



Curso de Mestrado em Enfermagem

**Área de Especialização
Enfermagem de Reabilitação**

**Promoção da Autonomia nas Actividades de Vida Diária
mobilização, higiene e conforto e vestir e despir
na pessoa que sofreu Acidente Vascular Cerebral**

Isabel Margarida da Costa Ramos Bruno Capelo Marques da Costa

2012



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação

**Promoção da Autonomia nas Actividades de Vida Diária
mobilização, higiene e conforto e vestir e despir
na pessoa que sofreu Acidente Vascular Cerebral**

Isabel Margarida da Costa Ramos Bruno Capelo Marques da Costa

Relatório de Estágio orientado por:

Professora Doutora Maria Manuela Gêraldes Gândara Janeiro Salvado

2012

*All nurses can save lives,
Rehab nurses save the Quality of life*

Laura Solkowitz

A ti Pai

*Pelo exemplo de Vida, de Coragem e Luta
contínua, ao longo de toda a tua existência
repleta de dificuldades e obstáculos superados!*

Por me teres ensinado que a pessoa com deficiência

é uma pessoa,...é diferente...

mas não somos todos nós diferentes?

AGRADECIMENTOS

Gostaria de iniciar o meu especial apreço e agradecimento a todos os utentes que em momentos difíceis das suas vidas partilharam comigo algumas das suas angústias e dos seus êxitos, bem como aos seus prestadores informais de cuidados, os quais prestam apoio incondicional aos seus membros doentes, sendo verdadeiros heróis anónimos.

À Professora Doutora Maria Manuela Gândara um agradecimento especial pela orientação, disponibilidade, confiança, apoio, dedicação, contributos fundamentais no percurso efectuado e engrandecimento deste trabalho.

À minha chefe e grande amiga Maria de Lurdes Ponciano por toda a amizade, carinho, apoio, tempo disponibilizado e partilha contínua na Vida e na Enfermagem.

À minha querida amiga e colega Sofia de Carvalho pela amizade, carinho, presença contínua em todos os momentos e pela contribuição na realização deste relatório.

Às minhas amigas, colegas de curso e de trabalho Cristina, Dulce, Tânia, Susete e Célia, pelos momentos de partilha ao longo deste percurso, pelas gargalhadas e lágrimas, pelo incentivo e amizade.

A todos os meus colegas de curso pelo companheirismo, incentivo e amizade demonstrada.

Aos meus amigos pela minha ausência, pela ajuda e pela amizade incondicional.

A todos os enfermeiros dos distintos contextos de cuidados onde realizei o meu ensino clínico, que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional com a sua experiência e dedicação.

Quero expressar toda a minha gratidão à minha família

À minha mãe e aos meus sogros pelo amor e apoio incondicional ao longo deste percurso e ao longo da Vida.

Aos meus avós pela minha ausência e pouca disponibilidade para os acompanhar.

A toda a minha família pela minha grande ausência em tantos momentos especiais.

Ao André e à Leonor simplesmente por existirem e fazerem parte da minha vida, por todo o tempo que não lhes dediquei e pela alegria constante e contagiante.

Ao Ricardo por tudo! Pelo apoio indispensável, traduzido pela ajuda essencial, amizade, amor, cumplicidade, partilha, incentivo, tolerância e compreensão.

RESUMO

Em Portugal o envelhecimento populacional é uma realidade que se tem vindo a acentuar, justificado pelo aumento gradativo da esperança de vida, baixa natalidade, diminuição da população jovem e o decréscimo da mortalidade, o que se irá espelhar num aumento de pessoas com Acidente Vascular Cerebral (AVC) e com previsão de dilatação nas próximas décadas. Estas confrontam-se com um súbito compromisso da sua autonomia na realização das Actividades de Vida Diária (AVD), o que se repercute em alterações consideráveis na sua dinâmica familiar. O AVC é a primeira causa de morte na população portuguesa, expondo as taxas mais elevadas do mundo, constituindo-se igualmente numa das principais causas de incapacidade funcional, impondo às pessoas grandes limitações psicomotoras. Torna-se cada vez mais premente uma intervenção especializada por parte do enfermeiro de reabilitação, visando a melhoria da qualidade de vida da pessoa e respectiva família, promovendo a sua autonomia e ajudando-os a adaptar-se à nova situação com a máxima satisfação.

Por todo o impacto que esta patologia tem na sociedade actual e na minha *práxis* esta problemática constituiu um foco de interesse e motivação. Sendo a hemiplegia ou hemiparesia a alteração mais manifesta do AVC, traduzindo-se num compromisso na realização das AVD, das quais se destacam a mobilização, higiene e conforto e vestir e despir, defini como objectivo central a desenvolver no estágio *“promover a autonomia nas actividades de vida diária mobilização, higiene e conforto e vestir e despir na pessoa que sofreu Acidente Vascular Cerebral”* aquando o seu regresso a casa.

Constituiu-se como fundamental a compreensão das principais dificuldades enfrentadas no internamento e no domicílio pela pessoa com AVC e família, de entre as quais as que se prendem com a realização das referidas AVD. Esta compreensão, bem como a identificação das principais condicionantes para uma real promoção da autonomia, das quais se destacam a centralidade do utente nas decisões, o envolvimento precoce da família no processo de cuidados visando um planeamento de alta atempado, a individualidade dos mesmos, a sensibilidade do enfermeiro na adequação dos cuidados ao contexto domiciliário da pessoa e o respeito pelo tempo do utente e família no processo educativo, permitirão uma intervenção o mais adequada possível em contexto de internamento, tendo em vista um regresso a casa harmonioso.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Acidente Vascular Cerebral; Autonomia; Regresso a casa; Actividades de Vida Diária.

ABSTRACT

In Portugal aging population is a reality that has been increasing, justified by the gradual increase in life expectancy, low birth rate, decrease in young population and in rate mortality, which will disclose an increasing number of people with stroke in the next decades. Stroke patients confront themselves with a sudden commitment of their autonomy in performing activities of daily living, causing significant changes in its family dynamics. Stroke is the main cause of death in the Portuguese population, displaying the highest rates in the world, equally consisting in one of the principal cause of functional disability and psycho-motor limitations. Specialized rehabilitation nursing interventions becomes even more urgent in order to improve the quality of life of individuals and their families, promoting their autonomy and helping them to adapt to the new situation with the utmost satisfaction.

For all the impact that this disease has on society today and in my practice this problem has been a focus of interest and motivation. Since hemiplegia or hemiparesis is the most common effect of stroke, resulting in a compromise of Activities of Daily Living, with special emphasis in mobilization, hygiene and comfort and dressing and undressing, my main goal focused on the “promotion of autonomy in the activities of daily living mobilization, hygiene and comfort and dressing and undressing, of the person who suffered stroke” when returning home.

It was established as fundamental the understanding of the main difficulties encountered in hospital and at home by stroke patients and their families, including those related with the activities of daily living. This understanding, as well as the awareness of the major constraints related to the promotion of autonomy, such as the patient' centrality in decision making, the early involvement of family members in nursing care having in mind the discharge planning, the individuality of care, the nurse sensibility either conceiving home care nursing interventions suitable to the person's home conditions or respecting the time patient and family needs during the educational process, will enable as far as possible an appropriate intervention during hospital stay, for a smooth move to home care.

Key words: Rehabilitation Nursing; Stroke; Autonomy; Returning home; Activities of Daily Living.

ÍNDICE

1-INTRODUÇÃO.....	10
2-PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DA PESSOA COM AVC: “O PENSAMENTO DE COLLIÈRE”.....	21
3-A PROMOÇÃO DA AUTONOMIA NA PESSOA COM AVC, UM PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	28
3.1- Reabilitar o utente com AVC em contexto comunitário: um processo de reabilitação.....	28
3.2-O processo de reabilitação do utente com AVC em contexto hospitalar: da fase aguda à fase de sequelas.....	50
4-O PROCESSO DE REABILITAÇÃO NO UTENTE COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA: UMA COMPLEMENTARIEDADE NA COMPREENSÃO DO UTENTE COM AVC E NA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO EER.....	60
5-UM PERCURSO NA REABILITAÇÃO: REFLEXÃO FINAL.....	61
BIBLIOGRAFIA.....	64
APÊNDICES.....	69
APÊNDICE I - Acidente Vascular Cerebral	
APÊNDICE II - Objectivos, Actividades a desenvolver, Critérios de Avaliação e Recursos	
APÊNDICE III - Reflexões da Prática de Cuidados de Diferentes Contextos	
APÊNDICE IV - Cronograma- Ensino Clínico	
APÊNDICE V - Instrumento de Registo de Enfermagem de Reabilitação	

**APÊNDICE VI - Instrumentos de Avaliação da Dependência,
Funcionalidade e Risco**

APÊNDICE VII - Estudo de Caso

APÊNDICE VIII - Guião de Observação

APÊNDICE IX - Plano de Cuidados

LISTA DE SIGLAS

ACS- Alto Comissariado da Saúde

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

AIVD-Actividade Instrumental de Vida Diária

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD- Actividade de Vida Diária

CR- Cadeira de Rodas

ECCL- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECD- Exames Complementares de Diagnóstico

ECL-Equipa de Coordenação Local

EER- Enfermeiro Especialista de Reabilitação

INE- Instituto Nacional de Estatística

LVT- Lisboa e Vale do Tejo

MIF- Medida de Independência Funcional

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNS- Plano Nacional de Saúde

RFM- Reeducação Funcional Motora

RFR- Reeducação Funcional Respiratória

SNS- Sistema Nacional de Saúde

SPN- Sociedade Portuguesa de Neurologia

UCC-Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCI- Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UCV- Unidade Cérebro Vascular

UMCCI- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

1-INTRODUÇÃO

A realização deste Relatório de Estágio emerge como o culminar de um percurso de aprendizagem efectuado com a pretensão de dar resposta à temática explanada no trabalho de projecto, anteriormente desenvolvido e aplicado em contexto da prática de cuidados. Esta exposição constitui uma reflexão sobre a aquisição, mobilização e descrição de conhecimentos e competências adquiridas, na procura de uma melhoria da qualidade dos cuidados. Como diz Collière:

“restituindo um lugar à relação entre quem presta e quem recebe os cuidados de enfermagem, e fazendo dela a textura do trabalho, começa a nascer um questionar inevitável, uma necessidade de se interrogar acerca das situações, de compreender, de perguntar sobre o que é ou não desejável prever, empreender”(1999, p.157).

Aprender é pois um desafio à capacidade de resolução de problemas, de desenvolvimento da autonomia, de trabalho pessoal crítico e disponibilidade para a integração antecipada no contínuo de aprendizagem. É um processo que exige um questionamento constante dos diferentes saberes com vista à aquisição de competências. Estas revelam-se também como um processo dinâmico e adaptativo dos saberes às diversidades encontradas como às adversidades do quotidiano.

Também Benner nos refere que “ é ao longo do tempo que uma enfermeira adquire a “experiência”, e que o conhecimento clínico - mistura entre os conhecimentos práticos simples e os (...) teóricos brutos - se desenvolve” (2001, p.37), pelo que as experiências concretas decorridas geram as percepções e os actos de perito permitindo ao profissional apreender as situações, adquirindo assim novos saberes e competências.

É meu propósito, com a elaboração deste relatório, dar a conhecer as competências específicas que se referem à actuação do Enfermeiro Especialista de Reabilitação (EER) adquiridas ao longo do percurso efectuado de uma interacção de saberes teórico-práticos em contexto da prática, tendo sempre como foco central a compreensão da problemática da promoção da autonomia nas actividades de vida diárias mobilização, higiene e conforto e vestir e despir da pessoa que sofreu Acidente Vascular Cerebral, aquando o seu regresso a casa. Na perspectiva de Branco e Santos (2010) o regresso a casa é uma realidade que pressupõe o processo de reabilitação como um contínuo, no qual o planeamento das alterações das necessidades da pessoa com AVC tem o seu início o mais precocemente possível, num contexto de internamento, por forma a facilitar a integração da mesma no seio da família e comunidade, assegurando a continuidade dos

cuidados. O processo de reabilitação implica, para os mesmos autores, um conjunto de intervenientes, como seja a pessoa, a família, o cuidador e os profissionais, com articulação entre eles. Para que o regresso a casa seja harmonioso é imperioso que a pessoa doente seja implicada como parceira activa no processo de cuidados.

Segundo dados da OMS (2004) anualmente 15 milhões de pessoas a nível mundial sofrem AVC, sendo que destes, 5 milhões morrem e outros 5 milhões ficam com grau de incapacidade permanente conduzindo a uma sobrecarga familiar e da comunidade. Em 2004 é publicado o Atlas da Doença Cardíaca e AVC pela OMS, o qual relata que

“as doenças do foro cardíaco e o AVC provocam cerca de 17 milhões de mortes anuais, representando quase um terço da mortalidade global. Em 2020 estima-se que as doenças cardíacas e o AVC tornar-se-ão na principal causa de morte e incapacidade mundial projectando-se mais de 20 milhões de mortes anuais e 24 milhões de mortes anuais em 2030”

Os AVC, como primeira causa de morte em Portugal, são também a principal causa de incapacidade nas pessoas idosas. São, para Leal, uma causa comum de mortalidade e morbidade, na Europa. Para a mesma autora “a tendência demográfica no nosso país caminha no sentido do envelhecimento da população, pelo que é preocupante na mesma a prevalência dos AVC” (2001, p.131).

Assistimos actualmente a um envelhecimento progressivo da nossa população em que segundo dados estatísticos do Alto Comissariado da Saúde (ACS) de 2010, a esperança de vida dos 65 aos 69 anos de idade em Portugal Continental, no período que decorreu entre 2001 e 2009, aumentou 0,8 anos, para ambos os géneros (masculino e feminino). No entanto, apesar deste aumento, no triénio 2007-2009 o valor do indicador (18,4 anos) ainda foi inferior ao valor da meta definida no Plano Nacional de Saúde (PNS) para 2010 (20,0 anos). Ainda segundo a mesma entidade, estes valores têm vindo a aumentar gradativamente ao longo dos anos, sendo de 17,6 em 2001 apresentando uma diferença de 0,8 comparativamente ao triénio 2007-2009. O aumento da esperança de vida dos 65 aos 69 anos deu-se em todas as regiões do continente entre 2002-2004 e 2007-2009, sendo que estes aumentos variaram entre 0,6 anos no Algarve e Centro e 1,0 ano na Região Norte.

Para Gomes [et al] segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE)

“as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de mortalidade em Portugal Continental representando, em 2005, 34,0% de todos os óbitos (34.832 óbitos por doenças do aparelho circulatório). A particularidade nacional é que 44,9% (15.668) das mortes cardiovasculares são devidas a doença vascular cerebral (DVC)” (2007, p.4).

No que reporta aos dados estatísticos definidos pelo ACS (2010) “ em 2009 a taxa de mortalidade padronizada por AVC, antes dos 65 anos, apurada para Portugal Continental, foi de 9,5 óbitos por 100 000 habitantes, mantendo-se a tendência de decréscimo verificada nos anos anteriores”. Efectivamente verifica-se uma diminuição significativa destes valores, sendo que no ano de 2001 a taxa de mortalidade por AVC nesta faixa etária era de 17,2 por 100 000 habitantes, apresentando uma diferença de 7,7 comparativamente aos dados de 2009 (9,5). No entanto, ainda segundo a mesma fonte, em Portugal a mortalidade por AVC abaixo dos 65 anos é ainda superior ao melhor valor da Europa (França: 5,1 óbitos por 100 000 habitantes), (ACS, 2010).

Constata-se portanto que o aumento progressivo da esperança de vida, a diminuição da mortalidade e natalidade e o decorrente aumento do envelhecimento da população portuguesa, se irá espelhar num aumento do número de utentes internados com AVC, com previsão de aumento nas próximas décadas, os quais se confrontam com a diminuição súbita da sua autonomia na realização das suas AVD, provocando alterações significativas no seu seio familiar com repercussões económicas e sociais.

Aprile [et al] (2008) no seu estudo, sobre os efeitos da reabilitação na incapacidade e qualidade de vida de doentes com AVC crónico, referem-nos que a grande maioria dos utentes inseridos em programas de reabilitação são os sobreviventes de AVC. Estes, para alcançar a sua recuperação e minimizar as suas incapacidades, necessitam de um plano de reabilitação. Dos 66 utentes com AVC crónico incluídos no estudo (internados num centro de reabilitação para o efeito), observaram uma melhoria significativa na qualidade de vida nomeadamente nas funções físicas e sociais e na diminuição da incapacidade após o programa de reabilitação; constataram também que são necessários ciclos repetidos de tratamentos para manter o nível de melhoria alcançado.

Ao reflectir na minha prática de cuidados, a qual se realiza em contexto hospitalar, num serviço de Medicina de um Hospital Distrital, confronto-me diariamente com esta realidade, deparando-me com famílias e cuidadores com reduzido nível de preparação para cuidar e acompanhar pessoas com autonomia reduzida, sendo que uma doença súbita, onde se enquadra o AVC, gera transformações inesperadas, impondo novos papéis aos seus membros para os quais não estão preparados. A família, como parte integrante do processo de cuidados, deve ser estimulada e ajudada a reencontrar as suas capacidades, para que desenvolva cuidados que assegurem a continuidade da vida quotidiana, reinseridos no tecido social. Tal como Carvalhido e Pontes (2009) verificaram

no seu estudo, a aplicação de um programa de reabilitação domiciliária em pessoas que sofreram AVC influencia positiva e significativamente a qualidade de vida dos cuidadores e da pessoa cuidada. Uma das melhorias significativas foi o uso da marcha como meio de deslocação, reflectindo-se numa maior actividade, autonomia e independência. Os familiares e cuidadores melhoraram igualmente a sua qualidade de vida devido ao aumento da liberdade de acção das famílias e à diminuição das preocupações e do trabalho envolvido com o familiar (CARVALHIDO e PONTES, 2009).

O serviço de medicina é um serviço misto em que os utentes internados são na sua grande maioria pessoas em idade adulta e idosas, com uma diversidade inúmera de patologias do foro médico, de onde sobressai o AVC e cuja incidência tem vindo a aumentar. Segundo dados estatísticos do Hospital Distrital¹ onde desempenho funções, no período decorrido entre 2009/01/01 e 2009/12/31, recorreram ao serviço de urgência 306 utentes por AVC, sendo que destas 236 ficaram em regime de internamento no serviço de Medicina. No mesmo período referente ao ano 2010 assistiu-se a um decréscimo destes valores, com 264 diagnósticos efectuados para a referida patologia no serviço de urgência e um internamento de 238 utentes. Na minha perspectiva não me parece significativa esta redução comparativamente aos dados dos últimos seis anos, em que deram entrada na referida urgência por AVC 59 utentes em 2005, 38 em 2006, 48 em 2007 e 69 em 2008². Estes números vão de encontro aos dados demográficos inicialmente apresentados, sendo as doenças cerebrovasculares a principal causa de morte na população portuguesa.

As sequelas decorrentes podem conduzir a grande incapacidade psicomotora, tornando-se cada vez mais premente uma intervenção rápida dos serviços de saúde e uma capacidade de resposta eficaz por parte dos profissionais, dos quais faz parte integrante o EER. Cardoso e Eusébio referem-nos no seu estudo que “o foco principal da reabilitação é o indivíduo, desta forma o objectivo principal, será colaborar com o mesmo a atingir a máxima qualidade de vida, com dignidade, auto-estima e independência” (2011, p.35).

A Enfermagem, como profissão centrada no Cuidar, cujos valores principais passam pela forma de saber estar, saber ser e saber fazer, em que a sua essência passa pela valorização da pessoa e da vida humana, torna imperioso a aquisição de determinadas

¹ Dados fornecidos pelo Gabinete de Estudos, Planeamento e Informação para a Gestão do Hospital Distrital.

² Os utentes a quem foi diagnosticado AVC mas não como diagnostico principal não constam destes números.

capacidades e competências indispensáveis ao bom desempenho profissional, apreendidas em contexto ao longo de um processo de formação.

Na realidade da minha prática profissional tenho percepcionado dificuldades que são transversais a grande parte dos utentes que sofreram um AVC decorrentes das consequências do mesmo, dependendo estas do seu estado de saúde, da área afectada e gravidade da lesão. Segundo Branco e Santos (2010) os aspectos específicos que conduzem a deficiência, incapacidade e desvantagem nestes utentes, relacionam-se essencialmente com as seguintes alterações: motoras, da qual a hemiplegia é a alteração mais manifesta do AVC; da função sensorial; da função perceptiva; do comportamento; da eliminação e dificuldade para a alimentação.

São efectivamente estas as principais alterações com que me deparo na minha realidade, as quais conduzem a dificuldades que se relacionam com a diminuição da autonomia nas AVD. Conhecer as prioridades e necessidades de intervenção precoce torna-se fundamental para todos os enfermeiros, tendo em vista a promoção da máxima autonomia o mais cedo possível, tornando-se imperioso que a família participe activamente nos cuidados. Por ser uma preocupação sentida há já algum tempo e por se tratar de uma das patologias da actualidade, a minha escolha recai sobre esta problemática, à qual pretendo dar resposta durante a execução deste relatório.

Segundo Collière (1999) é através de uma análise de problemas individuais mas com características comuns que levem a indicar factores de vulnerabilidade cuja frequência é repetida ou com duração prolongada, que se pode revelar o tipo de acção a empreender.

Esta perspectiva de Collière reforça a pertinência de direccionar o meu foco de atenção para a promoção da autonomia nas AVD mobilização, higiene e conforto e vestir e despir na pessoa que sofreu AVC, visto estas encontrarem-se frequentemente comprometidas, dificultando a reinserção do utente no seio familiar e na comunidade. A pessoa vê repentinamente a sua condição sofrer severas alterações, passando muitas vezes de um estado de independência para uma situação de dependência em grau moderado ou elevado, com a qual se sente incapacitada para lidar. Proot [et al] (1998) referem-nos no seu estudo que os pacientes após AVC sentem uma extrema confusão, insegurança e ansiedade, após instalação da doença, pois dependem de outros. Confrontam-se, aquando o regresso ao domicílio, com uma realidade muito diferente da anterior e não sabem viver a vida actual. Não é apenas a autonomia que se encontra

diminuída, mas seus planos de vida também são abruptamente interrompidos. Os autores concluíram que a transição da dependência para a independência é uma conquista significativa da reabilitação.

