e de andarilho, conseguindo corrigir o posicionamento do MID que se encontra em extensão e</p>
--	--	--	--	---

				<p>corrigindo a postura corporal através de indicações verbais.</p> <p>27/01 – Realiza a transferência para a posição de sentado na beira da cama com pequena ajuda de uma pessoa. Assume a posição de pé com apoio de andarilho e duas pessoas, com equilíbrio estático por curtos períodos. Realiza transferência de peso entre os MI, com apoio. Iniciado treino de transferência para a CR, necessitando de apoio de uma pessoa e indicações verbais para assumir a posição de pé e realizar a rotação do MIE. Tolerar a posição de sentado na CR, sem se desposicionar por algumas horas.</p>
--	--	--	--	---

15/12	<p>Parcialmente dependente no autocuidado alimentar-se.</p> <p>Risco de aspiração, relacionado com disfagia</p>	<p>Reduzir o défice do autocuidado.</p> <p>Reduzir o risco de aspiração.</p> <p>Promoção de uma limpeza eficaz das vias aéreas através da tosse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar, instruir e treinar exercícios de motricidade orofacial. - Ensinar, instruir e treinar o utente a alimentar-se por mão própria. - Ensinar, instruir e treinar posicionamento durante a refeição. - Ensinar, instruir e treinar técnicas preventivas de aspiração durante a alimentação. - Ensinar, instruir e treinar exercícios de fortalecimento costal global. - Ensinar, instruir e treinar dissociação dos tempos respiratórios. - Incentivar a tossir. - Ensinar a cuidadora sobre cuidados a ter na confeção das refeições para evitar episódios de engasgamento. 	<p>16/12 – Observado durante a refeição. Utente consegue alimentar-se por mão própria de dieta pastosa. Ingere líquidos com consistência de néctar, sem se engasgar. Realizado treino de deglutição de líquidos finos com palhinha, flexão da cervical e “mastigando” antes de engolir. Reflexo de tosse pouco eficaz.</p> <p>14/01 – Utente alimenta-se por mão própria de dieta mole, desde que os alimentos sejam fraccionados. Ingere líquidos finos, sem espessante e com palhinha. Tosse eficaz.</p> <p>27/01 – Mantém dieta mole por falta de peças dentárias, sem engasgos. Apresenta engasgos muito esporádicos com líquidos</p>
-------	---	--	---	--

				finos, mas que consegue resolver através da tosse.
15/12	Risco de sobrecarga do cuidador	Reduzir o risco de sobrecarga do cuidador. Capacitar o cuidador	<ul style="list-style-type: none"> - Promover ambiente propício à colocação de dúvidas. - Promover escuta ativa. - Aplicar Escala de Zarit para determinar o nível de sobrecarga. - Ensinar, instruir e treinar o cuidador sobre cuidados a prestar. 	<p>15/12 – A Sra. C. apresenta-se extremamente ansiosa e chorosa quanto ao facto de ser a principal cuidadora do Sr. M., referindo não ter capacidade física e psicológica para assumir os cuidados do marido. Foi incentivada a expressar os seus receios e as suas dúvidas. Incentivada a contactar apoio domiciliário para garantir os cuidados de higiene ao marido. Iniciaram-se os ensinamentos e o treino de técnicas de prestação de cuidados cumprindo os princípios da ergonomia e de poupança de energia. Escala de Zarit – 83 (sobrecarga intensa).</p>

				<p>06/01- A Sra. C. apresenta-se menos ansiosa com a situação do marido e mais animada quanto à prestação de cuidados, enumerando logo à nossa chegada as melhorias que denota no estado geral do marido.</p> <p>15/01 – A Sra. C. encontra-se calma e confiante quanto à prestação de cuidados do Sr. M. Refere apenas que se sente cansada no final dos cuidados de higiene.</p> <p>27/01 – A Sra. C. refere estar muito contente com o Sr. M. pelo controlo de esfíncteres, o que implica menos mudas de fralda. Refere também que o marido já descansa toda a noite sem a chamar e que já se</p>
--	--	--	--	---

				sente confortável a sair de casa por curtos períodos. Escala de Zarit – 60 (sobrecarga intensa).
--	--	--	--	--

4. AVALIAÇÃO A 27/01

Apesar de a capacidade motora e funcional do Sr. M. estar a melhorar, como se comprova pela avaliação das várias escalas ao longo do internamento, este ainda se encontra totalmente dependente dos cuidados da esposa.