Torna-se também pertinente identificar juntamente com o utente, quais os campos de actuação que necessitam da nossa intervenção, bem como qual o tipo de ajuda a desencadear. A pessoa deve ser ajudada a aceitar que em apenas determinados momentos da nossa existência necessitaremos de sermos substituídos na realização das AVD, seja por inerência ao próprio processo de envelhecimento ou por qualquer causa inesperada. Segundo Newson (2010) o objectivo nos cuidados sociais e de saúde deveria incidir na manutenção do nível de independência dos indivíduos, por muito limitado que seja. A autora dá ênfase à importância de “fazer com” e não “fazer por”, visando maximizar a independência e minimizar a dependência. Refere-nos ainda que “no sector da saúde e do cuidado social, o encorajamento dos receptores de cuidados para lutar no sentido de atingir a independência sustenta a boa prática, tem o potencial para promover o bem-estar e auto-estima e dá significado à vida” (2010, p.418).

O início abrupto e inesperado de um AVC impossibilita qualquer preparação prévia. Esta condição coloca o utente e respectiva família numa situação de muita angústia e instabilidade, como nos refere Martins (2002). Apanhados de surpresa no seio da crise acidental, os familiares “necessitam de algum tempo e de alguma ajuda para poderem ultrapassar criativamente a crise e para poderem suportar efectivamente o doente, reconduzindo-o a uma vida de qualidade” (2002, p.259), ficando expectantes no acompanhamento e cuidado que o enfermeiro tem para lhes oferecer. Compete a este profissional iniciar a sua intervenção o mais precocemente possível, promovendo a autonomia e adaptação do utente e família à sua nova condição.

No que concerne às respostas sociais relativamente à reabilitação destes utentes, estas têm vindo a melhorar ao longo dos anos, no entanto não estão ainda próximo das necessidades desta população. Perante o número significativo de pessoas incapacitadas após o AVC, há necessidade de equacionar novas abordagens ao problema, que passam por: melhores cuidados de saúde durante o internamento, onde o EER tem um papel preponderante; melhor acompanhamento em ambulatório e por uma imprescindível articulação com outras instituições públicas ou privadas que deem um contributo importante para assegurar, reabilitar e manter uma vida com qualidade.



Ao longo dos 30 anos de existência do Sistema Nacional de Saúde (SNS), foi criada inúmera legislação para regulamentar a actividade dos órgãos prestadores de cuidados de saúde. Foram-se diferenciando estruturas de acordo com as necessidades encontradas e em 2006 é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)³, visando dar resposta às problemáticas de saúde inerentes ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, como o AVC.

A criação das Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), com possibilidade de cuidados de reabilitação, veio dar resposta a algumas necessidades, embora a demora de resposta seja ainda uma constante a considerar. Segundo a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) no ano de 2010 “verificou-se um aumento substancial da demora média (...) nas diferentes respostas da RNCCI” a qual se encontra relacionada com o aumento de incapacidade e dependência dos utentes da Rede aquando a admissão (2011, p.76). No 1º semestre de 2011

“mantem-se um aumento da demora média (número de dias de internamento dos utentes com alta) nas diferentes respostas da RNCCI, relacionada com o grupo etário e níveis de funcionalidade na admissão” (UMCCI, 2011, p.37).

Na tipologia de Média Duração e Reabilitação a demora média no ano 2010 situou-se em 93 dias, apresentando em relação ao ano de 2009 um aumento de 22%, no entanto no 1º semestre de 2011 a média nacional situou-se em 91 dias, o que representa um decréscimo de 3% comparativamente a 2010, sendo este pouco substancial. Em 2010, a região Lisboa e Vale do Tejo (LVT) apresenta uma demora média de 133 dias, encontrando-se as restantes regiões abaixo dos 90 dias, excepto Algarve com 91 dias. No 1º semestre de 2011 a região de LVT apresenta uma demora média de 113 dias.

As unidades de reabilitação com internamento são ainda em número reduzido, o que se reflecte na demora média dos serviços de internamento e principalmente nas sequelas apresentadas por este tipo de utentes. A finalidade destas unidades é reduzir o internamento em Hospitais de agudos, reduzir a incapacidade funcional e as complicações pós AVC, bem como reduzir o número de utentes que necessitam de cuidados de enfermagem em casa ou nas unidades de doentes crónicos, assim como facilitar o retorno do maior número de utentes ao seu ambiente familiar e, tanto quanto possível, ao seu local de trabalho. O estudo de Proot [et al] (2007) confirma esta filosofia,

³ Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho

revelando que os utentes que sobreviveram a um AVC poderão apresentar incapacidades residuais consideráveis, requerendo frequentemente de uma continuação do processo de reabilitação após a alta hospitalar. Os utentes que necessitam de internamento para realizar reabilitação, são frequentemente admitidos num centro ou num serviço de reabilitação para utentes com AVC, ou em lares. Nestas instituições os objectivos primordiais na reabilitação dos utentes pós AVC são ajuda-los a recuperar, tanto quanto possível, a sua realização no desempenho dos seus papéis e nas suas capacidades de viver autonomamente, por forma a facilitar a sua reinserção no domicílio e vida social. A sua autonomia vai sofrendo alterações durante o processo de reabilitação, à medida que o grau de autonomia aumenta o papel do utente na reabilitação passa de passivo para activo (PROOT [et al], 2007).

Em termos de acompanhamento ambulatorio, também este tem sofrido alterações ao longo destes últimos anos, em que as equipas de apoio domiciliário são equipas multiprofissionais⁴ que dão continuidade no domicílio ao processo de reabilitação do utente com AVC após alta hospitalar. Num estudo realizado por Hartman-Marir [et al] (2007) cujo objectivo era avaliar o estado funcional, actividades de lazer e a satisfação em adultos sobreviventes de AVC que participaram num programa de reabilitação comunitário, comparando os seus efeitos com sobreviventes de AVC não participantes, os autores concluíram que os sobreviventes de AVC que frequentaram o programa não mostraram vantagem no que reporta aos níveis de incapacidade, quando comparados com os não participantes. No entanto, apesar do grau elevado de incapacidade nas AVD dos participantes, o nível de actividade aumentou devido ao programa e os scores de satisfação foram significativamente superiores aos dos não participantes. Este estudo corrobora a relevância dos programas continuados na comunidade para sobreviventes de AVC inseridos nos seus contextos comunitários, com ênfase na participação nas actividades de lazer e nos níveis de satisfação da vida como um todo.

O tempo de demora média actual de admissão numa Unidade de Reabilitação, bem como uma resposta ainda insuficiente por parte dos EER em contexto comunitário, constitui uma condicionante a considerar no sucesso do processo de reabilitação da pessoa com AVC e família/cuidador. Correia, Teixeira e Marques ressaltam que “ o facto das instituições de saúde terem cada vez mais dificuldades em dar resposta às

⁴ Equipas integradas por: médico; enfermeiro; enfermeiro especialista em reabilitação; enfermeiro especialista em saúde comunitária; fisioterapeuta; assistente social; psicólogo e assistente operacional.

necessidades dos doentes dependentes tem levado as famílias a assumirem o cuidado aos seus membros doentes” (2005, p.130).

Após a alta, e enquanto aguarda admissão numa Unidade da RNCCI, o utente regressa ao seu contexto familiar e é aqui que se confronta, bem como a família, com uma realidade até agora desconhecida, o que compromete por vezes o seu processo de reabilitação, bem como conduz a uma sobrecarga e exaustão do cuidador⁵ ainda pouco preparado para a sua nova condição. É deste confronto com a realidade nos primeiros dias em casa que a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação assume um papel primordial, devendo este tentar compreender e identificar, na perspectiva da pessoa com AVC e do familiar/cuidador, quais as principais dificuldades, receios, obstáculos com que estes se deparam; qual o apoio que mais necessitam; qual a preparação que detêm, por forma a colmatar o que possa ter sido mais omisso ou menos realizado no contexto de internamento. Na perspectiva de Jesus, Silva e Andrade (2005) o utente e família/cuidador têm que enfrentar no domicílio o desafio dos cuidados que advêm de todas as doenças incapacitantes e que causam grande impacto nestes. O envolvimento das famílias nos cuidados aos seus membros obriga a que a equipa de saúde seja detentora de um conhecimento sobre a “estrutura familiar, a sua complexidade e as relações existentes entre os vários elementos”, adaptando-se estas equipas às mudanças estruturais da sociedade e conseqüente mudança da estrutura familiar (JESUS, SILVA e ANDRADE, 2005, p.27). Para estes autores a família é considerada como objecto do cuidar paralelamente ao utente, estando os profissionais despertos para as suas necessidades enquanto família doente com a sua estrutura alterada, capacidades afectadas, assim como a mobilização dos seus recursos. Também para Correia, Teixeira e Marques (2005) ainda existe alguma tendência para que a atenção prestada pela equipa de enfermagem esteja direccionada para o utente, esquecendo-se muitas vezes que a família é quem precisa de apoio a maioria das vezes, pois a prestação de cuidados a utentes com dependência conduz a uma sobrecarga emocional, financeira, física, social e familiar, aos cuidadores informais muito difícil de ultrapassar. Na perspectiva destes autores

“cuidar de um doente dependente em contexto familiar não é fácil. As famílias vivem (...) a situação como um problema, devido às exigências progressivas que implicam as situações de cuidado informal, e as repercussões que delas advêm” (CORREIA, TEIXEIRA E MARQUES, 2005, p.126).

⁵ Os utentes para a realização das suas AVD dependem de um prestador de cuidados informal, emergindo assim o termo “prestador de cuidados”. Este, não sendo necessariamente um membro da família, “é o principal agente de apoio informal na assistência ao utente com problemas de saúde no domicílio” (JESUS, SILVA e ANDRADE, 2005, p. 27).

A família é sem dúvida o pilar fundamental, mas a necessidade de acompanhamento é uma constante pois esta tem toda a sua vida comprometida e com muita limitação.

A pessoa com AVC e os familiares/cuidadores deparam-se ainda, no seu retorno ao domicílio, com toda uma infinidade de barreiras arquitectónicas que até então não eram passíveis de conferir preocupação, as quais compete ao EER detectar atempadamente, intervindo conjuntamente com a família e recorrendo aos recursos da comunidade, por forma a elimina-las o mais possível. No garante dos direitos das pessoas com necessidades especiais, onde se integra a pessoa que sofreu AVC, o EER deverá ter presente que a “promoção da acessibilidade constitui um elemento fundamental na qualidade de vida das pessoas” (DL nº 163/2006, p.5670). Para Martins (2002), considerando que se presta ainda insuficiente atenção tanto às condições de desenvolvimento da pessoa com incapacidade e família, como aos efeitos psicossociais que os problemas decorrentes do incidente provocam no utente, família e comunidade, a reintegração social consiste num dos aspectos mais importantes da reabilitação. Esta inclui todos os meios passíveis de diminuir as consequências da incapacidade, deficiência e desvantagens da pessoa visando a sua reintegração na comunidade e mercado de trabalho com sucesso. Martins refere ainda que “ para se realizar uma reintegração social é necessário um programa que vise o desenvolvimento integral da pessoa, levando-a a reajustar a sua situação e a saber suprir as suas dificuldades” (2002, p. 257).

Por todos os dados explanados, pela minha realidade profissional, pelo impacto que esta patologia tem na sociedade actual, considero que esta temática constitui para mim um foco de grande interesse e motivação. Surgiu então a temática do trabalho de projecto desenvolvido e aplicado em contexto da prática e à qual pretendo dar resposta neste relatório - **“a promoção da autonomia nas actividades de vida diária mobilização, higiene e conforto e vestir e despir na pessoa que sofreu Acidente Vascular Cerebral”**, por forma a facilitar a adaptação desta à sua nova condição aquando o seu regresso a casa. Como tal, atendendo que a prática clínica visa a aquisição de competências referentes à actuação do EER, procurei reflectir na minha *práxis* e delinear e concretizar um projecto que se constituiu uma estratégia fundamental para o meu desenvolvimento no domínio específico da enfermagem de reabilitação, com benefício na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao utente aquando o seu regresso a casa.

Tendo em vista o desenvolvimento de competências preconizadas para o EER estabeleci como objectivo central do relatório: ***-promover a autonomia nas actividades de vida diária mobilização, higiene e conforto e vestir e despir da pessoa com AVC, aquando o seu regresso a casa.*** Por forma a atingir este objectivo e responder às competências do EER definidas pela OE (2010), tornou-se necessário o estabelecimento de objectivos complementares que clarificassem a temática em questão e objectivos que conduzissem à obtenção do grau de especialista, complementando os anteriores, sendo estes:

-Compreender o processo de reabilitação e prestar cuidados especializados ao utente com AVC com autonomia reduzida nas AVD mobilização, higiene e conforto e vestir e despir, em contexto comunitário;

-Compreender o processo de reabilitação e prestar cuidados especializados ao utente com AVC em fase de sequelas, em contexto de um Centro de Reabilitação;

-Conhecer o papel do EER na intervenção em fase aguda ao utente que sofreu AVC;

-Identificar as áreas problemáticas/dificuldades da pessoa e família/cuidador na preparação do regresso a casa;

-Prestar cuidados de Reabilitação na área de Reabilitação Respiratória, à pessoa com patologia do foro respiratório.

Esta exposição escrita é sustentada nas reflexões sobre a prática clínica e suportada na revisão da literatura e nos conhecimentos científicos adquiridos com a partilha de experiências e saberes com os diferentes intervenientes no processo formativo. Estruturalmente é constituída por cinco partes: uma primeira que consiste na nota introdutória onde é contextualizada e justificada a problemática recorrendo aos contributos da investigação; uma segunda que elenca o enquadramento teórico do tema; numa terceira e quarta parte onde é realizada toda uma descrição e análise do percurso efectuado dando resposta à problemática definida e a última etapa encontra-se reservada à reflexão final, onde será dado enfoque aos aspectos mais relevantes deste percurso de aquisição de competências, respondendo à temática e perspectivando o futuro como EER.

2-PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DA PESSOA COM AVC: “O PENSAMENTO DE COLLIÈRE”

Para o desenvolvimento do trabalho de projecto, bem como para a realização do respectivo relatório de estágio tornou-se relevante seleccionar um referencial teórico que fornecesse contributos importantes, por forma a justificar e enquadrar a pertinência da problemática seleccionada, permitindo assim a compreensão do meu agir como Enfermeira. Sustentei-me no pensamento de Marie – Françoise Collière para contextualizar o cuidado de enfermagem. Procuo neste capítulo articular o pensamento de Collière sobre o cuidar, autonomia, pessoa, cuidados intrinsecamente relacionados com ao tema em reflexão. Senti necessidade de, simultaneamente com a linha de pensamento de Collière, utilizar outros referenciais teóricos que de algum modo me ajudassem a definir alguns conceitos. Procurando enquadrar da melhor forma esta temática, irei efectuar uma breve abordagem da patologia em causa.

Segundo Leal “ o acidente vascular cerebral consiste em um défice neurológico focal, súbito e não convulsivante. A sua classificação relaciona-se com um factor essencial que é o perfil temporal dos eventos neurológicos” (2001, p.131). Para a mesma autora o AVC pode ser decorrente de duas situações, em que a gravidade é distinta em cada uma delas: isquemia ou hemorragia cerebral. Esta autora refere-nos ainda que o défice neurológico depende da localização e do tamanho da isquemia ou hemorragia (ver **Apêndice I**).

Tal como Leal, também Branco e Santos referem que as consequências decorrentes de AVC variam consoante a área da lesão, a sua gravidade e o estado de saúde da pessoa. Para estes autores, como já referido, das alterações que conduzem a deficiência, incapacidade e desvantagem nestes utentes, as mais manifestas relacionam-se essencialmente com alterações motoras, das quais “a hemiplegia é a alteração mais alegórica e patente do AVC” (2010, p.25). Referenciam ainda que a hemiparesia ou hemiplegia é uma alteração da mobilidade decorrente de uma modificação de força de vários grupos musculares, que pode advir após um AVC. Para os mesmos autores, o mecanismo de controlo postural constitui a base para a realização dos movimentos normais especializados, sendo a hemiplegia, por si só, responsável por uma instabilidade postural, tanto em movimento como em repouso. O mecanismo de controlo postural encontra-se ausente na pessoa com AVC, impedindo-a de utilizar toda uma variedade de

padrões considerados normais de postura e mobilidade, os quais são fundamentais para a realização de actividades funcionais e para a realização das AVD (BRANCO e SANTOS, 2010).

As limitações provocadas pelo AVC causam impacto psicológico, emocional e social devastador tanto na pessoa como na sua família pois, como nos refere Martins (2002), esta incapacidade para a satisfação das suas necessidades de vida diária requer a presença, na grande maioria das situações, quase permanente de uma pessoa. O modo como a dependência vai ser vivenciada pelo utente com AVC e sua família depende da forma como a própria doença “é aceite e vivida bem como da configuração relacional prévia à doença, nomeadamente no tocante à vivência do dinamismo dependência-autonomia e individualidade - coesão familiar” (2002, p.150). As actividades e rotinas familiares sofrem alterações, mesmo que parcialmente. Aqui o EER detém um papel preponderante, pois a reabilitação é o mecanismo de apoio para a readaptação da pessoa, permitindo a aquisição de novas habilitações físicas e psicológicas, que forneçam a maior autonomia e independência com vista a uma reintegração social e familiar com sucesso, assentes numa abordagem individualizada, pois os interesses, prioridades e recursos familiares são únicos e têm de ser compreendidos. O objectivo do cuidar de uma pessoa com alteração da mobilidade, como no AVC, por parte do EER prende-se com o atingir o maior nível de independência e autonomia possível.

Cuidar é um conceito central do agir profissional do enfermeiro enquanto prestador de cuidados, vai muito além de querer bem ao próximo. Envolve uma série de conhecimentos acerca do outro e de nós próprios. Temos de saber quem é o outro, quais os seus poderes, limitações, as suas necessidades e o que é que contribui para o seu crescimento e, ao mesmo tempo, conhecer os nossos próprios poderes e limitações. Collière fala-nos de um cuidar nestas duas dimensões ao referir que

“ cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo, um acto de VIDA (...) cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais (...)”(1999, p.235-236).

Apenas em determinados momentos do nosso percurso de vida iremos necessitar, ou recorrer a uma substituição, sejam estes inerentes ao próprio processo de envelhecimento ou por qualquer circunstância inesperada, como é o AVC. Seja numa ou noutra situação, é necessário identificar, juntamente com a pessoa implicada, em que campos de acção necessita se ser substituída e qual o tipo de ajuda a desencadear, por

forma a que esta se torne o mais autónoma possível na realização das suas AVD. Como diz Collière “apenas em certas circunstâncias e, por ocasião de determinados acontecimentos, se torna premente a necessidade, e a obrigação, de uma substituição”, o que acontece em alguns momentos da vida (1999, p.290). A autora refere ainda que “o campo de competência da enfermagem situa-se como um prolongamento, uma substituição daquilo que os utilizadores dos cuidados não podem, temporariamente, assegurar por si próprios” ou é assegurado por quem o cerca (1999, p.287). Sob pena de o campo de competência da enfermagem se tornar arbitrário, surge a necessidade de clarificar qual o tipo de substituição necessária, considerando também “tudo o que situa a pessoa em relação à complexidade, à gravidade do seu estado, e às capacidades e recursos dos que o cercam para as suprimir”. Como tal o domínio dos cuidados de enfermagem coloca-se “*na encruzilhada de um tríptico que tem como ponto de impacto o que diz respeito à pessoa, o que diz respeito à sua limitação ou à sua doença, o que diz respeito aos que a cercam e ao seu meio*” (1999, p.287). Poderão duas pessoas deparar-se com a mesma dificuldade, com gravidade semelhante, necessitando uma de cuidados de enfermagem e outra quer seja pela idade, pelos recursos ou possibilidades do meio não necessitar dos mesmos. Collière reforça que a necessidade de assegurar cuidados de enfermagem nunca poderá estar relacionada apenas com o grau de gravidade de uma doença ou limitação, consideradas separadamente, “mas à inter-relação que existe entre as possibilidades, capacidades e recursos da pessoa” no momento da vida em que se encontra, bem como “às dos que a cercam e do seu ambiente e à limitação ou dificuldade de que sofre ou às consequências funcionais das lesões devidas à doença” (1999, p.287-288).

Para a autora o campo de competência da enfermagem assenta essencialmente nos cuidados de manutenção, os quais permitem a continuidade da vida ou seja na *Saúde*. Esta não sendo uma actividade em si, representa todo um conjunto de possibilidades que permitem o desenvolvimento da vida, mesmo quando na presença de doença. Ao “conjunto das forças vivas físicas, afectivas, psíquicas, sociais que podem ser activadas para compensar a doença, ultrapassá-la ou fazer-lhe frente” Collière designa de *Saúde* (1999, p.288). Refere-nos que não se poderá confundir cuidar e tratar, pois tratar de uma doença nunca poderá substituir toda a “mobilização das capacidades de vida, que representa o cuidar” (1999, p.286). A doença deve ser tida em conta mas não representa a acção de cuidados na sua totalidade ou seja “ocupar-se apenas da doença pode fazer

calar as forças da vida se não tiver cuidado, tratando dela sem deixar morrer o que dinamiza a pessoa atingida por essa doença” (1999, p.297).

Cuidar da pessoa com AVC implica para Collière (1999) dois tipos de cuidados: **cuidados de recuperação ou tratamento**, nos quais o enfoque está na doença e na sua progressão de forma a conseguir erradicá-la ou atenuá-la, diminuindo o que constitui obstáculo à vida; **cuidados de conservação e manutenção**, os quais são entendidos como todas as actividades que permitem a continuidade da vida relacionadas com a alimentação, hidratação, eliminação, higiene e movimento, cada uma destas interagindo entre si. Estas não podem estar dissociadas do ambiente e de um contexto de crenças, costumes e hábitos de vida até porque os cuidados de recuperação só fazem sentido quando inseridos na amplitude da dimensão dos cuidados de manutenção, os quais necessitamos permanentemente para a continuidade e desenvolvimento da vida.