Avaliação da Força Muscular de acordo com a escala MRC

Membro Superior Direito	Globalmente grau 5
Membro Superior Esquerdo	- Punho e dedos – 0 - Cotovelo – 4 - Ombro - 3
Membro Inferior Direito	Globalmente grau 4
Membro Inferior Esquerdo	- Pé e tibiotalar – 3 - Joelho e coxofemoral - 3

Tónus Muscular (Escala de Ashworth Modificada:

Grau 1 nos extensores e flexores dos dedos da mão esquerda.

Equilíbrio:

Equilíbrio sentado estático: eficaz

Equilíbrio sentado dinâmico: eficaz

Equilíbrio em pé estático: pouco eficaz

Equilíbrio em pé dinâmico: não eficaz

Escala de Berg – 6/56 (Apêndice V)

Avaliação Funcional:

- Escala de Braden – 16 – alto risco (Apêndice I)
- Escala de Morse – 35 – alto risco (Apêndice II)
- Índice de Barthel – 45 – (Apêndice III)
- Medida de Independência Funcional – 72 – (Apêndice IV)

5. PERSPETIVAS FUTURAS

No dia 31 de Janeiro o Sr. M. teve consulta no Centro de Medicina de Alcoitão, ficando a aguarda internamento. Até lá mantém os cuidados de reabilitação prestados pelos enfermeiros da ECCI. Enquanto objetivos a alcançar a curto prazo,

pretende-se que o Sr. M. seja capaz de se sentar na beira da cama com uma pequena ajuda da Sra. C., especialmente para as refeições e que seja capaz de realizar a transferência entre a cama e a cadeira de rodas (e vice versa) com menos ajuda, para que seja viável a Sra. C. auxiliá-lo.

Apêndices

ITEM		AVALIAÇÃO 15.12 27.01	
<i>PERCEPÇÃO SENSORIAL</i>			
1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	3	3	
2. Muito limitada: 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.			
3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades			
4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.			
<i>HUMIDADE</i>			
1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detetada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	3	4	
2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.			
3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia			
4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.			
<i>ATIVIDADE</i>			
1. Acamado: O doente está confinado à cama.	1	1	
2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.			
3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.			
4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.			
<i>MOBILIDADE</i>			
1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2	3	
2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.			
3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.			
4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.			
<i>NUTRIÇÃO</i>			
1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias	3	4	
2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.			
3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo			

provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.		
4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmen4te entre as refeições. Não requer suplementos.		
FRICÇÃO E FORÇAS DE DESLIZAMENTO		
1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.		
2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	1	1
3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.		
TOTAL	13/23	16/23

Apêndice II – Escala de Morse

ITEM	PONTUAÇÃO		
	15.12	27.01	
HISTORIAL DE QUEDAS NOS ÚLTIMOS 3 MESES			
Não	0	0	0
Sim	25		
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO			
Não	0	15	15
Sim	15		
AJUDA PARA CAMINHAR			
Nenhuma/ajuda do enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0	0	0
Muletas/canadianas/bengala/andarrilho	15		
Apoia-se no mobiliário para andar	30		
TERAPIA ENDOVENOSA			
Não	0	0	0
Sim	20		
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA			
Normal/acamado/imóvel	0	0	20
Debilidade	10		
Dependente da ajuda	20		
ESTADO MENTAL			
Consciente das suas capacidades	0	0	0
Esquece-se das suas limitações	15		
TOTAL		15	35

ITEM	PONTUAÇÃO		
		15.12	27.01
INTESTINO			
Controle perfeito	10	5	10
Problemas ocasionais	5		
Problemas habituais	0		
BEXIGA			
Controle perfeito	10	0	5
Problemas ocasionais	5		
Problemas habituais	0		
HIGIENE PESSOAL			
Barba/dentes/cabelo/face	5	0	0
Dependente	0		
USO DA SANITA			
Independente	10	0	0
Ajuda parcial	5		
Totalmente dependente	0		
ALIMENTAÇÃO			
Independente	10	0	5
Com ajuda (para cortar)	5		
Impossível	0		
TRANSFERÊNCIA LEITO - CR			
Independente	15	0	5
Ajuda minor/verbal	10		
Ajuda maior	5		
Dependente	0		
MOBILIDADE			
Independente	15	0	10
Com ajuda	10		
Independente em CR	5		
Impossível	0		
VESTIR			
Independente	10	0	5
Ajuda moderada	5		
Impossível	0		
ESCADAS			
Independente	10	0	0
Ajuda/supervisão	5		
Impossível	0		
BANHO			
Independente	5	0	5
Dependente	0		
TOTAL		5	45

Apêndice IV – Medida de Independência Funcional

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL		15.12	27.01
AUTO-CUIDADOS			
A – Alimentação		2	5
B – Higiene pessoal		1	3
C – Banho (lavar corpo)		1	2
D – Vestir metade superior		1	2
E – Vestir metade inferior		1	2
F – Utilização da sanita		1	1
MOBILIDADE			
TRANSFERÊNCIAS			
I – Cama, Cadeira, Cadeira de Rodas		1	3
J – Sanitário		1	2
K – Banheira, Duche		1	1
LOCOMOÇÃO			
L – <u>M</u> archa/ <u>C</u> adeira de <u>R</u> odas	CR	1	2
M – Escadas		1	1
COMUNICAÇÃO			
N – Compreensão (auditiva/ visual)	A	5	6
	V	5	7
O – Expressão (verbal/ não verbal)	V	5	7
	NV	5	7
COGNIÇÃO SOCIAL			
P – Interacção Social		7	7
Q – Resolução dos problemas		2	4
R – Memória		2	3
TOTAL		45/126	72/126

ITEM	PONTUAÇÃO	
	15.12	27.01
POSIÇÃO SENTADA PARA POSIÇÃO EM PÉ		
4. Capaz de levantar-se sem utilizar as mãos e estabilizar-se independentemente.	0	1
3. Capaz de levantar-se independentemente utilizando as mãos.		
2. Capaz de levantar-se utilizando as mãos após diversas tentativas.		
1. Necessita de ajuda mínima para levantar-se ou estabilizar-se.		
0. Necessita de ajuda moderada ou máxima para levantar-se.		
PERMANECER EM PÉ SEM APOIO		
4. Capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos.	0	0
3. Capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão.		
2. Capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.		
1. Necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 seg. sem apoio.		
0. Incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio.		
PERMANECER SENTADO SEM APOIO NAS COSTAS, MAS COM OS PÉS APOIADOS NO CHÃO OU NUM BANCO		
4. Capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos.	0	4
3. Capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão.		
2. Capaz de permanecer sentado por 30 segundos.		
1. Capaz de permanecer sentado por 10 segundos.		
0. Incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos.		
POSIÇÃO EM PÉ PARA POSIÇÃO SENTADA		
4. Senta-se com segurança com uso mínimo das mãos.	0	0
3. Controla a descida utilizando as mãos.		
2. Utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida.		
1. Senta-se independentemente, mas tem descida sem controle.		
0. Necessita de ajuda para sentar-se.		
TRANSFERÊNCIAS		
4. Capaz de transferir-se com segurança com uso mínimo das mãos.	0	1
3. Capaz de transferir-se com segurança com o uso das mãos.		
2. Capaz de transferir-se seguindo orientações verbais e/ou supervisão.		
1. Necessita de uma pessoa para ajudar.		
0. Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança.		
PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OS OLHOS FECHADOS		
4. Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança.	0	0
3. Capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão.		
2. Capaz de permanecer em pé por 3 segundos.		
1. Incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3s, mas mantém-se em pé.		
0. Necessita de ajuda para não cair.		
PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OS PÉS JUNTOS		
4. Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com segurança.	0	0
3. Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 1 minuto com supervisão.		
2. Capaz de posicionar os pés juntos independentemente e permanecer por 30s.		
1. Necessita de ajuda para posicionar-se, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos.		
0. Necessita de ajuda para posicionar-se e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 segundos.		
ALCANÇAR A FRENTE COM O BRAÇO ESTENDIDO PERMANECENDO EM PÉ		
4. Pode avançar a frente >25 cm com segurança.	0	0
3. Pode avançar a frente >12,5 cm com segurança.		
2. Pode avançar a frente >5 cm com segurança.		
1. Pode avançar a frente, mas necessita de supervisão.		
0. Perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo.		
ALCANÇAR UM OBJETO DO CHÃO A PARTIR DE UMA POSIÇÃO EM PÉ		
4. Capaz de alcançar o chinelo com facilidade e segurança.	0	0
3. Capaz de alcançar o chinelo, mas necessita de supervisão.		
2. Incapaz de alcançá-lo, mas tenta até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio independentemente.		