A pessoa que sofreu um AVC irá necessitar numa primeira fase da doença, de ambos os cuidados, na medida em que necessita de ajuda que compense “uma incapacidade parcial ou total, temporária ou definitiva” imprescindível para realizar as actividades que a pessoa ou família não pode suprir, isto é cuidados *de manutenção da vida*, (COLLIÈRE, 1999, p.307). No entanto esta ajuda pode não ser suficiente para diminuir os efeitos da doença podendo carecer de cuidados que travem este processo ou seja *cuidados de reparação* (COLLIÈRE, 1999).

As limitações decorrentes do AVC, das quais a hemiplegia sobressai, condicionam a satisfação das AVD de forma autónoma, nomeadamente no que reporta à mobilização, higiene e conforto e vestir e despir. O internamento após instalação do evento é por si só um factor indutor de fragilidade e vulnerabilidade, tanto pelo despojar de todos os seus elementos significativos, como pela diminuição da sua autonomia, aliados à exposição física e psicológica e à invasão da sua privacidade pelo outro. A verdadeira vontade do utente é também muitas vezes condicionada pelas rotinas institucionais e pela imposição de regras. Neste contexto é importante que se promovam as capacidades das pessoas para se cuidarem, reconhecendo nelas o seu saber utilizando-o e potenciando-o, indo de encontro à promoção da autonomia e permitindo-lhes que utilizem o poder que lhes resta, mobilizem tudo aquilo de que ainda são capazes, inclusive o seu projecto de vida e conjuntamente com elas ver o que possibilita e/ou limita a sua realização. Os cuidados são assim inseridos num projecto de saúde em que a sua concepção pretende dar

competência à pessoa na gestão do seu património e os cuidados encontram o seu poder libertador (COLLIÈRE, 2003).

A minha intervenção enquanto enfermeira, deverá ter o seu início o mais precocemente possível, implicando a pessoa como parceira activa do processo de cuidados, nunca deixando à margem a individualização da pessoa como um todo, inserida numa família, numa comunidade, numa sociedade e atendendo às suas particularidades, pois como diz Collière *“cuidar não pode ser um acto isolado, amputado de toda a inserção social”*, não pode tomar apenas em consideração cada pessoa isolada do seu contexto de vida (1999, p.324). Para a autora *“cuidar é um acto social que só atinge a sua plenitude se tiver em conta um conjunto de dimensões sociais”* (1999, p.324). Refere que não poderia ser de outra forma porque os cuidados de enfermagem são *“indissociáveis das condições de vida das pessoas”* e há que reconhecer nelas as *“características permanentes que terão que se ajustar a situações mutantes”* (1999, p.234). Esta intervenção visa maximizar a autonomia do utente com limitação funcional decorrente de AVC, após o seu regresso a casa.

Em todas as AVD, que aparentemente são dotadas de simplicidade (comer, vestir, higiene, controlar a eliminação intestinal e vesical, mobilizar-se, andar, entre outras) a capacidade da pessoa com AVC para as satisfazer encontra-se comprometida. No entanto o meu foco de atenção direcciona-se para as actividades de vida diária que considero estarem mais comprometidas no utente com AVC, ou seja a mobilização, higiene e conforto e vestir e despir. Perlini e Faro (2005) no seu estudo elencam um conjunto de actividades possíveis de serem realizadas pelos familiares e cuidadores à pessoa com AVC. Destacam como actividades mais executadas, a realização da higiene corporal e o vestir e trocar de roupa ao utente, associadas às alterações da mobilidade decorrentes do AVC.

Para Collière quer seja referente a uma doença, a uma deficiência ou a um saber-fazer, torna-se necessário demarcar a deficiência funcional ou seja *“avaliar a situação em termos de **funcionalidade**”* mas esta não pode ser considerada isolada, já que esta *“é **influenciada pelo vivenciado**”* (2003, p.251). A autora entende por funcionalidade *“a capacidade que uma pessoa, uma família, um grupo tem ou não de **“funcionar”** por si próprio para assegurar a resposta a uma necessidade que diz respeito à sua vida”* (2003, p.251). Quando uma pessoa ou uma família sabe funcionar por si própria, não necessita de ajuda nem de cuidados, tornando-se necessária esta ajuda *“quando há disfunção, mau*

funcionamento ou não funcionamento” (2003, p.252). A funcionalidade poderá ser avaliada em poder ou não fazer algo e ser referente ao funcionamento dos sentidos, dizer respeito a um compromisso ou à perda de uma função orgânica. Collière dá-nos como exemplo “uma pessoa deixa de poder vestir, de se levantar após uma perda da função da motricidade, devido a uma hemiplegia” e em função do problema poder-se-á avaliar “o que a pessoa pode fazer sozinha (...) pode fazer com ajuda (...) já não pode fazer e durante quanto tempo” (2003, p.252). Isto leva a discriminar qual o tipo de ajuda a prestar por forma a compensar o disfuncionamento. A funcionalidade também poderá ser avaliada no que refere a saber fazer ou não saber fazer algo.

O EER, segundo a OE (2010), tem um papel preponderante, por forma a intervir junto do utente com AVC, que apresenta incapacidade para satisfazer autonomamente as suas AVD tais como a mobilização, higiene e conforto e vestir e despir, bem como junto da família/cuidador, integrando-os como parceiros activos por forma a que estes adquiram o máximo de autonomia aquando o seu regresso a casa, visando uma melhor reintegração na comunidade e sociedade e a melhoria da sua qualidade de vida. Para Collière é essencial “*procurar com os próximos* o que constitui problema para a pessoa (...) bem como para eles próprios, e saber quais as suas intensões” tendo em vista a elaboração conjunta e progressiva do projecto de cuidados, permitindo-a permanecer no domicílio (2003, p.349). Aqui os cuidados “representam uma prestação que visa essencialmente manter as pessoas no seu domicílio” ou seja permitir-lhes “permanecer em suas casas e aí poder continuar a viver” (2003, p.359).

As exigências da sociedade actual, a sociedade de trabalho, a modificação da composição das famílias de alargadas para nucleares, condicionam a disponibilidade dos cuidadores para cuidar dos seus membros. Estes detêm pouca preparação para cuidar e acompanhar pessoas, que inesperadamente se confrontam com um acontecimento imprevisível como o AVC, encontrando a sua independência e autonomia reduzidas. No entanto na perspectiva de Collière “na maioria dos casos, as famílias apenas recorrem ao serviço de enfermagem quando “ultrapassados pelos acontecimentos””. Ocorre quando as situações se prolongam no tempo e “a família já não consegue fazer face por cansaço, esgotamento, choque com a pessoa (...) maior complexidade de organização...ou quando surge brutalmente um acontecimento novo” (2003, p.375). Denota-se também muitas vezes a existência de algum receio por parte dos familiares no contacto físico, no toque e na mobilização da pessoa num contexto de pós AVC, aquando o seu regresso a casa. O

corpo é o nosso principal alvo de cuidados de enfermagem pelo que centramos nele muita da nossa atenção, não se encontrando no entanto os cuidadores muito despertos para o cuidado ao corpo do outro, se não quando confrontados com esse facto.

“falar do corpo como primeiro instrumento privilegiado dos cuidados, não é, apenas, evocar os sentidos, é reencontrar a *sensitividade*: procurar o que o outro experimenta, o que se sente, e tentar perceber, com mais clareza, o que nós próprios sentimos. A não personalização do corpo não pode transmitir mais do que cuidados impessoais, despersonalizados” (COLLIÈRE, 1999, p.264).

O enfermeiro deve essencialmente preparar o utente e a família para a reintegração social com o máximo de qualidade possível e acompanhar e apoiar os respectivos processos de transição. Como diz Collière “há que reinventar os cuidados...Cuidados que promovam a vida, cuidados desalienantes que restitua um sentido à vida, tanto dos que recebem como do que os prestam” (1999, p.350).



3- A PROMOÇÃO DA AUTONOMIA NA PESSOA COM AVC, UM PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Aquando a realização do trabalho de projecto fez-me todo o sentido compreender o processo de reabilitação e prestar cuidados especializados à pessoa com AVC durante todo o seu percurso de doença, desde o incidente até à fase de sequelas, pelo que para além de definir o objectivo central do projecto estabeleci objectivos complementares que clarificassem a temática em questão e que conduzissem à aquisição de competências específicas, complementando o anterior. Visando atingir os objectivos inicialmente propostos e dar resposta à problemática, tornou-se necessário delinear um percurso, o qual é constituído por diversas incursões em distintos contextos de cuidados, para os quais foram traçados os objectivos gerais e específicos; perspectivado o desenvolvimento das actividades tendo por base as competências do EER; definidos critérios de avaliação e recursos a utilizar, adequados a cada ensino clínico a que me propus e que apresentarei sistematizados por itens nos quadros em apêndice, facilitando assim a sua compreensão (ver **Apêndice II**). Em todos estes contextos da prática, no decurso do meu ensino clínico, utilizei como metodologia orientadora do mesmo, a realização de reflexões escritas, as quais me permitissem repensar a minha prática diária, a aquisição de conhecimentos e competências, bem como retratar todo o caminho que fui percorrendo. Estas exposições reflexivas compilam todo um conjunto de informações, aprendizagens e experiências adquiridas, constituindo uma linha orientadora para a concretização deste relatório. Serão colocados alguns exemplos em apêndice (ver **Apêndice III**).

Irei procurar espelhar de seguida o percurso de aquisição de competências efectuado.

3.1- Reabilitar o utente com AVC em contexto comunitário: um processo de reabilitação

Os progressos científicos e tecnológicos da Medicina, bem como as transformações socioeconómicas contribuíram grandemente para o prolongar da vida humana, mas também para a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas, nas últimas décadas. Este fenómeno reflecte-se no envelhecimento demográfico, associado à baixa fecundidade registada. No entanto uma maior longevidade não está directamente relacionada com “uma vida funcional, independente e sem problemas de saúde”, muito pelo contrário “o número de indivíduos com perda de autonomia, de invalidez e de

dependência não pára de aumentar” relacionado com a “maior prevalência de doenças crónicas e incapacitantes” (MARTINS, 2006, p.59).

Segundo Ribeiro o AVC “constitui a primeira causa de morte em Portugal”, em que para os que sobrevivem “as sequelas são relativamente frequentes, graves e variadas, com manifestações motoras ou cognitivas, a par das manifestações emocionais, e consequências sociais” (2006, p.5). Para Martins o AVC “está associado a deterioração da capacidade física, emocional e social do indivíduo, que colocam em risco a sua autonomia funcional para o desempenho das actividades de vida diária, requerendo assim a ajuda de outros” (2006, p.59). Segundo a autora procura-se que a pessoa, logo após a fase aguda, regresse ao seu contexto domiciliário o mais breve possível.

Sequeira diz-nos que “o envelhecimento da sociedade é uma realidade inevitável, fruto de uma maior longevidade humana, à qual se associam índices de dependência acrescidos, em função do agravamento da morbilidade previamente adquirida” e de idosos cada vez mais vulneráveis (2010, p.XXI). Nas últimas décadas a família, que constitui o principal suporte de cuidados, sofreu muitas alterações, em que a mulher como principal cuidadora assume outras funções comprometendo a prestação de cuidados. Esta realidade recente, conduz à necessidade de se pensar “em formas de assistência que promovam a manutenção da qualidade de vida do idoso, de preferência no domicílio” sem sobrecarga para a família (SEQUEIRA, 2010, p.XXI).

Para Branco e Santos o regresso a casa é precoce na sequência de internamentos hospitalares cada vez mais curtos. É no entanto uma realidade, a qual pressupõe

“acessibilidade aos cuidados de saúde; avaliação e resposta às necessidades globais; a organização e prática de trabalho interdisciplinar e em parceria; clara adequação ao tipo e grau das limitações; focalização na reabilitação e autonomia; o respeito pelos direitos, dignidade e individualidade e o envolvimento da Pessoa e família” (2010, p.109)

Na perspectiva de Menoita [et al] ainda no contexto de internamento, onde se integra toda a equipa interdisciplinar, na qual se incluem a pessoa com AVC e a sua família, é que deverá ter início o planeamento do regresso a casa. O apelo a uma actuação numa perspectiva global é cada vez mais frequente, a qual privilegia “a promoção da saúde e a prevenção da doença, a par de um rápido diagnóstico, tratamento e Reabilitação” em que no sentido de assegurar e promover a continuidade dos cuidados “as parcerias com os cuidados de saúde primários assumem uma posição de relevo” (2012, nota introdutória).

A preparação do regresso a casa é, segundo Petronilho “um processo que deve resultar de um contributo multiprofissional/multidisciplinar”, tendo verificado no entanto

que grande maioria das vezes “não estavam reunidas as condições desejáveis para garantir uma eficaz continuidade de cuidados por parte dos familiares cuidadores, após o regresso a casa” (2007, p.17). Refere que é habitual dizer-se que a preparação da alta pelos enfermeiros, das pessoas dependentes, deverá ser iniciada aquando a admissão, no entanto consiste numa realidade ainda distante “em muitas situações com responsabilidade repartida, quer pelos profissionais de saúde, quer pela própria família” (2007, p.45).

Esta é uma questão com que me deparo na minha realidade de cuidados, onde se torna imperativo que haja cada vez mais a preocupação com a inclusão do utente com AVC e familiar/cuidador no processo de cuidados, numa abordagem interprofissional e com uma efectiva articulação com o contexto de cuidados ao qual o utente regressa, visando a promoção da sua autonomia e a continuidade de cuidados. Como nos referem Almeida [et al] “*a família desempenha um papel fundamental na garantia da continuidade dos cuidados*” pelo que se os cuidados forem centrados na díade doente/família, incluídos num planeamento da alta efectivo “constitui um instrumento básico para otimizar a capacidade da família para cuidar e minimizar os efeitos negativos inerentes a um processo de transição” do contexto do internamento para o contexto domiciliário (2005, p.26). Também Andrade [et al] (2009) abordam esta questão no seu estudo, referindo que a assistência prestada ao paciente com AVC deverá ser direccionada similarmente para a família, pois esta também necessita de ser preparada e por vezes é acometida de dúvidas e receios. Os enfermeiros, enquanto educadores em saúde, perante estas exigências, deverão estar conscientes que a família constitui uma instituição de carácter permanente, enquanto o internamento “representa uma situação temporária na vida do paciente” (2009, p.42). A orientação torna-se portanto essencial, “tendo em vista a capacitação das famílias para cuidá-lo”, principalmente nas patologias que requerem um longo período de reabilitação, como é o caso dos utentes com AVC (ANDRADE [et al], 2009, p.42).

Uma adequada preparação para a alta pelo EER enquanto membro integrante da equipa multiprofissional, no contexto de internamento, deverá estar ancorada na compreensão das principais dificuldades que os utentes, os familiares e os cuidadores enfrentam no domicílio aquando o seu regresso a casa, por forma a promover a autonomia nas AVD da pessoa com AVC. O conhecimento desta realidade torna-se pertinente para um planeamento do regresso a casa orientado para as reais necessidades do utente e familiar. Como nos dizem Perlini e Faro no seu estudo, que descreve as

actividades do familiar cuidador da pessoa incapacitada com AVC no domicílio, o conhecimento destas actividades de cuidados, bem como “das dificuldades enfrentadas pelos cuidadores familiares de pacientes incapacitados por AVC” poderão contribuir para “as actividades educacionais da enfermagem e da equipa interdisciplinar” para que se efectue uma adequada preparação para a alta, ainda durante a hospitalização, a partir de dados que respondam às reais necessidades dos utentes com AVC e seus cuidadores (2005, p.155-156).

Iniciei o meu percurso com uma incursão em contexto comunitário numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), num período de 8 semanas, compreendido entre 3/10 e 25/11 de 2011 (ver **Apêndice IV**). A ECCI, que constitui uma das respostas da RNCCI, consiste numa

“equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social (...) a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer o internamento” (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho).

A ECCI da Unidade Saúde é composta por 50 vagas para ingresso dos utentes da área de residência, que reúnam os requisitos para admissão na mesma. A equipa de enfermagem que integra a ECCI consiste na mesma que integra a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) sendo transferidos alguns dos utentes integrados nesta última, quer para UCCI como para ECCI, caso reúnam critérios de admissão na Rede. A nível do contexto comunitário a referenciação é efectuada através do médico, enfermeiro e assistente social da Unidade de Saúde.

No que concerne ao acompanhamento ambulatorio, este tem sofrido alterações no decorrer destes últimos anos, em que as equipas de apoio domiciliário, tanto das UCC como das ECCI, são compostas por equipas multidisciplinares, das quais o EER já faz parte integrante, dando continuidade no domicílio ao processo de reabilitação da pessoa após a alta, onde se inclui o utente com AVC. Para Branco e Santos “a reabilitação da pessoa com AVC (...) deve ser um processo permanente de ajuda e descoberta de soluções e de adaptações novas” mais do que um simples momento ou acção, onde permita “uma interacção positiva entre ela e o ambiente onde está inserida” (2010, p.122). Se assim não for todo o percurso de reabilitação iniciado em contexto hospitalar é interrompido levando a um retrocesso de todo o processo de recuperação da pessoa.

A minha incursão neste contexto de cuidados constituiu uma experiência de grande aprendizagem e aquisição de competências específicas, em que foram articulados os saberes teóricos com os práticos em contexto da prática clínica. A equipa da Unidade de saúde integra três EER, sendo uma mais-valia para o meu processo de aprendizagem, pois permitiu uma partilha e aquisição de experiências com diferentes profissionais especializados. Cada um dos enfermeiros de reabilitação integra um polo distinto, por forma a permitir o acesso aos cuidados de reabilitação ao maior número de utentes que necessitem destes cuidados especializados. O acolhimento, bem como o contínuo acompanhamento por parte de toda a equipa multidisciplinar, nomeadamente pela EER orientadora e restante equipa de enfermagem, constituiu um dos factores mais positivos do meu percurso na Unidade.

Paralelamente ao conhecimento acerca da reorganização dos Centros de Saúde no novo modelo de Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) e respectiva caracterização (conhecimento físico e organizacional da Unidade de saúde e caracterização das equipas multiprofissionais) foi imperiosa a compreensão da caracterização, constituição e funcionamento da RNCCI, como resposta intermédia entre os cuidados comunitários e os hospitalares, visto ter prestado cuidados de reabilitação a utentes integrados numa ECCI. A pesquisa bibliográfica que efectuei permitiu-me uma compreensão desta nova resposta de saúde, das unidades que a constituem e respectiva diferenciação. Aprofundei conhecimentos e conteúdos, com grande ajuda por parte de toda a equipa multiprofissional, sobre: critérios de referênciação à ECCI e às respectivas unidades da rede; a apresentação da plataforma informática e processo de referênciação à RNCCI, mais especificamente à Equipa de Coordenação Local (ECL); o processo de admissão dos utentes na ECCI com todos os registos e avaliações a efectuar na plataforma informática pelos diferentes profissionais de saúde integrados na rede; os diferentes registos a realizar pela equipa de enfermagem na plataforma informática, bem como a sua periodicidade; o processo de referênciação/transferência de utentes da ECCI para uma UCCI também fez parte do leque de informação que me foi dado. Toda a mobilização e aprofundar destes conhecimentos consistiu num dos factores facilitadores da minha integração e permanência nesta unidade de cuidados em contexto comunitário e na aquisição de competências específicas.

No meu segundo dia de ensino clínico, identifiquei a necessidade de um documento de avaliação, planeamento e registo das intervenções de reabilitação, pois toda a

neuroavaliação inicial realizada, bem como o planeamento e registo das minhas intervenções tiveram de ser registadas em folha de notas de evolução de enfermagem, tornando todo o registo extremamente extenso e com difícil percepção da continuidade de cuidados para os restantes profissionais da equipa⁶. Como refere Silva “é crucial que os profissionais de saúde valorizem a informação produzida durante o exercício profissional” recorrendo a um registo real e a uma linguagem comum, “o que implica a utilização de um sistema de documentação de cuidados apropriado” (2010, p.21). Nesta sequência propus à enfermeira orientadora a criação de um Instrumento de Registo de Enfermagem de Reabilitação⁷, onde fosse compilada toda a neuroavaliação de enfermagem, motora e respiratória com as respectivas escalas utilizadas, e o planeamento e registo das respectivas intervenções de enfermagem de reabilitação (ver **Apêndice V**). A proposta foi apresentada à orientadora do ensino clínico, assim como à enfermeira responsável pela área da reabilitação e restantes enfermeiros especialistas, que acolheram com agrado o documento. Este foi criado tendo por base as necessidades de registo da apreciação realizada pela equipa de reabilitação e após a sua apresentação em reunião de equipa, foi introduzido a 2/11/2011 a todos os utentes, ficando em fase de validação nos 3 polos da unidade de saúde. À data do término do meu ensino clínico nesta unidade o padrão de documentação elaborado passou a integrar o Processo Individual do utente, ficando adaptado às necessidades de registo de reabilitação da referida unidade. Como afirma Silva, a informação dos registos “deve ser de tal forma objectiva, que não suscite dúvidas ou outras interpretações a quem os consulta” bem como clara e exacta, pois “possui um vasto leque de leitores potenciais”. Ainda para esta autora “é através dos registos, que o enfermeiro assegura a sua autonomia” (2010, p.22).

Concomitantemente à detecção da inexistência de um padrão de registo das intervenções de reabilitação, foi detectada a não uniformização dos instrumentos de avaliação da dependência, da funcionalidade e de avaliação de risco integrados no padrão de documentação do respectivo ACES. Constatei também a inexistência do quadro de interpretação de resultados em alguns destes instrumentos, tornando assim difícil a avaliação inicial bem como a monitorização, tanto do grau de dependência do utente como de risco, quando aplicadas em diferentes momentos. Para Sequeira a

⁶ Segundo informação fornecida pela enfermeira orientadora existiu um documento de registo da intervenção do EER na unidade, que pela sua extensão não se adequava às necessidades destes profissionais, caindo em desuso.

⁷ Em articulação com a colega de curso que realizou o seu Ensino Clínico neste contexto de cuidados aquando o término da minha incursão, visando a continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação prestados à pessoa com AVC.

“avaliação precoce e a monitorização das limitações/défices nos idosos possibilita a prescrição de intervenções, adaptadas às necessidades reais” constituindo-se como fundamental a aplicação de instrumentos de medida para um diagnóstico preciso (2010, p.42). Refere ainda que a avaliação funcional consiste numa das áreas de maior relevância na prestação de cuidados ao idoso dependente, pois “tem uma capacidade preditiva significativa, em termos de risco de institucionalização, deterioração física, necessidade de recursos de saúde e até mortalidade”, daí a pertinência conferida a um diagnóstico rigoroso, recorrendo a “instrumentos de medida devidamente estudados e validados para a população portuguesa” (2010, p.43).

Neste sentido foi realizada uma proposta de reorganização de três documentos já existentes à enfermeira orientadora e restante equipa de enfermagem, a qual foi recebida com agrado (Índice de Katz-Escala de AVD; Escala de Lowton e Brody- Escala de AIVD; Escala de Braden- Avaliação do risco de Ulceras de pressão) e introdução de dois documentos de avaliação novos (Escala de Morse⁸- Avaliação do risco de quedas e Índice de Barthel- Avaliação dos auto cuidados), os quais após discussão com a orientadora eram adequados à realidade da população e às necessidades sentidas pelos profissionais, pelo que era pertinente constarem do processo do utente (ver **Apêndice VI**). O índice de Barthel, bem como o índice de Katz, segundo Sequeira são “dois instrumentos mais utilizados na prática clínica para o diagnóstico de comprometimento nas actividades de vida diária”, sendo estas definidas por este autor “como um conjunto de actividades primárias da pessoa, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade” as quais permitem à pessoa “viver sem necessitar de ajuda” (2010, p.46). O Índice de Barthel permite uma “avaliação da capacidade funcional do idoso e determina o grau de dependência de forma global e de forma parcelar em cada actividade” (2010, p.48).

Após a apresentação dos instrumentos de avaliação reformulados e adaptados, em reunião de equipa da ECCI a 25/10/2011, eles são introduzidos em todos os utentes da UCC e ECCI dos diferentes polos a 2/11/2011, aquando da introdução do padrão de registo de reabilitação realizado. A sua utilização na prestação de cuidados de enfermagem de Reabilitação aos utentes que me foram atribuídos, em três momentos distintos, permitiu dar visibilidade da evolução do grau de autonomia na realização das AVD após as intervenções especializadas de enfermagem de reabilitação, particularmente no referente à mobilização, higiene e conforto e vestir e despir. Constituem-se assim

⁸Em substituição da Escala de Downton (avaliação risco de quedas) que integrava o processo individual do utente, visando a uniformização de registos, sendo que na Plataforma informática da RNCCI é utilizada a Escala de Morse.

como instrumentos sensíveis aos cuidados de enfermagem, permitindo a visibilidade dos mesmos, nomeadamente de enfermagem de reabilitação.

Visando dar resposta ao trabalho de projecto a que inicialmente me propus, os utentes que acompanhei neste percurso foram utentes que sofreram um AVC, sendo que a um destes iniciei o meu acompanhamento aquando o seu regresso a casa, após internamento em contexto hospitalar e sobre o qual realizei um Estudo de Caso, que integra o respectivo Plano de Cuidados, bem como o documento de registo e escalas elaboradas (ver **Apêndice VII**). A todos os outros utentes a minha intervenção assentou numa avaliação e planeamento dos cuidados de reabilitação, pelo que realizei os respectivos planos de cuidados. Como nos refere Silva “ a prestação de cuidados qualificados exige planeamento e coordenação”, em que a realização de planos de cuidados escritos e aplicados de forma adequada “promovem a continuidade de cuidado (...) constituindo um meio de avaliação”. A sensibilização dos enfermeiros acerca da elaboração de registos com qualidade torna-se imperativo, visando “a afirmação da enfermagem como ciência” (2010, p.22).

A minha intervenção incidiu primordialmente em utentes com AVC, os quais apresentavam incapacidade para satisfazer autonomamente as suas AVD, mas também junto da sua família/cuidador, maximizando a sua funcionalidade desenvolvendo as suas capacidades, visando a aquisição de maior autonomia e independência possível e melhoria da sua qualidade de vida. Martins refere-nos que o profissional de saúde não consiste na única fonte de saber, não é o único perito ou especialista “mas apenas um facilitador a quem compete criar as condições, as oportunidades e os meios para as famílias poderem utilizar as suas capacidades e adquirir novas competências”, apenas assim poderá ser consolidada a sua dinâmica familiar e poderão adquirir autonomia (2002, p.152). Efectivamente a enfermagem de reabilitação na comunidade consiste num processo fundamentalmente educativo, cujo objectivo primordial passa pela obtenção do maior grau de independência possível, pela prevenção de complicações e adaptação da pessoa e família à nova realidade. A minha intervenção de reabilitação envolveu continuamente o utente e sua família/cuidador, utilizando estratégias promotoras do envolvimento destes no cuidar do utente (sessões formativas, sessões informativas, demonstrações, realização conjunta, validação dos conhecimentos) de forma a provê-los dos instrumentos necessários para cuidarem do seu familiar em casa e adaptarem-se à nova realidade.

Tão pertinente como envolver o utente e cuidador nos cuidados é a utilização de uma comunicação eficaz em todos estes momentos, visando uma integração adequada de conhecimentos e técnicas, o que não poderia de forma alguma ter deixado à margem da minha intervenção. Como nos referem Nigolian e Miller (2011) uma maior satisfação por parte do utente e cuidador nos cuidados e uma maior adesão aos mesmos, encontra-se relacionada com uma comunicação eficaz. Esta, na perspectiva dos autores, requer a utilização de alguns princípios, tais como: o recurso a uma linguagem simples e adequada ao grau de literacia da pessoa e familiar; a criação de um ambiente envolvente; a apresentação da informação repartida, por forma a verificar a sua compreensão, o que os autores denominam de “repartir e verificar”; focar alguns aspectos/conceitos considerados como mais pertinentes e verificar a sua compreensão recorrendo ao *ensinar de volta*. Ainda para Nigolian e Miller o *ensinar de volta* consiste numa técnica fundamentalmente educativa em que o profissional “pede ao utente ou cuidador que demonstre ou repita” o que este considera como mais relevante daquela sessão (2011, p.55). Consiste numa estratégia utilizada para averiguar a eficácia da educação e poderá ajudar a vencer diversas barreiras de entendimento (baixo nível de literacia funcional ou em saúde, a deficiência cognitiva do utente e/ou cuidador e a dificuldade de compreensão do idioma). O recurso a questões que não os intimidem também foi tido em consideração. Dizem-nos ainda que os cuidadores referem sentir mais confiança e menor nível de *stress* quando recebem informação adequada, sentindo-se mais preparados para o cuidar em casa, (NIGOLIAN e MILLER, 2011).

Para Martins “o programa de reabilitação no domicílio obedece aos mesmos princípios que o do internamento hospitalar” em que de uma forma personalizada e de acordo com os recursos existentes no domicílio todos os exercícios são passíveis de ser realizados (2002, p.107). A avaliação da capacidade de realização do autocuidado no domicílio é imperiosa, pois o indivíduo confronta-se com uma limitação não existente anteriormente. A autora reforça ainda que “todos os esforços para manter o individuo no domicilio são válidos”, desde que se mantenha o respeito pela vida humana (2002, p.108).

É pertinente, para além do envolvimento do utente com AVC e família no processo de cuidados e a instrução dos mesmos, que o início do processo de reabilitação se dê o mais precocemente possível, o qual visa “ênfatar as capacidades de auto-cuidado, em vez de considerar as incapacidades e limitações”, tendo em vista alcançar um padrão de vida normal (BRANCO e SANTOS, 2010, p.122). Os utentes que acompanhei apenas

iniciaram o seu processo de reabilitação aquando o regresso a casa, o que comprometeu a promoção da sua autonomia, visto apresentarem grandes limitações de mobilidade conduzindo a dificuldades que comprometiam a realização das suas AVD. O seu grau de dependência era efectivamente elevado e os utentes e familiares verbalizaram sentimentos de insegurança, receio e medo no que reporta essencialmente à mobilização e realização das AVD, bem como na evolução do seu grau de dependência e vida futura. A preparação do regresso a casa em contexto de internamento foi muito escassa, pelo que desde cedo dei início à minha intervenção incluindo-os como parceiros de cuidados e capacitando-os para lidar com esta situação de doença. Após o primeiro contacto com os utentes e famílias, iniciei uma avaliação de enfermagem de reabilitação, sobre a qual estruturei o planeamento das intervenções, visando o seu início imediato. Consciencializei os intervenientes da importância da reabilitação, a qual deve ser encarada “como um modo de vida durante as 24 horas diárias” pois a recuperação não é um processo imediato e “alguma recuperação funcional pode ocorrer até mesmo anos após a instalação da lesão” (MENOITA [et al], 2012, p.69). Segundo Menoita [et al] a “reabilitação pode favorecer a reaprendizagem motora” a qual “utiliza a memória que está à mercê do treino” sendo necessário “repetir inúmeras vezes a mesma acção para ela se fixar, de modo a se formar o engrama motor” (2012, p.69).

A prestação de cuidados teve por base a individualidade e centralidade do utente nos cuidados. Segundo Martins (2002) o apoio à família do utente com AVC deve estar suportado numa definição de prioridades da própria família e comunidade onde se insere, numa abordagem individualizada. No entanto deparei-me com as dificuldades que são transversais à grande parte dos utentes que sofreram um AVC, descritas na literatura, decorrentes das consequências do mesmo. A pessoa com AVC pode apresentar diversas manifestações clínicas, sendo a hemiplegia a mais comum. Esta conduz a dificuldades relacionadas com a diminuição da autonomia na realização das AVD, nomeadamente na mobilização, higiene e conforto, vestir e despir, tornando-se imperativo que a família participe activamente nos cuidados. Segundo Branco e Santos (2010) a intervenção do EER na informação e incorporação da família na prestação de cuidados “deve basear-se em três objectivos principais: informar, formar e apoiar a família”, pois esta é um recurso disponível a ser usado “para e pela Pessoa na gestão dos seus requisitos de cuidado desde que, devidamente ensinada, instruída e treinada” (2010, p.120-121).

Tendo em vista a **promoção da autonomia nas AVD mobilização, higiene e conforto e vestir e despir, da pessoa com AVC**, no seu contexto domiciliário passarei a descrever as intervenções desenvolvidas. Para a definição destas actividades suportei-me na perspectiva de Roper, Logan e Tierney⁹.

Mobilização:

A AVD mobilidade inclui tanto “o movimento produzido por grupos de grandes músculos” permitindo que a pessoa assuma a posição ortostática, se sente, ande e corra, como por grupos de pequenos músculos os quais permitem movimentos como “os envolvidos na destreza manual ou em expressões faciais, gestos manuais e maneirismos” (ROPER, LOGAN e TIERNEY, 1995, p.28). A actividade de vida diária mobilidade “está intimamente relacionada com a maior parte das outras actividades de vida” (1995, p.304). Ainda para estes autores a actividade física consiste numa actividade humana básica que assume uma importância durante todo o ciclo de vida, é uma parte intrínseca da vida, em que a individualidade nesta actividade de vida é influenciada pelos factores físicos; psicológicos; socioculturais; ambientais e político- económicos. Perante uma alteração na mobilidade, é de extrema pertinência uma avaliação inicial onde é efectuada uma recolha de informação acerca do padrão normal de mobilidade da pessoa, tendo em vista a realização de um plano de intervenção individualizado. O papel do enfermeiro consiste em fazer uma apreciação do grau de dependência e julgar como deverá o indivíduo ser assistido, de modo a evoluir no seu continuum dependência-independência (ROPER, LOGAN e TIERNEY, 1995).

Collière refere-nos que as bases de um projecto de cuidados apenas poderão ser reais “se analisadas e reagrupadas de forma significativa” em detrimento de serem depreendidas apenas das informações conhecidas pelo prestador de cuidados. Para esta autora “não se trata de recolher informações sistematicamente, mas de compreender as que se recebem e estabelecer entre elas laços de significação” a partir de grandes domínios com repercussão nos cuidados e os quais servem de base ao projecto de cuidados (1999, p.361). Collière (1999) recorre a instrumentos de análise de situação que ajudam na elaboração de um projecto de cuidados, evidenciando o primeiro instrumento

⁹ Para a designação das AVD utilizo a terminologia da Reabilitação e não de Roper, Logan e Tierney.

os três domínios¹⁰ de recolha, análise e compreensão da informação obtida e o segundo instrumento possibilita, tendo por base as informações obtidas através do primeiro, esclarecer o que a pessoa ainda pode realizar com ajuda ou aquilo que já não consegue realizar, sendo este um indicador da sua autonomia versus dependência. O plano de cuidados vai ser delineado a partir da ajuda a proporcionar ao que a pessoa pode fazer com ajuda ou aquilo que já não consegue realizar. Concomitantemente é tida em conta o que as pessoas que a rodeiam conseguem realizar sozinhas, com ajuda, ou que já não conseguem realizar (COLLIÈRE, 1999). Esta perspectiva de Collière constituiu-se uma linha de orientação na qual ancorei a minha prestação de cuidados especializados.

No referente às alterações da mobilidade na pessoa com AVC, para MENOITA [et al] estas “estão relacionadas com as modificações da força e do tónus muscular, do mecanismo do controlo postural e da sensibilidade” (2012, p.74). Tais alterações podem conduzir “à perda dos padrões de movimento do hemicorpo afectado, bem como a padrões inadequados do lado não afectado”, podendo evoluir para o desenvolvimento de um quadro de espasticidade incapacitante (2012, p.76). Como tal os autores descrevem como objectivos da reabilitação motora no utente com hemiplegia, baseado nos modelos de Bobath e Jonhstone: “evitar ou diminuir a instalação insidiosa da espasticidade, estimular a sensibilidade, treinar o equilíbrio, reeducar o mecanismo reflexo-postural e estimular movimentos voluntários do lado afectado” (2012, p.76). Visando atingir estes objectivos o EER “pode recorrer a diversas técnicas/estratégias, de acordo com a situação da pessoa”, sendo estas: “facilitação cruzada; indução de restrições; posicionamento em padrão anti-espástico; estimulação sensorial; programa de mobilizações, actividades terapêuticas” (2012, p.77).

Apresentando todos os utentes com AVC, a quem prestei cuidados especializados, hemiplegia, foi iniciado de imediato um programa individualizado de reabilitação motora, visando a promoção da autonomia na AVD mobilização.

Instrui o utente e a família para os princípios, objectivos e finalidade dos posicionamentos, mobilizações, auto-mobilizações, actividades terapêuticas, levante, treino de marcha, treinando conjuntamente com estes e incentivando-os à realização destas práticas. Procurei desde o início da minha intervenção planear os meus cuidados,

¹⁰“o que o pessoal que presta cuidados sabe da pessoa a quem os presta, dando atenção às consequências relativas à doença, às limitações que implica e às suas sequelas”, “o que o pessoal que presta cuidados conhece, com precisão acerca da doença (...) mas igualmente o que conhece das limitações funcionais causadas pela doença” e “o que o pessoal que presta cuidados conhece com precisão acerca do meio ambiente da comunidade”(COLLIÈRE,1999, p.361).

de forma a evitar o aparecimento do padrão espástico, na medida em que um posicionamento precoce correcto com uma alternância frequente se encontra na base do sucesso da reabilitação da pessoa com alteração da mobilidade. Para Martins (2002) o posicionamento adequado consiste no primeiro passo na recuperação da pessoa e deverá ser utilizado ao longo de todo o processo de reabilitação. A introdução de um programa de mobilizações deve ter o seu início também o mais cedo possível, adaptado à pessoa com AVC e individualizado, no que reporta à sua frequência, intensidade, repetição dos exercícios, pelo que procurei iniciá-lo aos meus utentes o mais precocemente possível, com total benefício destes. Como refere Menoita [et al] “um programa de reabilitação visa manter a integridade das estruturas articulares, manter a amplitude dos movimentos, conservar a flexibilidade, evitar aderências e contracturas, melhorar a circulação de retorno” e igualmente “manter a imagem psico-social e psico-motora da pessoa” (2012, p.85).

As pessoas que sofreram AVC e apresentam alteração da mobilização padecem muitas vezes de uma grande diversidade de dificuldades associadas a esta actividade, a qual envolve muitas das outras AVD, tais como a higiene e conforto e vestir e despir.

Higiene e conforto, vestir e despir:

Segundo Roper, Logan e Tierney a terminologia higiene pessoal em detrimento de “lavagem” consiste numa escolha consciente, pois inclui “lavagem das mãos, lavagem do corpo e banho, actividades de higiene perineal e cuidado com o cabelo, unhas, dentes e boca” que são igualmente realizadas (1995, p.28). Para estes autores “a actividade de vida higiene pessoal e vestuário é executada durante todas as etapas da vida, mas, em vários estádios, existem algumas preferências e preocupações diferentes” (1995, p.253), sendo que muitos são os factores que são responsáveis pela forma como esta actividade varia entre as pessoas. A higiene e o vestuário são hábitos integrantes para o estilo de vida da pessoa sendo importantes manifestações da sua auto-estima, auto-imagem, sendo o objectivo das actividades de enfermagem ajudá-la a realizar estas actividades com um mínimo de mal-estar e sofrimento, quando estas se encontram alteradas. Roper, Logan e Tierney (1995) salientam que a realização do banho terá de ser adaptada à situação de doença da pessoa, da mesma forma que o vestuário, tanto nas pessoas idosas como nas com deficiência, por forma a atingirem o máximo de independência. Nas

minhas intervenções a individualização, como já referi, foi uma preocupação constante, tal como a adequação dos produtos de apoio¹¹.

Concomitantemente ao programa de reabilitação motora todo o treino de AVD foi realizado de acordo com as necessidades das pessoas e envolvendo os familiares cuidadores o mais precocemente possível. Como nos diz Menoita [et al] “o treino das AVD é de primordial importância na promoção do auto-cuidado, tendo presente o estímulo à pessoa para que se torne o mais independente possível, ajudando-a somente naquilo que não consegue fazer sozinha” tendo em vista a obtenção de maior autonomia, bem como auto-estima, “tendo presente que é importante estimular o lado afectado” (2012, p.118).

Relativamente à AVD **higiene e conforto** o grande objectivo é que a sua realização se dê o mais breve possível na casa de banho, pelo que procurei esclarecer os utentes e familiares para as adaptações passíveis de realizar de acordo com a limitação da pessoa e recursos familiares. Para a promoção da autonomia nas AVD higiene e conforto e vestir e despir a ida do EER ao domicílio foi sempre planeada, tendo como condição a presença do cuidador bem como a adequação de tempos. Assim, integrei nos ensinamentos realizados à pessoa e cuidador alguns princípios fundamentais, tais como: o abordar a pessoa sempre que possível pelo lado hemiplégico, por forma a facilitar a reintegração deste no esquema corporal; o nomear todas as partes do seu corpo tocadas e o respectivo lado, corrigindo perturbações da lateralidade; proporcionar ao utente lavar o seu lado afectado, bem como usar este lado, o que permite estimular a sensibilidade superficial, aumentar a força muscular e aumentar a capacidade de se cuidar; proporcionar a possibilidade de se visualizar ao espelho, o que além de reintegrar a imagem corporal também aumenta a capacidade de se cuidar; certificar que o utente visualiza correctamente os objectos que vai manusear, estimulando-o a coloca-los sempre no mesmo local; alertar para que tenham especial atenção à higiene oral, das unhas, da barba, do cabelo e da pele; alertá-los para a pertinência de usar água temperada, evitando queimaduras, pois o hemicorpo lesado poderá ter presente alterações da sensibilidade térmica, (Branco e Santos, 2010, Hoeman, 2000; Leal, 2001; Menoita [et al], 2012). A técnica de entrada e saída da banheira na pessoa hemiplégica, com correcta utilização da cadeira de rodas (CR), também integrou o ensino e treino realizados com vista à promoção da autonomia desta na sua higiene. A realização desta AVD no leito permite toda a realização de actividades

¹¹ Os produtos de apoio são “meios indispensáveis ao bem-estar, autonomia, integração e qualidade de vida das pessoas, de modo a permitir uma actividade mais independente, com maior comodidade, com menor esforço e dor, como menor dispêndio de energia” (MENOITA [et al], 2012, p.117).

terapêuticas adequadas (rolar lado são, rolar lado afectado, ponte) as quais foram integradas neste momento e ensinadas e realizadas conjuntamente com os familiares cuidadores, sempre que o utente por alterações da mobilidade e/ou equilíbrio ainda não realizava a sua higiene na casa de banho. Estas actividades permitem aumentar a força muscular; estimular a sensibilidade superficial e profunda; pela carga inibir a instalação da espasticidade e facilitar a integração do lado lesado no esquema corporal, (Branco e Santos, 2010; Hoeman, 2000; Leal, 2001; Menoita [et al], 2012).

No que reporta à AVD **vestir e despir** “a experiência demonstra que o treino desta AVD necessita de um período de tempo mais longo” (LEAL, 2001, p.148). O utente confronta-se por vezes com um esforço enorme podendo conduzir a irritação, frustração e consequente desmotivação. O enfermeiro e/ou cuidador deverão ser flexíveis na realização das técnicas e elogiar sempre os progressos. Também nos momentos de ensino e treino na realização desta AVD e como condição para a autonomia a pessoa foi envolvida na tomada de decisão sobre a escolha da roupa; o estimular e motivar a pessoa a vestir-se (deitada ou sentada) e a arranjar-se mesmo que permanecesse em casa. Dado que as características do vestuário e calçado deverão ser adaptadas às dificuldades sentidas, visando a promoção da autonomia, foram abordadas as adaptações possíveis e necessárias de realizar.