1. Incapaz de alcançá-lo, necessitando de supervisão enquanto tenta.		
0. Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.		
VIRAR-SE E OLHAR PARA TRÁS POR CIMA DOS OMBROS DIREITO E ESQUERDO ENQUANTO PERMANECE EM PÉ		
4. Olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso.		
3. Olha para trás somente de um lado, o lado contrário demonstra menor distribuição do peso.		
2. Vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio.	0	0
1. Necessita de supervisão para virar.		
0. Necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair.		
GIRAR 360°		
4. Capaz de girar 360° com segurança em 4 segundos ou menos.		
3. Capaz de girar 360° com segurança somente para um lado em 4s ou menos.		
2. Capaz de girar 360° com segurança, mas lentamente.	0	0
1. Necessita de supervisão próxima ou orientações verbais.		
0. Necessita de ajuda enquanto gira.		
POSICIONAR OS PÉS ALTERNADAMENTE NO DEGRAU OU BANCO ENQUANTO PERMANECE EM PÉ SEM APOIO		
4. Capaz de permanecer em pé independentemente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos.		
3. Capaz de permanecer em pé independentemente e completar 8 movimentos em >20s.	0	0
2. Capaz de completar 4 movimentos sem ajuda.		
1. Capaz de completar >2 movimentos com o mínimo de ajuda.		
0. Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair		
PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM UM PÉ À FRENTE		
4. Capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro, independentemente, e permanecer por 30s.		
3. Capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado, independentemente, e permanecer por 30 segundos.	0	0
2. Capaz de dar um pequeno passo, independentemente, e permanecer por 30s.		
1. Necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos.		
0. Perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé.		
PERMANECER EM PÉ SOBRE UMA PERNA		
4. Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por >10s.		
3. Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por 5-10s.		
2. Capaz de levantar uma perna independentemente e permanecer por ≥ 3s.	0	0
1. Tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 seg., embora permaneça em pé independentemente.		
0. Incapaz de tentar, ou necessita de ajuda para não cair.		
TOTAL	0/56	6/56

ITEM	PONTUAÇÃO	
	15.12	27.01
SENTE QUE O SEU FAMILIAR LHE PEDE MAIS AJUDA DO QUE AQUELA QUE PRECISA?		
5. Quase sempre	2	1
4. Bastantes vezes		
3. Algumas vezes		
2. Raramente		
1. Nunca		
SENTE QUE DEVIDO AO TEMPO QUE PASSA COM O SEU FAMILIAR NÃO DISPÕE DE TEMPO SUFICIENTE PARA SI PRÓPRIO/A?		
5. Quase sempre	4	2
4. Bastantes vezes		
3. Algumas vezes		
2. Raramente		
1. Nunca		
SENTE-SE ENERVADO QUANDO TENTAR COMPATIBILIZAR OS CUIDADOS AO SEU FAMILIAR COM OUTRAS TAREFAS RELACIONADAS COM A SUA FAMÍLIA OU COM A SUA PROFISSÃO?		
5. Quase sempre	4	2
4. Bastantes vezes		
3. Algumas vezes		
2. Raramente		
1. Nunca		
SENTE-SE INCOMODADO/A PELO MODO COMO O SEU FAMILIAR SE COMPORTA?		
5. Quase sempre	3	1
4. Bastantes vezes		
3. Algumas vezes		
2. Raramente		
1. Nunca		
SENTE-SE IRRITADO QUANDO ESTÁ COM O SEU FAMILIAR?		
5. Quase sempre	2	1
4. Bastantes vezes		
3. Algumas vezes		
2. Raramente		
1. Nunca		
SENTE QUE O SEU FAMILIAR AFETA AS SUAS RELAÇÕES COM OUTROS MEMBROS DA FAMÍLIA OU COM AMIGOS, DE FORMA NEGATIVA?		
5. Quase sempre	3	1
4. Bastantes vezes		
3. Algumas vezes		
2. Raramente		
1. Nunca		
TEM RECEIO SOBRE O QUE PODE ACONTECER AO SEU FAMILIAR NO FUTURO?		
5. Quase sempre	5	3
4. Bastantes vezes		
3. Algumas vezes		
2. Raramente		
1. Nunca		
SENTE QUE O SEU FAMILIAR ESTÁ DEPENDENTE DE SI?		
5. Quase sempre	5	3
4. Bastantes vezes		
3. Algumas vezes		
2. Raramente		
1. Nunca		
SENTE-SE CONSTRANGIDO QUANDO ESTÁ AO PÉ DO SEU FAMILIAR?		
5. Quase sempre	3	2
4. Bastantes vezes		
3. Algumas vezes		
2. Raramente		
1. Nunca		
SENTE QUE A SUA SAÚDE ESTÁ A SOFRER PO CAUSA DO SEU ENVOLVIMENTO COM O SEU		