No cuidar do utente com AVC a promoção da autonomia nas outras AVD não pode ser descurada, visualizando-o sempre como um todo, pelo que alguns aspectos foram imprescindíveis de ser incluídos no processo educativo à pessoa e familiares, os quais na sua maioria não foram abordados em contexto de internamento. São estes:

- as **capacidades cognitivas, emoções e comportamentos** frequentemente afectadas após um AVC, traduzem-se em dificuldades de memória, de aprendizagem, de concentração, resolução de muitos dos problemas mais comuns (BRANCO e SANTOS, 2010). O choro como manifestação de tristeza ou por instabilidade emocional resultante da lesão é relativamente frequente, tal como o riso ou medo excessivo. Como tal a família foi instruída para a compreensão das possíveis alterações emocionais e da necessidade de, através do reforço positivo, de uma abordagem calma, de períodos de repouso, abolição de ruídos excessivos, estimular um comportamento adequado. Para Martins a “distratibilidade, irritabilidade, impulsividade, sonolência, anosagnosia e problemas sexuais” consistem em problemas associados ao AVC que podem comprometer gravemente o estado emocional do utente (2006, p.26). Refere ainda que habitualmente o

contacto com a família mantem-se mas o contacto social fica diminuído. A reorganização do ambiente pode contribuir favoravelmente para a aquisição de referências temporais, tais como a colocação da cama junto da janela; a colocação de um relógio ou calendário em local visível; recorrência à televisão ou rádio; visando uma maior estimulação;

- as modalidades sensoriais como sejam “o tacto, audição e visão estão reduzidas no lado hemiplégico, sendo necessário aumentar a carga sensitiva para equilibrar a privação” (BRANCO e SANTOS, 2010, p.123) pelo que a família foi instruída, como já referi, para a pertinência de **abordar a pessoa pelo lado hemiplégico**, tocando e estimulando, visando a integração deste no esquema corporal. A disposição do quarto deverá ser de forma a que a pessoa receba constante estimulação pelo lado hemiplégico, podendo também recorrer-se ao uso de um espelho de corpo inteiro com vista a integrar a imagem corporal. Numa das situações de cuidados que acompanhei este aspecto constituiu-se como essencial no processo de reabilitação do utente em que foi sugerida a adequação do espaço do quarto atendendo tanto às necessidades do utente como às da esposa, também ela idosa. Conseguiu-se desta forma respeitar a vontade da esposa, bem como adequar o espaço às necessidades do utente, onde toda a estimulação e abordagem foram realizadas pelo lado lesado, favorecendo a estimulação dos sentidos, da força muscular, integração deste lado no esquema corporal;

- quanto aos **défices perceptivos e de comunicação verbal** a família deverá ser informada que apesar da pessoa não conseguir expressar poderá compreender tudo o que se passa. Abordar a pessoa pelo lado hemiplégico, falar mais lentamente, dar uma informação de cada vez, usar frases simples e curtas, dar tempo para a pessoa se possa exprimir, renomear com frequência objectos e recorrer à linguagem não-verbal forma estratégias usadas na comunicação com os utentes e ensinadas à família;

- também a **disfagia** consiste numa das alterações frequentes após um AVC. Tal como White [et al] abordam no seu estudo, “a maioria da investigação sobre disfagia e a aspiração diz respeito a doentes com acidente vascular cerebral, nos quais a disfagia é provavelmente temporária” no entanto tanto a disfagia como a aspiração consistem problemas para os idosos (2008, p.59). Ainda para estes autores “a reabilitação da deglutição envolve a educação do doente e dos prestadores de cuidados no que respeita aos métodos de deglutição segura” tais como o deglutir com cuidado e lentamente, a postura ortostática, assim como as manobras de melhoria da deglutição (2008, p.57). O alimentar-se ingerindo pequenas quantidades de alimentos, ingerir líquidos mais

espessos, proporcionar um ambiente calmo e o incentivar a alimentar-se sozinha, foram medidas incluídas na orientação à família;

- as **alterações da eliminação vesical e intestinal**, também são frequentes na pessoa com AVC, podendo esta apresentar uma bexiga neurogénica desinibida e obstipação. A preparação da família para estas alterações, tendo em conta os hábitos da pessoa, assume grande importância na promoção da autonomia nesta AVD.

O acompanhamento, no âmbito da reabilitação, a estes utentes e cuidadores familiares no contexto comunitário permitiu-me sem dúvida detectar quais as principais dificuldades que estes apresentam aquando o seu regresso a casa, prendendo-se a maioria com as AVD descritas na problemática e permitindo-me tomar consciência da pertinência de uma intervenção atempada de enfermagem de reabilitação ainda em contexto hospitalar, visando a promoção da autonomia do utente com AVC e a preparação dos familiares. No já referido estudo de Perlini e Faro, de uma amostra de 35 cuidadores familiares, das actividades elencadas como mais realizadas no domicílio, necessitando de maior envolvimento por destes, destacaram-se: “vestir o paciente ou auxilia-lo a trocar de roupa foi uma actividade mencionada por 33 (97,1%) dos cuidadores”, associada a alteração da função motora e/ou sensorial, manifestada por hemiplegia, hemiparesia ou parestesia; “auxiliar na deambulação é referido por 23 (67,6%) dos cuidadores” como uma das actividades frequentes no seu dia-a-dia, bem como a realização pelos cuidadores de exercícios físicos activos e passivos ou a estimulação para que o utente os realize, foi mencionada por 20 (58,8%) cuidadores; outra actividade realizada é a prestação de cuidados de higiene e conforto, em que estes referem que os utentes “apresentam dificuldades principalmente para lavar os cabelos, algumas partes do corpo e realizar a higiene oral” (2005, p.159-160). Alguns cuidadores referem ainda a grande dificuldade da realização da higiene no chuveiro “o que torna o banho uma actividade mais difícil de ser executada sem ajuda” principalmente em utentes muito dependentes ou pouco colaborantes (2005, p.160).

A família é realmente considerada como alvo de cuidados, paralelamente ao utente, pela equipa multiprofissional desta unidade de saúde, sendo todos os objectivos, intervenções e estratégias direccionadas para o utente inserido no seio da família. Esta realidade, em contexto hospitalar, pela experiência que detenho, é ainda muito descurada pela equipa de saúde, onde se inclui o EER. Neste contexto de cuidados a intervenção do enfermeiro de reabilitação encontra-se ainda muito direccionada para a promoção da

autonomia do utente, esquecendo-se muitas vezes que este vai regressar ao seu contexto familiar e que é sem dúvida este o seu pilar fundamental.

Constatei que a envolvência da família/cuidador nos cuidados aos utentes com AVC que acompanhei se deu apenas aquando a nossa intervenção em contexto comunitário, bem como a articulação de cuidados de reabilitação com o contexto de cuidados de onde eram provenientes era altamente deficitária, restringindo-se apenas ao envio de uma carta de alta clínica e exames complementares de diagnóstico (ECD) realizados, descurando qualquer continuidade de cuidados no âmbito da reabilitação. As famílias destes utentes demonstraram sentimentos de angústia e ansiedade em todo o processo de transição do contexto hospitalar para a sua realidade, verbalizando preocupação no que concerne ao acompanhamento do utente no futuro, pelo que, tal como Shyu [et al] (2008) concluem a implementação de um programa de planeamento para a alta beneficia grandemente tanto a pessoa idosa com AVC como os seus familiares cuidadores, na transição entre o contexto hospitalar e um mês após a alta. No referente à relevância para a prática clínica, este programa de planeamento de alta orientado para o cuidador com ênfase para uma “educação individualizada para a saúde e visita domiciliária depois da alta, pode aumentar a preparação do cuidador e a satisfação das suas necessidades na transição para a alta” (2008, p.2507).

Efectivamente um planeamento atempado da alta tem como finalidade proporcionar a continuidade dos cuidados, sendo esta como referem Jesus, Silva e Andrade, fundamental para os cuidados domiciliários e definida como “a transição real e eficaz do utente, da instituição de saúde onde está internado para casa” (2005,p.27). Para estes autores a preparação do utente/família para a alta, bem como a coordenação dos recursos adequados são imprescindíveis para a continuidade de cuidados, por forma a facilitar a adaptação da pessoa e família à sua nova condição. Ainda segundo Almeida (1999) a articulação dos cuidados de enfermagem entre os cuidados de saúde diferenciados e cuidados de saúde primários não pode passar apenas pela realização de uma carta de alta, que embora pertinente não é suficiente. Diz-nos que a garantia da continuidade de cuidados após alta hospitalar passa por uma visita prévia ao domicílio do utente, pois o apoio domiciliário pode ser muito diversificado, podendo passar por um acompanhamento técnico ou apenas por um apoio diferenciado. A existência deste tipo de intervenção nalgumas instituições hospitalares já consiste numa realidade, no entanto muitos são os factores condicionantes desta actuação, pelo que não se constitui ainda

numa prática comum. Também Martins refere que o acompanhamento do utente com AVC em fase de sequelas “deveria ter início com uma visita domiciliária, mesmo antes da alta hospitalar” (2002, p.106), o que favorecia a chegada do utente a casa, onde já poderia reunir algumas condições que facilitassem a sua reabilitação. Muitas das barreiras arquitectónicas (tapetes, degraus, móveis) poderiam ser ultrapassadas com uma prévia visita domiciliária. A reorganização do quarto e alguns produtos de apoio são alguns dos exemplos de adaptações a aconselhar ainda em internamento, que só com prévia visita domiciliária é que são possíveis de concretizar.

Fiquei muito mais desperta para esta realidade, a qual procurei ter sempre em conta ao longo do meu percurso no ensino clínico, bem como na minha realidade de cuidados. Tal como preconizado pela OE (2010) o EER deverá saber identificar barreiras arquitectónicas orientando para a eliminação das mesmas no contexto de vida das pessoas e emitir opiniões de carácter técnico-científico, participando, acerca de estruturas e equipamentos sociais da comunidade.

Foi também uma realidade muito presente, com maior ênfase num dos utentes e familiar/cuidador que cuidei enquanto enfermeira de reabilitação, a **sobrecarga ou cansaço do cuidador**. Segundo Sequeira o termo sobrecarga diz respeito “ao conjunto das consequências que ocorrem na sequência de um contacto próximo com um doente” (2010, p.286). Esta situação decorre, com grande frequência, de toda a entrega e envolvimento destes na situação de cuidados do seu familiar. No seu estudo Inocenti Rodrigues e Miasso perspectivam que a prestação de cuidados contínua e diária conduz à criação de uma relação “muito próxima entre cuidador e paciente e quando se trata de um familiar, o vínculo torna-se maior”, estando o cuidador sujeito a “um misto de sentimentos diante da situação” decorrente da relação de compaixão e solidariedade estabelecida (2009, p.863). Andrade [et al] (2009) relatam como sentimentos mais frequentemente manifestados pelos cuidadores de utentes com AVC a tristeza, a preocupação, a depressão, a dor, a fé e esperança e a perda. O desempenho do papel de familiar cuidador interfere na sua vida pessoal, familiar, laboral e social tornando-os propensos a conflitos, entrando frequentemente em situação de crise (SARMENTO, PINTO, e MONTEIRO, 2010). Decorrente desta situação muitos são os sentimentos manifestados.

Ainda para Sequeira (2010) as repercussões associadas ao cuidar de um familiar dependente, poderão ser resultantes da prática de cuidados, denominadas de *objectivas* as quais se repercutem em alterações da sua vida familiar e social, bem como na sua

saúde física e mental, ou *subjectivas* as quais consistem na consciência do cuidador sobre as consequências dos cuidados prestados. Esta sobrecarga interfere na saúde mental dos cuidadores. Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008) referem no seu estudo, que o facto dos familiares cuidadores estarem submetidos à sobrecarga de cuidarem de utentes dependentes, com elevado grau de incapacidade, se repercute directamente na sua qualidade de vida. Muraki [et al] (2008) são mais específicos ao referirem que a sobrecarga do familiar cuidador atinge maior dimensão no cuidar de pessoas que sofreram AVC, bem como no cuidar de pessoas com Demência. Segundo estes a redução da sobrecarga do cuidador assenta na prevenção do AVC e da Demência, bem como num adequado apoio aos cuidadores. Oupra [et al] (2010) também corroboram esta ideia ao referirem que prestar cuidados a um utente com AVC, onde se inclui reabilitação e prevenção de complicações, conduz a uma sobrecarga tanto física como psicológica sobre os cuidadores, em que disponibilizar educação e apoio à família cuidadora da pessoa com AVC poderá diminuir o cansaço e aumentar a sua qualidade de vida.

Ao me deparar com a exaustão do cuidador, nesta situação de cuidados específica, procedi conjuntamente com a enfermeira orientadora, após discussão em reunião de equipa multiprofissional e reunião com o utente e família, à referenciação do mesmo a uma UCCI de média duração e reabilitação (transferência da ECCI para UCCI), por reunir critérios de ingresso na mesma. No tempo de espera de admissão numa unidade foi necessário, visto a família ter resposta financeira para tal, proceder à partilha de cuidados ao utente com AVC com um cuidador informal contratado para o efeito, visto o cuidador familiar se encontrar numa situação de grande sobrecarga emocional, física e familiar.

Neste percurso em contexto comunitário tive a oportunidade de prestar cuidados especializados a um vasto leque de utentes com as mais diversas patologias no âmbito da reabilitação, para além da pessoa com AVC, levando-me a uma constante necessidade de aprofundar conteúdos por forma a sustentar a minha intervenção numa base sólida de conhecimentos. Esta realidade foi sem dúvida de extrema pertinência para a minha aprendizagem neste percurso de aquisição de competências, permitindo-me cuidar de pessoas com necessidades especiais, de todas as idades e capacitando-me para uma intervenção no domínio da enfermagem de reabilitação em diferentes contextos de cuidados. Destaco a prestação de cuidados de reabilitação a utentes com fracturas do colo do fémur; síndrome de imobilidade; esclerose lateral amiotrófica; esclerose múltipla e utentes com AVC, com todo um conjunto de patologias associadas pelo que são

prestados cuidados de enfermagem ao utente como um todo, inserido numa família e comunidade, procurando ter sempre presente o capacitar “a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (OE, 2010, p.3). Tive, como tal, oportunidade de realizar diversas técnicas no âmbito das competências da Enfermagem de reabilitação, na área da Reeducação Funcional Respiratória (RFR) e Reeducação Funcional Motora (RFM). Destaco as actividades terapêuticas; transferências cama/cadeira de rodas/cadeirão e o inverso; levantes; treino de marcha com e sem auxiliares de marcha; “push-up” na CR; treino de AVD; treino de motricidade fina; treino de escadas; sessões de educação aos utentes e familiares/cuidadores e validação das mesmas. Articulei os conteúdos teóricos adquiridos com a prática, tendo gradativamente aperfeiçoando as diferentes técnicas, muitas das quais nunca antes realizadas.

Constatai que o EER em contexto comunitário é sem dúvida um elemento imprescindível no seio da equipa de saúde, o qual se encontra cada vez mais atento, promovendo a autonomia da pessoa com AVC, por forma a que à medida que o grau de autonomia aumenta o papel desta no seu processo de reabilitação passe de passivo para activo. É notória e muito reconfortante a aquisição de independência e autonomia do utente e familiar/cuidador após a intervenção do enfermeiro de reabilitação. O seu objectivo primordial, tendo-se também constituído para mim um grande objectivo, consiste em melhorar a qualidade de vida da pessoa, maximizando o seu potencial funcional e independência e ajudando-a bem como à respectiva família a adaptar-se à nova situação com a máxima satisfação.

No entanto o cuidar de uma pessoa com AVC em contexto domiciliário obriga a uma entrada na casa do outro, na sua privacidade, no seio da sua vida, em que todo o respeito pelo outro, pela sua dignidade, pela sua integridade é imperativo. Tornou-se impreterível uma apresentação e solicitação de autorização à pessoa doente e sua família para “participar” activamente nas suas vidas, bem como provê-los de toda a informação inerente aos cuidados a prestar com vista ao seu consentimento. O enfermeiro assume o dever de “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem (...) respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (OE, 2009, artigo 84^o). A capacidade decisória é um direito que assiste o utente e respectiva família e compete ao enfermeiro o respeito pela sua autonomia, enquanto direito de

escolha, como nos dizem Wadensten e Ahlström “autonomia significa que as pessoas têm o direito de tomar decisões baseadas nos seus próprios valores” (2009, p.453).

O cuidar de uma pessoa com AVC não passa apenas pela prestação de cuidados ao corpo doente, mas sim o cuidado à pessoa em toda a sua dimensão e complexidade. Como nos diz Renaud o cuidado de enfermagem “não é exclusivamente objectivo, não se limita a fornecer prestações de cuidado ao corpo. Ele é o cuidado de toda a pessoa” ou seja é o que significa o conceito de cuidado holístico (2010, p.3). Para a autora a dimensão ética, por outro lado, consiste em encontrar sempre um além do corpo “que se apresenta como uma interioridade, povoada de desejos, de lembranças, de expectativas quanto ao futuro, um corpo com os seus medos e a sua reacção a qualquer sinal” (2010, p.3). Fala-nos no encontro intersubjectivo como o verdadeiro encontro, o qual implica uma compreensão do outro que transpõe o conhecimento da sua presença física, constituindo uma forma de encontro verdadeiramente ética. Permite cada pessoa sair de si para ir ao encontro do outro, implicando “um dinamismo, um movimento de saída imanente, uma disponibilidade que exige uma espécie de treino ético” (2010, p.4), não existindo no entanto um padrão de encontro ético intersubjectivo. Ainda para Renaud (2010) a pessoa doente espera do cuidado de enfermagem um acompanhamento técnico mas também ético, mesmo que não se encontre ciente disso. Como tal, no prestar cuidados ao utente com AVC e família procurei estabelecer uma relação que interligasse a competência técnica com a vivência ética do encontro. Por outro lado não pude descurar que compete também ao enfermeiro “salvaguardar os direitos da pessoa com deficiência e colaborar activamente na sua reinserção social” (OE, 2009, Artigo 81º), factor que tive sempre em consideração no cuidar da pessoa com AVC. Suportei a minha intervenção nas considerações éticas descritas pela OE, visando a promoção da autonomia da pessoa com AVC no seu contexto de vida.

Assim, como futura EER intervi em contexto comunitário em utentes com uma diversidade de patologias, na vertente neurológica, respiratória e ortopédica, respectiva família/ cuidador, na equipa de saúde e na comunidade, por forma a facilitar o processo de transição da pessoa, tendo em conta a individualidade dos cuidados, garantindo a continuidade e qualidade dos mesmos, promovendo assim o processo de reabilitação.



3.2- O processo de reabilitação do utente com AVC em contexto hospitalar: da fase aguda à fase de sequelas

Visando dar resposta à problemática definida, bem como atingir os objectivos estabelecidos, tornou-se impreterível a percepção do utente com AVC em todo o seu percurso de doença, da fase aguda à fase de sequelas, em contexto de internamento paralelamente ao contexto comunitário, por forma a compreender o processo de reabilitação, prestar cuidados especializados neste âmbito e adquirir as competências específicas definidas para este profissional de enfermagem especializado. Foi, como tal, delineado um percurso em dois contextos de cuidados hospitalares, onde a preparação do regresso a casa se constitui como uma realidade a compreender, tendo em vista a promoção da autonomia do utente com AVC nas suas AVD. Tendo em conta o referido um dos objectivos complementares traçados consistiu em **“conhecer o papel do EER na intervenção em fase aguda ao utente que sofreu AVC”**. Para assegurar o cumprimento do mesmo realizei um estágio de observação (três dias) numa Unidade Cérebro Vascular (UCV)¹², tendo elaborado um Guião de Observação (ver **Apêndice VIII**) para focalizar a minha observação num percurso tão exíguo.

Do que pude observar, verifiquei que o EER detém um papel decisivo na adequação do momento da alta, conjuntamente com a equipa médica. Diariamente em reunião multiprofissional, realizada junto ao utente, é discutido todo o plano de intervenção, nomeadamente no que reporta à reeducação das alterações motoras, em especial a disfagia e das alterações respiratórias. É neste momento discutida a alta do utente, a qual dependerá da avaliação feita pelo EER.

Ao contrário do que se verifica em muitos contextos de cuidados, na UCV o enfermeiro de reabilitação tem um papel activo, preponderante e conjunto na decisão da alta. Como refere Petronilho (2007) uma inadequada preparação do regresso a casa também pode estar relacionada com o facto da tomada de decisão da alta em contexto hospitalar ser da equipa médica, sem a imprescindível partilha com os outros profissionais implicados no processo de cuidados. Para este autor algumas situações de cuidados são “agravadas pelo facto de vivermos num contexto em que se preconiza, cada vez mais, internamentos hospitalares curtos” o que influencia significativamente “as decisões sobre

¹² Unidade Tipo A, com abordagem a 3 níveis: trombólise endovenosa (com recorrência a terapêutica endovenosa); trombólise endovascular (excisão do coágulo através de abordagem mecânica) e cuidados sistematizados; à pessoa com AVC em fase aguda. Este diagnóstico corresponde a cerca de 75% dos internamentos, sendo que no primeiro trimestre de 2011 já constam 177 utentes internados com AVC em fase aguda, com 70 submetidos a trombólise endovenosa (equivalente nº trombóliques realizadas 2010).

o processo de preparação do regresso a casa” (2007, p.17), assente numa “política de cuidados de saúde fundamentalmente orientada para a doença e seu tratamento” (2007, p.43). Esta não se constitui no entanto como uma realidade desta Unidade.

Denota-se um papel de destaque e muita relevância do EER no seio da equipa, encontrando-se sempre presente um elemento no turno da manhã e outro no turno da tarde, em que toda a informação referente à intervenção de reabilitação é transmitida à equipa de enfermagem. Esta tem formação básica em conceitos de reabilitação ministrada pelos EER da unidade, por forma a assegurar a continuidade de alguns cuidados de reabilitação aquando a ausência dos enfermeiros especialistas. Os conteúdos ministrados incidem essencialmente nos posicionamentos; transferências; levantes e treino de deglutição. Para Menoita [et al] o sucesso da reabilitação “não depende de um conjunto de actos ou técnicas pontuais, mas da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho desenvolvido por toda a equipa, para que se traduza na resolução dos problemas e na melhoria da qualidade de vida” (2012, p.39).

A preparação para a alta desde o início do internamento, mobilizando os recursos necessários para a mesma, é uma prática assumida pelos EER. A envolvência da família, a preparação que detêm para cuidar do seu familiar em situação de dependência, as dificuldades sentidas e o local de retorno do utente aquando a alta, são temas de discussão em reunião de equipa de forma que todos os profissionais detenham um conhecimento da situação familiar e social do utente. Por forma a diminuir o nível de ansiedade tanto do utente como do familiar, a família pode visitar o utente, mesmo que a sua admissão se dê num período não coincidente com o horário das visitas. Nesta primeira visita são dadas informações pertinentes, esclarecidas dúvidas e caso seja oportuno são recolhidos dados que permitam um melhor conhecimento do utente e família. Para Collière “é a relação com o doente que se torna o eixo dos cuidados, no sentido em que é, simultaneamente, o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem” contendo também um valor terapêutico (1999, p.152). Inicia-se assim o processo de preparação para a alta, identificando-se quem é o cuidador e qual o destino do utente aquando o seu regresso a casa¹³. Petronilho diz-nos que quanto mais a família se confronta com a necessidade de cuidar de um dos seus membros idosos e progressivamente mais dependentes, ou de um dos seus membros que sofreram uma doença súbita e prolongada, mais reforçada é “a função de protecção e suporte

¹³A UCV estatisticamente é a Unidade Nacional com maior índice de independência aos 3 meses, com uma percentagem de alta para o domicílio de cerca de 50% dos utentes.

emocional” desta (2007, p.25). Para Collière (1999) a família constituiu-se como um recurso essencial na continuidade de cuidados após a alta, pois é ela que irá continuar a prestar cuidados de manutenção. Segundo Menoita [et al] para que a continuidade dos cuidados no domicílio seja uma realidade “é necessário estabelecer uma **parceria** com a família, estabelecendo-se um **contrato**, baseado numa relação de confiança (...) de modo a obter o seu empenho e participação nos cuidados” (2012, p.37).

Também na fase aguda do AVC se preconiza o início da intervenção do EER o mais precocemente possível após trombólise, por forma a um acompanhamento especializado neste processo de recuperação. Quando submetido a esta abordagem terapêutica o utente recupera muito rapidamente a sua funcionalidade e por vezes desvaloriza a importância da reabilitação. Foi igualmente evidente esta desvalorização nos utentes que apresentavam neglet ou anosognosia, os quais não compreendem a pertinência desta abordagem especializada.

A permanência na Unidade dá-se por um período muito curto¹⁴, o que conduz muitas vezes a uma percepção errada e insuficiente por parte do utente e família sobre a situação de cuidados, pois os défices regridem grandemente numa situação de pós trombólise, com pouco compromisso da sua independência e autonomia. Torna-se imperiosa uma intervenção precoce de enfermagem e do EER, integrando o utente e familiares nos cuidados, levando a uma compreensão o mais correcta possível sobre a doença, nomeadamente os factores de risco, o regime terapêutico e a pertinência do processo de reabilitação (durante o internamento e após a alta), com vista à promoção da autonomia e reintegração do utente no seio da família e comunidade.

Por forma a dar continuidade à percepção do utente com AVC em todo o seu percurso de doença, para o qual foi definido um trajecto a percorrer em contexto hospitalar, constituiu-se como essencial a compreensão do processo de Reabilitação ao utente com AVC em fase de sequelas, pelo que defini como objectivo complementar **“compreender o processo de reabilitação e prestar cuidados especializados à pessoa com AVC em fase de sequelas”**. O estágio foi realizado numa instituição vocacionada para a reabilitação na fase de sequelas. No serviço onde foi concretizado predominam as patologias do foro neurológico, destacando-se o AVC. A duração do internamento neste Centro de Reabilitação encontra-se pré definida de acordo com o

¹⁴ Segundo dados fornecidos pela chefia de Enfermagem da UCV a demora média de internamento em 2010 de utentes com AVC é de 5 dias, verificando-se um decréscimo para 3,99 dias de internamento até Junho de 2011.

diagnóstico principal de entrada e o subsistema de saúde, sendo aproximadamente a demora média de 60 dias afecta à patologia AVC.

O processo de reabilitação na fase de sequelas inicia-se aquando a admissão do utente na instituição. Neste momento é realizada uma “reunião de objectivos” na qual a equipa multiprofissional faz uma avaliação da dependência e funcionalidade recorrendo à utilização da Medida de Independência Funcional (MIF) e são definidos os objectivos individuais para cada utente. Após esta primeira abordagem a reunião passa a ser efectuada de 4 em 4 semanas e a ser denominada de “reunião de reavaliação”, onde se mantêm todos os intervenientes e reajustam e reformulam os objectivos inicialmente propostos. Aproximadamente ao fim de 60 dias (para os utentes com AVC) é realizada uma reavaliação final e a chamada MIF de saída. Segundo Hoeman “uma equipa de profissionais com diferentes experiências, personalidades e especializações torna-se coesa através de uma meta e propósitos comuns; o resultado é uma equipa harmoniosamente funcional” (2000, p.88). Na perspectiva de Hesbeen “para que uma equipa obtenha bons resultados, deve ser construída e orientada em torno de projectos de cuidados - ou do projecto de cuidar de uma pessoa - dirigidos aos doentes e seus próximos” (2010, p.71), devendo estar motivada para investir de forma a atingir os objectivos profissionais partilhados.

A equipa multiprofissional é constituída pela equipa de enfermagem, da qual se destacam como maioria os EER e os enfermeiros com formação interna em reabilitação, pelos assistentes operacionais, uma assistente social, uma psicóloga, uma fisiatra, a equipa médica, os terapeutas ocupacionais, os terapeutas da fala, fisioterapeutas e dietista. Os utentes têm ainda assistência se necessário, de outras especialidades clínicas. Como nos refere Menoita [et al] para que a pessoa com incapacidade tenha uma reintegração bem-sucedida na comunidade a que pertence, torna-se necessária uma congregação de esforços considerando diversas variáveis, tais como “a localização geográfica, o suporte familiar, o acesso a todos os recursos da comunidade, os recursos financeiros e as barreiras psicossociais” pelo que tendo em conta este cenário “a equipa interprofissional constitui um recurso primordial à pessoa com incapacidade” (2012, p.39). Ainda para estes autores “a reabilitação só faz sentido quando desenvolvida em **complementaridade funcional** com outros profissionais, em **interdisciplinaridade**” (2012, p.39). Constatei que o EER tem um papel de relevo no seio desta equipa, sendo sempre este o representante de enfermagem do serviço nas reuniões de objectivos e

reavaliação. É este que actualiza a MIF dos seus utentes e a discute com os restantes profissionais.

Confrontei-me com utentes com AVC com uma faixa etária muito baixa, o que me causou alguma inquietação e preocupação. Constatei que algumas destas pessoas têm na base deste incidente uma patologia associada, mas noutras apenas existe relação com hábitos de vida menos saudáveis, o que constitui efectivamente uma preocupação. Como nos refere Martins (2002), o aumento da incidência do AVC pode estar relacionado com determinados estados fisiológicos patológicos e certos hábitos de vida. É de extrema importância o conhecimento desses factores por forma a possibilitar uma prevenção primária essencialmente orientada para a eliminação de alguns hábitos de vida. Como serviço de internamento com intervenção na fase de sequelas, a interveniência da equipa é dirigida para a informação e formação dos utentes e cuidadores familiares, visando a mudança de hábitos de vida, a adesão ao regime terapêutico e a consciencialização da magnitude da doença.

A preparação da alta e continuidade de cuidados começa a ser pensada desde o momento da admissão do utente no serviço e em articulação com os elementos da equipa multiprofissional. É desde logo feito o diagnóstico da situação e o acompanhamento do utente e familiar/cuidador com o intuito de providenciar, orientar e encaminhar as ajudas necessárias. É de extrema pertinência o conhecimento aprofundado do contexto familiar do utente por forma a identificar-se os produtos de apoio que melhor se adequem à realidade, os quais são testados e utilizados no treino realizado com os utentes, o mais precocemente possível. Os familiares são incluídos desde o início no processo de cuidados e são preparados para a alta conjuntamente com o utente. Segundo Ferro (2006) e Hesbeen (2010) o processo de reabilitação deve ser iniciado o mais cedo possível, logo que as lesões sejam identificadas. Quanto mais cedo o individuo for submetido a um programa de reabilitação maior a sua recuperação, constituindo uma mais-valia que o ingresso numa instituição desta natureza se dê o mais precocemente possível. Constatando esta realidade verifiquei que muitos destes utentes se encontravam, bem como os cuidadores familiares, conscientes de toda a nova realidade e das dificuldades mais sentidas aquando das suas idas a casa. Certifiquei, mais uma vez, que estas se prendiam com as alterações da mobilidade decorrentes da hemiplegia ou hemiparesia, as quais comprometiam a realização da AVD higiene e conforto e da AVD vestir e despir. Também Henrique e Jorge (1995) constataram estas mesmas dificuldades a par de

outras, tais como as actividades de vida respirar e integridade cutânea, como as dificuldades mais sentidas pela família no domicílio.

A minha intervenção na promoção da autonomia da pessoa com AVC focalizou-se na instituição em conjunto com o utente e família de um programa de ensino, instrução e treino. Aos utentes que acompanhei realizei a neuroavaliação de enfermagem e exame objectivo que sustentaram a elaboração de um plano de intervenção exequível, de acordo com os objectivos da pessoa e família, visando a promoção da autonomia e adaptação à sua nova condição com vista a uma reintegração social. A elaboração dos planos de cuidados, aliando os instrumentos de análise de situação na perspectiva de Collière, para agrupar as informações recolhidas e analisar as suas possibilidades de autonomia versus dependência, permitiram a elaboração de planos o mais adequados possível aos utentes/famílias. Esta linha de pensamento constituiu sem dúvida uma mais-valia no meu percurso de aprendizagem, pois permitiu-me reagrupar as informações de forma significativa e perceber o nível de ajuda que a pessoa necessitava, identificando o que conseguia realizar com ajuda e aquilo que já não conseguia realizar. Esta avaliação é, como já referi anteriormente (p.38-39), para Collière (1999) um indicador da sua autonomia versus dependência e é baseado neste que o plano de cuidados vai ser delineado. De acordo com a autora permitiu-me ainda ter a percepção do que as pessoas que a rodeiam conseguem fazer sozinhas, com ajuda, ou já não conseguem realizar. Os problemas de enfermagem levantados foram enquadrados nas AVD alteradas, para as quais foram delineadas as intervenções de enfermagem que achei serem pertinentes e adequadas ao contexto de cuidados do utente e família (ver **Apêndice IX**).

Os utentes internados nesta instituição são submetidos a um programa terapêutico intensivo e contínuo de reabilitação, do qual faz parte o treino motor, de AVD e uma intervenção formativa da pessoa e familiares/cuidadores tendo em vista a promoção da maior autonomia possível, fornecendo-lhes ferramentas para a continuidade do processo aquando o seu regresso a casa. Como já aludido não são apenas as sessões de reabilitação que conduzem ao seu sucesso, mas também tudo o que se passa com a pessoa durante o resto do dia, devendo a reabilitação ser encarada como um modo de vida. (MENOITA [et al], 2012). Na perspectiva destes autores é imperiosa a continuidade de um programa de reabilitação ao utente submetido a programas terapêuticos intensivos por forma a que toda a aprendizagem realizada não se perca, caso não seja utilizada a longo prazo.

Visando a promoção da autonomia na AVD **mobilização** do utente com AVC realizei diversas técnicas no âmbito das competências da Enfermagem de reabilitação, das quais destaco: mobilizações; actividades terapêuticas no leito e colchão de plano duro; posicionamentos, prevenindo a instalação do padrão espástico ou contrariando o mesmo quando já instalado; transferências com e sem dispositivos de apoio; levantes; treino de marcha com e sem auxiliares de marcha; treino de actividades em CR; treino de motricidade fina; treino de coordenação de movimentos; treino de entrada e saída do carro com e sem dispositivo de transferência; treino de posição de pé estática no *Standing Frame* ou mesa de apoio; colocação de ortóteses (tala de punho e mão); colocação de talas pneumáticas de membro superior e inferior. Procurei que todas estas intervenções mais instrumentais se integrassem nas sessões de educação programadas e realizadas aos utentes e familiares/cuidadores, onde articulei os conteúdos teóricos que adquiri com a prática, tendo gradativamente aperfeiçoando as diferentes técnicas, muitas das quais nunca antes executadas.

Na perspectiva de Branco e Santos (2010) as limitações físicas e cognitivas das pessoas que sofreram AVC estão na origem da dependência na realização das AVD, nomeadamente **vestir e despir e os cuidados de higiene e conforto**. Para os mesmos autores “a ênfase da reabilitação está voltada para a restauração da independência do doente (...) assim o campo de actuação da reabilitação é tornar a habilitar, é aproveitar a capacidade máxima de funções” permitindo a adaptação deste “à vida de relação com o meio” (2010, p.76). Como tal o treino de vestuário e calçado foi realizado em conjunto com o utente e família, tendo em consideração os princípios e técnicas adaptadas ao utente hemiplégico, assim como à capacidade de atenção de ambos. Esta tem de ser tida em consideração, pois as alterações do comportamento são frequentes na pessoa com AVC, podendo comprometer o seu processo de reabilitação. Segundo Branco e Santos na pessoa com hemiplegia é frequente a presença de labilidade emocional, em que esta tem a capacidade de “inibir a expressão das emoções espontâneas” alterando rapidamente e sem motivo aparente o seu comportamento espontâneo (2010, p.29). Para os mesmos autores uma diminuição global ou aumento selectivo da percepção conduz a deficiências da percepção e da atenção, podendo alterar a capacidade de descrição de objectos e sua fixação. A capacidade de atenção da família também poderá ser comprometida, pois esta depara-se com uma doença de instalação súbita, onde a sua reestruturação, redefinição de papéis ocorre num curto período de tempo, exigindo aos seus membros uma rápida

mobilização na gestão desta situação de crise, para a qual muitas vezes não está preparada (BRANCO e SANTOS, 2010).

Constatei que para a maioria dos utentes com AVC a instrução e treino da AVD higiene e conforto assume-se como pertinente para o seu processo de recuperação, visando a obtenção de maior autonomia, bem como o aumento da sua auto-estima. Esta é desde o início do internamento realizada na casa de banho, sendo apenas realizada no leito em situações ou casos excepcionais. Tal como diz Menoita [et al] “logo que possível, a pessoa deve deslocar-se à casa de banho para realizar os seus cuidados de higiene” (2012, p.118). O treino da higiene no chuveiro; entrada e saída da banheira; desfazer a barba; pentear; higiene oral; higiene e corte das unhas; maquilhagem; higiene das mãos; higiene parcial dos genitais em cadeira sanitária; higiene parcial no lavatório; com e sem produtos de apoio, foram muitas das actividades realizadas para promoção da autonomia do utente com AVC, na AVD higiene e conforto.

Tive ainda a oportunidade de conhecer e utilizar diversos dispositivos de compensação e produtos de apoio disponíveis no serviço e no departamento de AVD. Todos os dispositivos de apoio são adaptados à realidade de cada utente e prescritos pelo EER sempre que se preveja a continuidade da sua utilização aquando a alta. Como nos refere Menoita [et al] “o Enfermeiro de Reabilitação adequa as suas intervenções de modo a atenuar o problema detectado, recorrendo muitas vezes às Ajudas Técnicas ou Produtos de Apoio” (2012, p.117). No entanto ainda para estes autores “é importante disponibilizar informação escrita e ensinar o uso dos produtos de apoio, permitindo à pessoa aprender e treinar, de modo a conseguir uma utilização correcta e atingir a funcionalidade na plenitude” (2012, p.118). Efectivamente encontrando-se grande parte dos utentes com AVC na fase de sequelas, a intervenção do EER incide sobre esta capacidade adaptativa. Para Menoita [et al] (2012), como já referi anteriormente, a reabilitação pode beneficiar a reaprendizagem motora. Toda a intervenção de reabilitação visa maximizar a capacidade funcional da pessoa tão rapidamente quanto possível, potenciando a sua funcionalidade e autonomia e consequentemente a sua capacidade de participar em todas as vertentes da existência humana.

Procurei também não limitar ou restringir a minha aprendizagem e actuação à promoção de autonomia do utente com AVC na realização das AVD definidas no projecto inicial, mas à promoção da autonomia visualizando o utente como um todo. Das AVD não salientadas na temática do projecto destaco a minha intervenção no treino de deglutição

em utentes com disfagia a líquidos ou a sólidos, intervindo nas várias fases da deglutição visando o restabelecimento da mesma. Segundo White [et al] “a disfagia pode ocorrer nas fases orofaríngea ou esofágica da deglutição” em que cerca de 75% destes casos têm como causa associada uma patologia do foro neurológico, tal como o AVC, uma demência ou uma doença de Parkinson (2008, p.52). A minha intervenção na disfagia incidiu nos utentes com o diagnóstico de AVC, sendo esta mais evidente (sem ECD) na fase oral e faríngea, sendo visível a recuperação gradual da capacidade de deglutição. O carácter temporário da disfagia vem de encontro ao que White [et al] (2008) verificaram em 90% dos casos dos doentes com AVC, contrariamente ao que acontece nos utentes com o diagnóstico de demência ou síndromes parkinsonianas. Na AVD eliminação tive a oportunidade de realizar treinos vesicais e intestinais visando promover uma eliminação vesical e intestinal eficaz e em segurança. Também nestes utentes após intervenção dos EER foi evidente a evolução favorável nesta AVD.

Confronto-me frequentemente no meu contexto de cuidados com pessoas que sofreram AVC com alteração nestas AVD, pelo que a minha intervenção especializada nestas permitiu-me a mobilização e aquisição de saberes e competências, com vista à promoção da autonomia. Tive igualmente oportunidade de prestar cuidados de reabilitação a utentes com outras patologias do foro neurológico, tais como Traumatismos Crânio Encefálicos e Guillent-Barré, o que constituiu sem dúvida uma mais-valia para a minha aprendizagem, permitindo-me aprofundar conhecimentos noutras áreas.

A responsabilidade de uma intervenção de reabilitação no cuidar de utentes com limitações cognitivas e funcionais decorrentes de um AVC e respectiva família é sem dúvida acrescida, pois estes quando ingressam num Centro de Reabilitação encontram-se repletos de esperança na sua recuperação. Para Lohne e Severinsson (2006) a esperança constitui-se como necessária para o progresso e desenvolvimento pessoal, fornecendo energia e poder para o processo de luta. Segundo estes autores “as intervenções de enfermagem devem ser dirigidas principalmente para as estratégias emocionais e motivacionais para promover a força de vontade e crescimento pessoal” (2006, p.315). Este constituiu sem dúvida um factor de grande relevância na minha prestação de cuidados especializados ao utente com AVC neste contexto de cuidados, tendo recorrido ao reforço positivo, à criação de sentimentos de segurança, de confiança necessários à actualização das suas próprias capacidades e autonomia, visando o progresso e desenvolvimento pessoal. O processo de reabilitação é um caminhar

conjunto, lado a lado, onde são congregados esforços para atingir um objectivo comum. Como diz Hesbeen “quando houve lugar ao encontro e quando este deu lugar à criação de laços de confiança, passará a ser possível à pessoa que recebe cuidados e à que os presta, caminharem juntas” (2010, p.75). O enfermeiro de reabilitação acompanha a pessoa no seu caminho.

Também na reabilitação na fase de sequelas toda a individualização de cuidados é imperiosa, assentando o sucesso da reabilitação no conhecimento real do utente e família e no seu envolvimento em todo o processo de cuidados. Como refere Collière “a competência da enfermagem baseia-se na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém, procurando quais os meios mais adaptados para o conseguir” (1999, p.290), bem como descobrir com o outro o que lhe faz sentido, as suas expectativas, os seus desejos, preocupações e dificuldades, tornando-se essencial conhecer a pessoa, inserida no seio da família e da sociedade.



4-O PROCESSO DE REABILITAÇÃO NO UTENTE COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA: UMA COMPLEMENTARIEDADE NA COMPREENSÃO DO UTENTE COM AVC E NA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO EER

O AVC na sua fase aguda obriga ao internamento hospitalar, sendo que “a prevenção e o tratamento precoce de complicações agudas (...) são uma prioridade” (MARTINS, 2006, p.27). Hoeman (2000) refere a primeira semana como o período mais propenso à ocorrência de novo AVC ou desenvolvimento de complicações, tornando-se imperativa a monitorização apertada do estado neurológico, cardíaco e pulmonar. Estas complicações poderão ocorrer a vários níveis, onde se inclui a patologia respiratória, associadas muitas vezes à alteração da mobilidade decorrente do AVC. Como tal para Martins (2006) um programa de reabilitação com o seu início 48 a 72 horas após a instalação da doença é imprescindível tendo em vista a prevenção de complicações respiratórias, com realização de RFR, aspiração de secreções quando necessário, mobilização essencialmente do membro com plégia, treino de equilíbrio e da alimentação. Para Ferro “algumas medidas simples podem prevenir as complicações mais frequentes no doente com AVC agudo”, tais como o testar a capacidade de deglutição como forma de prevenir as pneumonias de aspiração (2006, p.85). Também preconiza a mobilização precoce do utente prevenindo assim a embolia pulmonar. Menoita [et al] associa a disfagia a algumas complicações, tais como “o aumento de secreções orais que conduzem à obstrução das vias respiratórias e à pneumonia de aspiração” (2012, p.150).