FAMILIAR?		
5. Quase sempre	5	3
4. Bastantes vezes		
3. Algumas vezes		
2. Raramente		
1. Nunca		
SENTE QUE NÃO DISPÕE DE TANTA PRIVACIDADE COMO GOSTARIA DE TER POR CAUSA DO SEU FAMILIAR?		
5. Quase sempre	4	2
4. Bastantes vezes		
3. Algumas vezes		
2. Raramente		
1. Nunca		
SENTE QUE A SUA VIDA SOCIAL FOI AFETADA PELO FATO DE ESTAR A CUIDAR DO SEU FAMILIAR?		
5. Quase sempre	5	3
4. Bastantes vezes		
3. Algumas vezes		
2. Raramente		
1. Nunca		
SENTE-SE POUCO À VONTADE PARA CONVIDAR OS SEUS AMIGOS A VIREM A SUA CASA POR CAUSA DO SEU FAMILIAR?		
5. Quase sempre	1	1
4. Bastantes vezes		
3. Algumas vezes		
2. Raramente		
1. Nunca		
SENTE QUE O SEU FAMILIAR PARECE ESPERAR QUE CUIDE DELE/A COMO SE FOSSE A ÚNICA PESSOA DE QUEM ELE PODE DEPENDER?		
5. Quase sempre	5	2
4. Bastantes vezes		
3. Algumas vezes		
2. Raramente		
1. Nunca		
SENTE QUE NÃO TEM DINHEIRO SUFICIENTE PARA CUIDAR DO SEU FAMILIAR ENQUANTO SUPORTA AO MESMO TEMPO AS SUAS RESTANTES DESPESAS?		
5. Quase sempre	1	1
4. Bastantes vezes		
3. Algumas vezes		
2. Raramente		
1. Nunca		
SENTE QUE NÃO PODE CONTINUAR A CUIDAR DO SEU FAMILIAR POR MUITO MAIS TEMPO?		
5. Quase sempre	5	2
4. Bastantes vezes		
3. Algumas vezes		
2. Raramente		
1. Nunca		
SENTE QUE PERDEU O CONTROLO DA SUA VIDA DESDE QUE O SEU FAMILIAR ADOECEU?		
5. Quase sempre	5	2
4. Bastantes vezes		
3. Algumas vezes		
2. Raramente		
1. Nunca		
GOSTARIA DE PODER TRANSFERIR O TRABALHO QUE TEM COM O SEU FAMILIAR PARA OUTRA PESSOA?		
5. Quase sempre	4	2
4. Bastantes vezes		
3. Algumas vezes		
2. Raramente		
1. Nunca		

SENTE-SE INSEGURO SOBRE O QUE FAZER QUANTO AO SEU FAMILIAR?		
5. Quase sempre	4	2
4. Bastantes vezes		
3. Algumas vezes		
2. Raramente		
1. Nunca		
SENTE QUE PODERIA FAZER MAIS PELO SEU FAMILIAR?		
5. Quase sempre	4	1
4. Bastantes vezes		
3. Algumas vezes		
2. Raramente		
1. Nunca		
PENSA QUE PODERIA CUIDAR MELHOR DO SEU FAMILIAR?		
5. Quase sempre	4	1
4. Bastantes vezes		
3. Algumas vezes		
2. Raramente		
1. Nunca		
FINALMENTE, SENTE-SE MUITO SOBRECAREGADO POR CUIDAR DO SEU FAMILIAR?		
5. Quase sempre	5	2
4. Bastantes vezes		
3. Algumas vezes		
2. Raramente		
1. Nunca		
TOTAL	83	60