Visando a compreensão da patologia respiratória como comorbilidade decorrente do AVC e o alargar do leque de competências específicas a outras áreas de intervenção, conduzindo assim à obtenção do grau de especialista, a prestação de cuidados de reabilitação à pessoa com patologia respiratória constituiu-se como essencial, tendo realizado uma incursão de 3 semanas neste contexto de cuidados. Concomitantemente à minha intervenção na pessoa com AVC prestei cuidados especializados a um vasto leque de utentes com as mais diversas patologias, das quais se destacam as Neoplasias do pulmão; Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; Asma; Derrame Pleural; Pneumotórax; Fibrose Pulmonar; Pneumonias; Deficiência de Alfa 1 Anti tripsina; o que me permitiu aprofundar, consolidar e adquirir novos conhecimentos. Tive como tal oportunidade de identificar os principais problemas, planejar estratégias de intervenção de reabilitação à pessoa com patologia respiratória e familiar/cuidador e implementar os respectivos planos de intervenção individualizados. Elaborei uma reflexão de todo o percurso de reabilitação neste contexto de cuidados a qual se encontra em apêndice (ver **Apêndice III**).

5-UM PERCURSO NA REABILITAÇÃO: REFLEXÃO FINAL

O aumento crescente da esperança de vida, a diminuição da mortalidade e natalidade e o conseqüente aumento do envelhecimento, traduz-se num aumento do número de pessoas com AVC, as quais vêm a sua autonomia subitamente reduzida na realização das suas AVD, conduzindo a alterações significativas na sua dinâmica familiar. Os AVC, como primeira causa de morte em Portugal, são também a principal causa de incapacidade nas pessoas idosas, em que as sequelas decorrentes podem conduzir a grande incapacidade psicomotora, tornando-se cada vez mais premente uma intervenção especializada por parte do EER. Este tem como objectivo primordial melhorar a qualidade de vida da pessoa, maximizando o seu potencial funcional e independência e ajudando-a bem como à respectiva família a adaptar-se à nova situação com a máxima satisfação. Deve chamar a si o perfeito conhecimento do seu papel e das suas acções, só com base nesse princípio poderá desenvolver intervenções preventivas que assegurem que a pessoa mantenha as suas capacidades funcionais, evite maior incapacidade, previna complicações, assegure o direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade (HOEMAN, 2000).

A definição desta problemática constituiu uma excelente oportunidade para abordar uma temática actual e preocupante, bem como para articular aprendizagens apreendidas ao longo de todo este percurso formativo com o contexto da prática de cuidados, onde foram atingidos os objectivos a que me propus, visando o desenvolvimento de competências preconizadas para o EER pela OE (2010) conduzindo à obtenção do grau de especialista. No acto de aprender está implícito um comprometimento e uma envolvimento neste processo dinâmico e um desejo de crescimento e envolvimento permanente. A capacidade de autoconhecimento, a operacionalização de experiências anteriores e a racionalização das emoções confere ao enfermeiro uma mais-valia tanto no campo académico como na experiência clínica, facilitando o processo de transição para a especialização na área da reabilitação.

“a finalidade da reabilitação inscreve-se na complexidade do ser humano e no que há de aleatório na vida de todas as pessoas. Esta finalidade só pode ser atingida através de um projecto de cuidados realista e de conjunto. Pressupõe que mudemos frequentemente o nosso modo de olhar as coisas a fim de melhorá-lo e ajustá-lo às situações” (HESBEEN 2010, p.135).

A formação em enfermagem tem desde sempre uma forte ligação ao contexto de trabalho, pelo carácter prático desta profissão, com o foco de intervenção no domínio da

saúde, o qual se encontra sujeito a frequentes transformações quer dos saberes quer ao nível das técnicas.

Visando dar resposta à problemática, a realização de incursões em diversos contextos de cuidados constituiu-se uma realidade imprescindível para a compreensão do processo de reabilitação e prestação de cuidados especializados à pessoa com AVC durante todo o seu percurso de doença, desde o incidente à sua reintegração no contexto comunitário e social. A passagem pelo contexto domiciliário permitiu uma compreensão, na perspectiva do utente e familiar cuidador, da preparação que detêm, das principais dificuldades e receios enfrentadas no domicílio, aquando do seu regresso a casa. Constatei que estas se prendem essencialmente com o compromisso das AVD mobilização, higiene e conforto e vestir e despir devido à hemiplegia ou hemiparesia. Como nos referem Henriques e Jorge (1995) no seu estudo acerca da identificação das dificuldades sentidas pela família três meses após alta hospitalar, a maioria menciona dificuldades na satisfação das necessidades mobilidade, higiene, integridade cutânea e vestir e despir. Esta compreensão permitiu-me planear, executar e avaliar cuidados de enfermagem e intervenções especializadas ao utente com AVC, tanto no seu contexto de vida como no contexto de internamento, direccionando a minha intervenção para a promoção da autonomia das AVD, integrando um planeamento da alta precoce e individualizado em conjunto com a pessoa e familiar cuidador, a centralidade do utente nas decisões, a sensibilidade enquanto enfermeira na adequação dos cuidados ao contexto domiciliário e o respeito pelo tempo do utente e família no processo educativo, visando um regresso a casa harmonioso.

Considerando que os cuidados de enfermagem devem ser suportados numa prática baseada na evidência, o desenvolvimento desta temática permitiu estabelecer um protocolo de actuação com o utente e família no internamento, contexto onde exerço funções, o qual se constituiu como necessário por todas implicações que o AVC acarreta, permitindo assim a melhoria da qualidade e continuidade dos cuidados. Permitiu-me como tal, iniciar uma intervenção especializada à pessoa com AVC o mais precocemente possível, tendo passado a envolvê-la nos cuidados de enfermagem de reabilitação, bem como à família e cuidador, promovendo a sua máxima autonomia. Como refere MENOITA [et al]

“os esforços da Reabilitação devem começar no contacto inicial com a pessoa com AVC, em meio hospitalar, tendo especial atenção na preparação do regresso a casa e dando um continuum aos cuidados no domicílio” (2012, p.195).

Constatai, ao longo de todo o ensino clínico que a articulação entre os distintos contextos de cuidados, ainda deficitária no que se refere aos cuidados de enfermagem de reabilitação, é um factor inibidor da continuidade dos mesmos à pessoa com AVC, comprometendo o seu processo de reabilitação e consequentemente a promoção da sua autonomia. A continuidade de cuidados

“só é exequível se o Enfermeiro desenvolver um trabalho em equipa concentrado, integrado e pró-activo (...) para se atingir o mesmo objectivo: a maximização da autonomia, com ganhos de funcionalidade e de bem-estar da pessoa com AVC” (MENOITA [et al], 2012, p.196).

Consiste sem dúvida numa realidade e numa preocupação que passará a integrar a minha prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, pelo que já dei início à elaboração de um instrumento de registo da intervenção de enfermagem de reabilitação adaptado ao meu contexto de cuidados, tendo em vista a visibilidade desta intervenção especializada no seio da equipa multiprofissional, bem como a continuidade da mesma.

A promoção da autonomia nas AVD mobilização, higiene e conforto e vestir e despir é uma temática que carece de maior investigação, sendo considerado o AVC como uma patologia da sociedade actual, com expressão a nível mundial, geradora de incapacidade funcional que impõe às pessoas limitações a vários níveis, com repercussões na sua qualidade de vida e estrutura familiar.

Na perspectiva de Benner “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria” (2001, p.61). Como tal, o enfermeiro enquanto resultado de vivências e experiências do seu percurso na vida e na profissão, deverá integrar a prática, a reflexão, a formação e a investigação no seu dia-a-dia na Enfermagem, repercutindo-se positivamente na sua integração como pessoa individual e colectiva.



BIBLIOGRAFIA

- Almeida, A. C., [et al] (2005). Transição do Doente Dependente para a Família. *Sinais Vitais*, 62: 26-31. ISSN 0872-8844.
- Almeida, I. (1999). A continuidade dos cuidados de enfermagem e a sua articulação entre os cuidados de saúde diferenciados e os cuidados de saúde primários. *Geriatrics*, 12, 112: 15-18.
- Alto Comissariado da Saúde (2010). *Indicadores e Metas do PNS*. Obtido em 12, Março, 2012, em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns/doencas-cardiovasculares/mortalidade-por-acidente-vascular-cerebral-antes-dos-65-anos/>; e <http://www.acs.min-saude.pt/pns/um-envelhecimento-activo/esperanca-de-vida-dos-65-aos-69-anos/>.
- Amendola, F., Oliveira, M. A. e Alvarenga, M. R. (2008). Qualidade de Vida dos Cuidadores de Pacientes Dependentes no Programa de Saúde da Família. *Texto Contexto Enfermagem*. 17(2). Obtido em 10, Março, 2012, em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/07.pdf>
- Andrade, L., [et al] (2009). A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. *Revista Escola Enfermagem USP*. 43(1). Obtido em 10, Março, 2012, em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/05.pdf>
- Aprile, I., [et al] (2008). Effects of rehabilitation on quality of life in patients with chronic stroke. *Brain Injury*. 22, nº6. Obtido em 18, Maio, 2011, em: <https://vpn.esel.pt/http/0/ehis.ebscohost.com/ehost/detail?sid=6f8857d0-c365-4383-9666-2e022a203661%40sessionmgr112&vid=1&hid=102&bdata=JnNpdGU9ZWZvc3QtbGl2ZQ%3d%3d>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.
- Branco, T., Santos, R. (2010). *REABILITAÇÃO DA PESSOA COM AVC*. Coimbra: FORMASAU. ISBN 978-989-8269-09-6.
- Cardoso, R., Eusébio, A.P. (2011). Actividades da VIDA DIÁRIA – Abordagens e práxis como contributo para a melhoria da qualidade de vida na pessoa com deficiência. *Cidade Solidária – Revista da SCML*, 25: 30-35.
- Carvalhido, T., Pontes, M. (2009). Reabilitação Domiciliária em pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Obtido em 20, Maio 2011, em: https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1278/3/140-150_FCS_06_-23.pdf. ISSN 1646-0480.6
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 5ª Edição, Lisboa: Lidel – Edições Técnicas e SEP. ISBN 272 96-0009-4.

- Collière, M.F. (2003). *Cuidar ... A primeira arte da vida*. 2ª Edição, Lisboa: Lusociência. ISBN 972 – 8383 – 53 – 3.
- Correia, C., Teixeira, R. e Marques, S. (2005). A FAMÍLIA DO DOENTE DEPENDENTE. *Servir*, 53, 3: 126-131. ISSN 0871-2370.
- Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de Junho. *Diário da República nº 109/2006 - I Série*. Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 de Agosto. *Diário da República nº 152/2006 - I Série*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Lisboa.
- ESEL (2011). *GUIA ORIENTADOR PARA A ELABORAÇÃO DE TRABALHOS ESCRITOS, BIBLIOGRAFIAS E CITAÇÕES*. Centro de Documentação da ESEL. Lisboa
- Ferro, (2006). Acidentes Vasculares Cerebrais. IN: Ferro, J. e Pimentel, J., *NEUROLOGIA: Princípios, Diagnósticos e Tratamento*. Lisboa: LIDEL. ISBN: 978-972-757-368-4.
- Gomes, R. S., [et al.] (2007). *Documento Orientador sobre Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC)*. Obtido em 20, Março, 2011, em: <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/blogs.dir/1/files/2008/01/documento-orientador-das-vias-verdes-de-eam-e-de-avc-dezembro-2007-25-01-2007.pdf>
- Hartman- Marir, A., [et al] (2007). Evaluation of a long-term community based rehabilitation program for adult stroke survivors. *NeuroRehabilitation*. 22. Obtido em 20, Março, 2011, em: <https://vpn.esel.pt/http/0/ehis.ebscohost.com/ehost/detail?sid=ac65294a-dfea-431b-b468-782156ce74c5%40sessionmgr111&vid=1&hid=102&bdata=JnNpdGU9ZWZvc3QtbGl2ZQ%3d%3d>. ISSN 1053-8135/07
- Henriques, A. I., Jorge, M.M. (1995). Dificuldades Sentidas pela família após alta hospitalar. *Enfermagem Agora*, 13: 22-29.
- Hesbeen, W. (2010). *A Reabilitação - Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8383-43-5.
- Hoeman, S. (2000). *ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO-processo e aplicação*. Loures: Lusociência. ISBN 972- 8383-13-4.
- Inocenti, A., Rodrigues, I. e Miasso, A. (2009). Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. *Revista Electrónica de Enfermagem*. 11, 4. Obtido em 15, Março, 2012, em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a11.pdf>

- Jesus, C., Silva, C. e Andrade, F. (2005) - Alta Clínica e Continuidade de Cuidados no Domicílio. *Sinais Vitais*, 59: 25-28. ISSN 0872-0844.
- Leal, F. (2001). Intervenções de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral. In: Padilha J., [et al], *ENFERMAGEM EM NEUROLOGIA*. Coimbra: FORMASAU. ISBN 972- 8485-18-2.
- Lohne, V. e Severinsson, E. (2006). The power of hope: patients' experiences of hope a year after acute spinal cord injury. *Journal of Clinical Nursing*, 15: 315-323
- Lopes, M. J. (2006). *A RELAÇÃO ENFERMEIRO-DOENTE COMO INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA - Proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: FORMASAU.
- Martins, M. (2002). *UMA CRISE ACIDENTAL NA FAMÍLIA: O Doente com AVC*. Edição Sinais Vitais. Coimbra: FORMASAU. ISBN: 972-8485-30-1.
- Martins, T. (2006). *ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL- Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: FORMASAU. ISBN: 972-8485-65-4.
- Menoita, E., [et al] (2012). *REABILITAR A PESSOA IDOSA COM AVC: Contributos Para um Envelhecer Resiliente*. Loures: LUSOCIÊNCIA. ISBN: 978-972-8930-78-3.
- Muraki, I., [et al] (2008). Caregiver Burden for Impaired Elderly Japanese with Prevalent Stroke and Dementia under Long-Term Care Insurance System. *Cerebrovascular Diseases*. 25, 3. Obtido em 12, Março, 2012, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18216465>
- Newson, P. (2010). What care staff need to know about promoting independence. *Nursing & Residential Care*. 12, nº9. Obtido em 26, Maio, 2011, em <https://vpn.esel.pt/http/0/ehis.ebscohost.com/ehost/detail?sid=88471242-8a1e-4858-aa55-fb57ccfed512%40sessionmgr112&vid=1&hid=102&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d> ISSN 1465-9301
- Nigolian, C., Miller, K. (2011). Teaching Essential Skills to Family Caregivers. *American Journal of Nursing*, 111, nº11: 52-58.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico*. Obtido em 12, Fevereiro, 2011, em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Obtido em 15, Fevereiro, 2011, em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido em 5, Março, 2011, em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>
- Organização Mundial de Saúde, (2003). *Promovendo a Qualidade de Vida após Acidente Vascular Cerebral: Um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde*. Porto Alegre: Artmed. ISBN 85-363-0238-0.
- Organização Mundial de Saúde, (2004). *The Atlas of Heart Disease and Stroke*. Obtido em 12, Fevereiro, 2012, em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/
- Oupra, R., [et al] (2010). Effectiveness of Supportive Educative Learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand. *Health and Social Care in the Community*. 18, nº1. Obtido em 2, Abril, 2012, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19519873>
- Perlini, N. M., Faro, A. C. (2005). Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador informal. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 39, 2. Obtido em 7, Abril, 2012, em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/05.pdf>
- Petronilho, F. (2007). *PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA*. Coimbra: FORMASAU. ISBN- 978-972-8485-91-7.
- Proot, I. M., [et al] (1998). Autonomy in the rehabilitation of stroke patients in nursing homes. A concept analysis. *Scand J Caring Sci*. 12. Obtido em 12, Maio, 2011, em: <https://vpn.esel.pt/http/0/ehis.ebscohost.com/ehost/detail?sid=ed250e95-298e-4ca7-8f88-1002401f5107%40sessionmgr110&vid=1&hid=102&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d>.
- Proot, I. M., [et al] (2007). Supporting Stroke Patients' Autonomy During Rehabilitation. *Nursing Ethics*. 14, nº2. Obtido em 12, Maio, 2011, em: <https://vpn.esel.pt/http/0/ehis.ebscohost.com/ehost/detail?sid=94d5e3ef-4147-4b42-80bf-2b5bc3647ca2%40sessionmgr110&vid=1&hid=102&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d>
- Renaud, I. C. (2010). O Cuidado em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 14: 2-8.
- Ribeiro, J. (2006). PREFÁCIO. IN: Martins T., *ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL- Qualidade de vida e bem – estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: FORMASAU. ISBN:972-8485-65-4.
- Roper, N., Logan, W.W. e Tierney, A.J. (1995). *Modelo de Enfermagem*. 3ª Edição, Alfragide: Mc Graw-Hill de Portugal. ISBN 972-9241-98-8

- Sarmiento, E., Pinto, P. e Monteiro, S. (2010). *DIFICULDADES SENTIDAS PELOS FAMILIARES EM CUIDAR DO IDOSO DEPENDENTE NO DOMICILIO- MECANISMOS DE ADAPTAÇÃO* – 1ª Edição, Coimbra: FORMASAU. ISBN- 978-989-8269-14-0
- Sequeira, C. (2010). *CUIDAR DE IDOSOS COM DEPENDÊNCIA FÍSICA E MENTAL*. Lisboa: LIDEL. ISBN:978-972-757-717-0.
- Shyu, Y-I., [et al] (2008). A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 17: 2497-2508.
- Silva, M.S. (2010). *O ACESSO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM APÓS A ALTA HOSPITALAR: uma análise do impacte da partilha de informação*. Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto.
- Sociedade Portuguesa de Neurologia (1998). GRUPO DE ESTUDO DAS DOENÇAS CEREBROVASCULARES- *FACTORES DE RISCO PARA ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS*. Obtido em 15, Junho, 2011, em: <http://www.grafix.net/gedcv/risco.html>
- UMCCI (2011). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2010*. Obtido em 15, Maio, 2011, em:<http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RelatorioAnualRNCCI2010VersaoFinal.pdf>
- UMCCI (2011). *Relatório intercalar de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 1º semestre de 2011*. Lisboa. Obtido em 5, Março, 2012, em:http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/relatorio_monitorizacao_1sem_2011.pdf
- Wadensten, B. Ahlström, G. (2009). The Struggle for Dignity by People with Severe Functional Disabilities. *Nursing Ethics*, 16 (4): 453-465.
- White, G., [et al] (2008). Disfagia: causas, avaliação, tratamento e controlo. *Geriatrics*, 4: 52-60.

APÊNDICES



APÊNDICE I- Acidente Vascular Cerebral

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Aprofundando um pouco mais a patologia em estudo recorro a outros autores e entidades que definam Acidente Vascular Cerebral; tipos; factores de risco; alterações mais manifestas e complicações.

Na perspectiva de Ferro “O AVC é uma doença súbita, que produz, portanto, sintomas e sinais focais e que ocorre mais frequentemente em indivíduos com factores de risco vascular”. (2006, p.77)

Segundo o manual da OMS “o acidente vascular cerebral é causado por uma interrupção no suprimento de sangue ao cérebro. Ele ocorre quando uma artéria que fornece sangue ao cérebro fica bloqueada ou se rompe” (2003,p.13). Para a mesma entidade todos os enfartes cerebrais são resultantes de dois eventos patológicos, a trombose e a embolia. A trombose é definida como “o bloqueio de uma artéria ao cérebro, causado por um coágulo sanguíneo sólido ou trombo, que se forma dentro do sistema vascular” e a embolia como “o bloqueio causado por um fragmento destacado do trombo (ou outro material) que se formou em outro local e é levado para o cérebro pela corrente sanguínea” (2003, p.13).

O AVC isquémico constitui a maioria dos acidentes vasculares cerebrais, cerca de 85%. Estes são ainda classificados em embólicos os quais “são caracteristicamente súbitos e o deficit atinge o seu máximo quase de imediato” e trombóticos “podem igualmente ter um inicio abrupto, mas muitos deles têm uma evolução mais lenta, que abrange um período de vários minutos ou horas, e por vezes, dias” (LEAL, 2001,p.131). Esta autora refere-nos ainda que o déficit neurológico depende da localização e do tamanho da isquemia ou hemorragia.

Agrupa também os factores de risco em Não Modificáveis, Modificáveis e outros factores, sendo que a prevenção e modificação dos mesmos dependem da maior ou menor adesão por parte dos utentes aos programas de sensibilização e informação, bem como ao tratamento instituído, “ para se alcançar uma melhor intervenção da Equipa de Saúde é premente haver continuidade de cuidados, não só durante a hospitalização como á posteriori no ambulatório” (LEAL, 2001, p. 133).

Factor de risco pode ser definido como a

“(...)característica ou estilo de vida num indivíduo, ou numa população, que indica que esse indivíduo ou essa população tem uma probabilidade aumentada para Acidente Vascular Cerebral quando comparado com um indivíduo, ou uma população, sem essa característica” (SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEUROLOGIA, 1998).

Segundo a mesma entidade torna-se possível diminuir a incidência do AVC através da redução da prevalência dos factores de risco na população e da identificação das pessoas com risco elevado, nos quais se poderá intervir com tratamento. Sendo que muitos dos utentes com AVC lhes são reconhecidos os factores de risco algum tempo antes da instalação da doença. A SPN (1998) também divide estes factores em 2 tipos: Factores de risco definitivos e não modificáveis e Factores de risco definitivos e modificáveis.

Também Ferro utiliza a mesma nomenclatura (modificáveis e não modificáveis) referindo que “ os factores de risco mais importantes para AVC são a idade (aumento exponencial da incidência e da mortalidade com a idade) e a hipertensão arterial” (2006,p.77).

Para Branco e Santos as alterações mais frequentes que decorrem do Acidente Vascular Cerebral consistem em:

- **alterações motoras**, da qual a hemiplegia é a alteração mais manifesta do AVC;
- **alterações da função sensorial**, da qual sobressaem os défices sensoriais superficiais, proprioceptivos e visuais do hemicorpo lesado;
- **alterações da função perceptiva**, em que a localização da lesão determina o tipo e extensão dos défices perceptivos;
- **alterações do comportamento**, sendo estas muito distintas consoante a afecção predomina no hemicorpo esquerdo ou direito;
- **dificuldade para a alimentação**, em que cerca de 10% das pessoas com AVC apresentam disfagia;
- **alterações da eliminação**, tanto a nível vesical como intestinal.

Para os mesmos autores “o aparecimento de problemas secundários e/ou complicações na Pessoa com lesão neurológica, constituem um obstáculo à sua reabilitação. As complicações mais frequentes são as respiratórias (...) e as motoras (...)” (2010, p.30).

Referem ainda que a hemiplegia é a alteração mais manifesta do AVC,

“ embora o grau da função motora lesada seja determinado pelo local e extensão da lesão, as alterações sensoriais são um problema supletivo ao déficit motor, dado que o movimento é coordenado e adaptado de acordo com as mensagens sensoriais recebidas”(2010,p.25).

A hemiparesia ou hemiplegia é uma alteração da mobilidade decorrente de uma modificação de força de vários grupos musculares, que pode advir após um AVC. O hemicorpo lesado apresenta flacidez sem movimentos voluntários numa fase inicial da doença, em que o tónus muscular é muito baixo para iniciar um movimento, encontrando-se a pessoa incapacitada de manter o membro numa determinada posição, sem apresentar qualquer resistência ao movimento passivo. A adopção de padrões inadequados pelo hemicorpo são, utilizados como mecanismos de compensação, bem como a ausência de consciencialização e perda de movimento do hemicorpo lesado, são decorrentes das alterações descritas. Posteriormente, progride-se para um aumento do tónus predominantemente dos músculos anti - gravíticos, o que se designa habitualmente de padrão espástico, em que “a velocidade com que este padrão se instala, está directamente relacionada com o local, a gravidade da lesão e a ausência ou o desenvolvimento de um programa precoce de reabilitação” (BRANCO E SANTOS, 2010,p.26).

Na perspectiva destes autores, o mecanismo de controlo postural constitui a base para a realização dos movimentos normais especializados, sendo a hemiplegia, por si só, responsável por uma instabilidade postural, tanto em movimento como em repouso. Encontra-se ausente na pessoa com AVC, comprometendo a realização das suas AVD pois impede-a de recorrer a toda uma diversidade de padrões (postura e mobilidade) tido como normais.

APÊNDICE II - Objectivos, Actividades a desenvolver, Critérios de Avaliação e Recursos

Objectivo Geral 1: Compreender o processo de reabilitação e prestar cuidados à pessoa com AVC em contexto comunitário.

A realizar na Unidade de Saúde [REDACTED] - ACES [REDACTED]

Objectivos Específicos	Actividades a desenvolver	Critérios de Avaliação	Recursos
<p>1-Compeender a dinâmica funcional e organizacional da Unidade de Saúde de [REDACTED], a metodologia de trabalho e a prática de cuidados da equipa de enfermagem, integrando gradualmente a equipa multidisciplinar;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniões informais com o enfermeiro chefe e enfermeiro orientador, bem como a respectiva equipa de enfermagem e de saúde; - Consulta de documentos, tais como: instrumentos de registo; protocolos; manuais, organograma, por forma a conhecer os projectos desenvolvidos no serviço; - Consulta de documentação existente no serviço no âmbito da reabilitação, tais como: impresso de registo dos utentes sob prestação de cuidados pelo EER; impresso de avaliação do enfermeiro de reabilitação; - Conhecimento da articulação entre o EER e a restante equipa de saúde no referente ao utente; - Conhecimento das funções do EER no seio da equipa multidisciplinar. 	<ul style="list-style-type: none"> -Apresenta conhecimento acerca da dinâmica funcional e organizacional do serviço; -Participa em actividades promotoras de melhoria e continuidade dos cuidados. 	<p><u>Humanos</u>:- Enfermeiro orientador, equipa de saúde, utente/família <u>Materiais</u>:- Normas, protocolos, manuais de serviço e organograma <u>Físicos</u>:-Unidade de Saúde de [REDACTED] <u>Temporal</u>: 1ª e 2ª semanas</p>
<p>2- Identificar necessidades de formação/informação sentidas pelos utentes com AVC e família/cuidador relativas à autonomia na realização das AVD's mobilização, higiene e conforto e vestir e despir;</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Seleção de utentes com AVC/famílias de referência, em conjunto com enfermeiro orientador; -Avaliação com os utentes com AVC/famílias previamente seleccionados das necessidades de formação/informação relativas à autonomia das AVD's mobilização, higiene e conforto e vestir e despir (utilizando a entrevista) elaborando respectivo plano de intervenção; -Implementação do plano de intervenção formativa à pessoa com AVC e familiar/cuidador, visando a promoção da autonomia na realização das AVD's; -Realização de registos de formação/informação efectuada; -Criação de espaço para esclarecimento de dúvidas, receios, mostrando disponibilidade e estabelecendo uma relação de ajuda; -Envolve família/cuidador na validação das necessidades e nos programas formativos efectuados; 	<ul style="list-style-type: none"> -Avalia necessidades de formação da pessoa/família correctamente; -Cumprir e valida plano de intervenção formativa; -Monitoriza processo de aprendizagem da pessoa/familiar; -Avalia cuidados prestados conjuntamente com o enfermeiro orientador em reuniões informais ou formais. 	<p><u>Humanos</u>:- Enfermeiro orientador, equipa de saúde, utente/família <u>Materiais</u>:- Bibliografia e protocolos formativos, instrumentos de registo <u>Físicos</u>:-Unidade de Saúde de [REDACTED] <u>Temporal</u>: Da 2ª à 8ª semana</p>
<p>3- Identificar as dificuldades sentidas pelo utente com AVC e familiar/cuidador na vida do quotidiano no domicílio e as estratégias de intervenção de reabilitação;</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Programação de visitas domiciliárias aos utentes com AVC/famílias previamente seleccionadas; -Avaliação do grau de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo e cardio-respiratório da pessoa com AVC, que condicionam a sua independência na realização das AVD's; -Utilização de escalas e instrumentos de avaliação neurológica e da funcionalidade da pessoa com AVC utilizadas em contexto comunitário e recolher informação pertinente; -Identificação dos factores facilitadores e inibidores para realização das AVD's de forma independente no seu contexto de vida; -Identificação das necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório e realização de AVD's, discutindo e definindo com a pessoa/ família as estratégias a implementar, metas a atingir e resultados esperados visando a promoção da autonomia e a qualidade de vida; -Realização de planos de actuação prescrevendo as intervenções para otimizar e /ou reeducar a funcionalidade; -Seleção das ajudas técnicas e dispositivos de compensações adequadas ao utente e família ou validar as já utilizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Efectua avaliação inicial adequada da pessoa/família e elabora respectivo plano de intervenção; -Efectua reformulação do plano de intervenção em função dos resultados esperados; -Mobiliza eficazmente recursos existentes. 	<p><u>Humanos</u>:- Enfermeiro orientador, equipa de saúde, utente/família <u>Materiais</u>:- Escalas e instrumentos avaliação neurológica, da funcionalidade e de registo; Bibliografia <u>Físicos</u>:-Unidade de Saúde de [REDACTED] <u>Temporal</u>: Da 2ª à 8ª semana</p>
<p>4- Implementar estratégias de intervenção promotoras de autonomia do utente com AVC e família na realização das AVD's mobilização, higiene e conforto e vestir e despir, minimizando as dificuldades sentidas;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Implementação de planos de intervenção de reabilitação tendo em vista a recuperação das alterações ao nível motor, sensorial, cognitivo e cardio-respiratório; - Fornece formação/informação no âmbito dos programas definidos à pessoa com AVC e família/cuidador por forma a promover a autonomia e a continuidade e qualidade dos cuidados; - Criação de espaço para esclarecimento de dúvidas, receios, mostrando disponibilidade e estabelecendo uma relação de ajuda; - Avaliação dos resultados de intervenção junto do utente e família/cuidador, validando as necessidades de formação. 	<ul style="list-style-type: none"> -Avalia a pessoa com alterações da funcionalidade e família aos diferentes níveis de intervenção de reabilitação correctamente; - Avalia cuidados prestados conjuntamente com o enfermeiro orientador em reuniões informais ou formais. 	<p><u>Humanos</u>: Enfermeiro orientador, equipa de saúde, utente/família <u>Materiais</u>: Instrumentos de registo e Bibliografia <u>Físicos</u>:-Unidade de Saúde de [REDACTED] <u>Temporal</u>: Da 2ª à 8ª semana</p>

Objectivos Específicos	Actividades a desenvolver	Critérios de Avaliação	Recursos
<p>5-Identificar os recursos disponíveis na comunidade direccionados para a pessoa com AVC e familiar/cuidador promovendo a sua utilização;</p>	<p>-Conhecimento dos recursos comunitários disponíveis para o utente com AVC/ familiar/cuidador; -Orientação do utente e familiar /cuidador para os recursos disponíveis; -Articulação, sempre que necessário, com os recursos existentes na comunidade.</p>	<p>-Identifica os recursos da comunidade disponíveis e promove a articulação com os mesmos; -Orienta o utente e familiar/cuidador para a utilização dos recursos disponíveis.</p>	<p><i>Humanos:</i> Enfermeiro orientador, equipa de saúde, utente/família, equipas da comunidade <i>Materiais:</i> recursos da comunidade e Bibliografia <i>Físicos:</i> Unidade de Saúde de [REDACTED] e recursos da comunidade <i>Temporal:</i> Da 3ª à 8ª semana</p>
<p>6-Promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social da pessoa com AVC;</p>	<p>-Identificação de barreiras arquitectónicas existentes no domicílio e comunidade da pessoa com AVC; -Orientação da pessoa com AVC e familiar/cuidador para a eliminação das barreiras arquitectónicas no seu contexto de vida e comunitário; -Promoção da participação social da pessoa com AVC e familiar/cuidador.</p>	<p>-Demonstra conhecimento sobre acessibilidades e participação social; -Orienta utente /familiar/cuidador para possíveis alterações e eliminação de barreiras arquitectónicas no seu contexto de vida e comunitário; -Incentiva e orienta a pessoa/familiar para a participação social.</p>	<p><i>Humanos:</i> Enfermeiro orientador, equipa de saúde, utente/família, equipas da comunidade <i>Materiais:</i> recursos da comunidade e Bibliografia <i>Físicos:</i> Unidade de Saúde de [REDACTED] e recursos da comunidade <i>Temporal:</i> Da 3ª à 8ª semana</p>
<p>7-Compreender e promover a articulação com outros contextos de cuidados visando a continuidade dos mesmos da pessoa com AVC.</p>	<p>-Identificação do processo utilizado de articulação de cuidados de reabilitação na comunidade com outros contextos de cuidados; -Envolve e informa a pessoa com AVC e família/cuidador da pertinência da continuidade dos cuidados; -Conhecimento e promoção da utilização de informação de enfermagem aquando reinternamento do utente com AVC; -Utilização e incentivo do contacto telefónico com outros contextos de cuidados por forma a promover a continuidade de cuidados do utente com AVC; -Consulta de bibliografia sobre articulação de cuidados diferenciados e comunitários.</p>	<p>-Encontra-se desperta para a importância da articulação de cuidados entre instituições de saúde; -Promove a articulação com outros contextos de cuidados; -Envolve utente/familiar na continuidade de cuidados.</p>	<p><i>Humanos:</i> Enfermeiro orientador, equipa de saúde, utente/família, equipas da comunidade e de outros contextos de cuidados <i>Materiais:</i> instrumentos de registo e de articulação de cuidados, Bibliografia <i>Físicos:</i> Unidade de Saúde de [REDACTED] e outros contextos de cuidados <i>Temporal:</i> Da 3ª à 8ª semana</p>

Objectivo Geral 2: Compreender o processo de reabilitação e prestar cuidados especializados à pessoa com AVC em fase de sequelas. A realizar no Centro de Medicina Física e Reabilitação

Objectivos Específicos	Actividades a desenvolver	Critérios de Avaliação	Recursos
<p>1-Compeender a dinâmica funcional e organizacional do Serviço Reabilitação de Adultos do Centro de Reabilitação, a metodologia de trabalho e a prática de cuidados da equipa de enfermagem, integrando gradualmente a equipa multidisciplinar;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniões informais com o enfermeiro chefe e enfermeiro orientador, bem como a respectiva equipa de enfermagem e de saúde; - Consulta de documentos, tais como: instrumentos de registo; protocolos; manuais, organogramas, por forma a conhecer os projectos desenvolvidos no serviço; - Consulta de documentação existente no serviço no âmbito da reabilitação, tais como: impresso de registo dos utentes sob prestação de cuidados pelo EER; impresso de avaliação do enfermeiro de reabilitação; - Conhecimento da articulação entre o EER e a restante equipa de saúde no referente ao utente; - Conhecimento das funções do EER no seio da equipa multidisciplinar; - Conhecimento do papel do enfermeiro de reabilitação na referenciação do utente para a RNCCI; - Conhecimento dos recursos materiais e produtos de apoio essenciais na reabilitação existentes no serviço, sua localização, distribuições e armazenamento. 	<ul style="list-style-type: none"> -Apresenta conhecimento acerca da dinâmica funcional e organizacional do serviço; -Participa em actividades promotoras de melhoria e continuidade dos cuidados. 	<p><u>Humanos</u>:-Enfermeiro chefe, Enfermeiro orientador, equipa de enfermagem e multidisciplinar <u>Materiais</u>:-Instrumentos de registo, normas, protocolos do serviço, circuito do doente e processo de internamento, organograma <u>Físicos</u>:-Serviço Reabilitação Adultos <u>Temporal</u>: 1ª e 2ª semanas</p>
<p>2-Colaborar e realizar o acolhimento e respectiva colheita de dados à pessoa com AVC e família, integrada no seio da equipa de saúde do serviço;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observação e identificação do papel do enfermeiro de reabilitação no acolhimento à pessoa com AVC; - Realização de acolhimento do utente com AVC e respectiva família; - Elucidação ao utente e família sobre a dinâmica funcional do serviço; - Promoção de espaço para esclarecimento de dúvidas e receios por parte do utente com AVC e respectiva família; - Realização de registos adequados em folha própria de colheita de dados; - Participação em reuniões multidisciplinares para definição de objectivos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Efectua avaliação inicial adequada da pessoa/família; -Mobiliza eficazmente recursos existentes. 	<p><u>Humanos</u>:- Equipa de enfermagem; equipa multidisciplinar; utente/ família <u>Materiais</u>:-Normas, protocolos do serviço, instrumento de colheita de dados <u>Físicos</u>-Serviço Reabilitação de Adultos <u>Temporal</u>: Da 2ª à 6ª semana</p>
<p>3- Identificar as estratégias de intervenção do EER no utente com AVC com autonomia reduzida nas AVD's mobilização, higiene e conforto e vestir e despir;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação das alterações da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo e cardio-respiratório da pessoa com AVC, que condicionam a sua independência na realização das AVD's; - Utilização de escalas e instrumentos de avaliação neurológica e da funcionalidade, em uso no serviço, da pessoa com AVC e recolher informação pertinente; -Identificação de factores facilitadores e inibidores para realização das AVD's de forma independente; -Identificação das necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório e realização de AVD's, discutindo e definindo com a pessoa/ família as estratégias a implementar, metas a atingir e resultados esperados visando a promoção da autonomia e a qualidade de vida; -Realização de planos de actuação prescrevendo as intervenções para otimizar e /ou reeducar a funcionalidade; - Seleção e prescrição das ajudas técnicas e dispositivos de compensações adequadas ao utente e família. 	<ul style="list-style-type: none"> -Efectua avaliação inicial adequada da pessoa/família e elabora respectivo plano de intervenção; -Mobiliza eficazmente recursos existentes. 	<p><u>Humanos</u>:- Enfermeiro orientador, equipa de enfermagem, utente/família <u>Materiais</u>:-Escala e instrumentos de avaliação neurológica e da funcionalidade utilizadas no serviço, Bibliografia <u>Físicos</u>: - Serviço Reabilitação de Adultos <u>Temporal</u>: Da 2ª à 6ª semana</p>
<p>4- Implementar estratégias de intervenção promotoras de autonomia do utente com AVC na realização das AVD's mobilização, higiene e conforto e vestir e despir, visando uma reintegração sociofamiliar bem-sucedida e avaliar resultados;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Implementação de planos de intervenção de enfermagem de reabilitação tendo em vista a recuperação das alterações ao nível motor, sensorial, cognitivo e cardio-respiratório; -Fornecer formação/informação no âmbito dos programas definidos à pessoa com AVC e família/cuidador por forma a promover a autonomia e a continuidade dos cuidados noutros contextos (internamento; domicílio; comunidade); - Criação de espaço para esclarecimento de dúvidas, receios, mostrando disponibilidade e estabelecendo uma relação de ajuda; -Avaliação dos resultados de intervenção junto do utente e família, validando as necessidades de formação. 	<ul style="list-style-type: none"> -Avalia a pessoa com alterações da funcionalidade e família aos diferentes níveis de intervenção de reabilitação correctamente; - Avalia cuidados prestados conjuntamente com o enfermeiro orientador em reuniões informais ou formais. 	<p><u>Humanos</u>:- Enfermeiro orientador, equipa de enfermagem, utente/família <u>Materiais</u>:-Bibliografia; instrumentos de registo <u>Físicos</u>:- Serviço Reabilitação de Adultos <u>Temporal</u>: Da 2ª à 6ª semana</p>

Objectivos Específicos	Actividades a desenvolver	Critérios de Avaliação	Recursos
<p>5- Desenvolver competências que permitam a prestação de cuidados de reabilitação referentes ao ensino das AVD's mobilização, higiene e conforto e vestir e despir, à pessoa com AVC e família/cuidador, realizando momentos de formação/informação com vista ao regresso a casa;</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Identificação das necessidades de formação/informação sentidas pela pessoa com AVC e família/cuidador relativas à autonomia na realização das AVD's mobilização, higiene e conforto e vestir e despir; -Realização de parte do ensino clínico na Unidade Terapêutica de AVD's(uma semana); -Elaboração de um plano de intervenção formativa em função das necessidades identificadas da pessoa com AVC e família/cuidador; -Implementação do plano de intervenção formativa à pessoa com AVC e familiar/cuidador, visando a promoção da autonomia na realização das AVD's; -Realização de registos de formação/informação efectuada; -Instruir o utente/família para a importância da continuação do programa de reabilitação no domicílio; -Criação de espaço para esclarecimento de dúvidas, receios, mostrando disponibilidade e estabelecendo uma relação de ajuda; - Envolve família/cuidador nos programas formativos/informativos efectuados. 	<ul style="list-style-type: none"> -Avalia a pessoa com alterações da funcionalidade e família aos diferentes níveis de intervenção de reabilitação correctamente; -Avalia cuidados prestados conjuntamente com o enfermeiro orientador em reuniões informais ou formais; -Cumpre e valida plano de intervenção formativa; -Monitoriza processo de aprendizagem da pessoa/familiar. 	<p><u>Humanos</u>:- Enfermeiro orientador, equipa de enfermagem, utente/família</p> <p><u>Materiais</u>:-Bibliografia, protocolos formativos/informativos, instrumento de registo</p> <p><u>Físicos</u>:- Serviço Reabilitação de Adultos e Unidade Terapêutica de AVD's</p> <p><u>Temporal</u>: Da 2ª à 6ª semana</p>
<p>6-Identificar o processo de articulação com os cuidados em contexto comunitário, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados à pessoa com AVC e família.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Conhecimento das estratégias utilizadas na articulação do Centro de Reabilitação com a comunidade, identificando os recursos que esta dispõe direccionada para a pessoa com AVC e família; - Garante a continuidade de cuidados através da realização de carta de alta e contacto prévio com a unidade de saúde a que o utente pertence, e acompanha enfermeiro de reabilitação da Unidade Terapêutica de AVD's na visita domiciliária para identificar necessidades de reformulação de formação. 	<ul style="list-style-type: none"> -Elabora carta de alta de enfermagem; -Realiza contacto prévio com os recursos da comunidade existentes. 	<p><u>Humanos</u>:- Enfermeiro orientador, equipa de enfermagem, utente/família, EER da comunidade</p> <p><u>Materiais</u>:-Bibliografia, instrumento de transferência</p> <p><u>Físicos</u>:- Serviço Reabilitação de Adultos e Recursos da comunidade</p> <p><u>Temporal</u>: Da 2ª à 6ª semana</p>

Objectivo Geral 3: Compreender o processo de Reabilitação Respiratória e prestar cuidados à pessoa com patologia do foro respiratório. A realizar no Serviço de Pneumologia 1 Homens do Centro Hospitalar

Objectivos Específicos	Actividades a desenvolver	Critérios de Avaliação	Recursos
<p>1-Compeender a dinâmica funcional e organizacional do Serviço de Pneumologia 1, a metodologia de trabalho e a prática de cuidados da equipa de enfermagem, integrando gradualmente a equipa multidisciplinar;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniões informais com o enfermeiro chefe e enfermeiro orientador, bem como a respectiva equipa de enfermagem e de saúde; - Consulta de documentos, tais como: instrumentos de registo; protocolos; manuais, por forma a conhecer os projectos desenvolvidos no serviço; - Consulta de documentação existente no serviço no âmbito da reabilitação respiratória, tais como: impresso de registo dos utentes sob prestação de cuidados pelo EER; impresso de avaliação do enfermeiro de reabilitação; - Conhecimento da articulação entre o EER e a restante equipa de saúde no referente ao utente; - Conhecimento das funções do EER no seio da equipa multidisciplinar; - Observação das rotinas diárias e colaboração com a equipa de enfermagem; - Consulta de bibliografia e realização de pesquisa sobre a temática Reeducação Funcional Respiratória; - Consulta de bibliografia e realização de pesquisa sobre as patologias do foro respiratório predominantes no serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> -Apresenta conhecimento acerca da dinâmica funcional e organizacional do serviço; -Participa em actividades promotoras de melhoria e continuidade dos cuidados. 	<p><u>Humanos</u>:- Enfermeira Chefe, Enfermeiro orientador, equipa de enfermagem do serviço de pneumologia <u>Materiais</u>:-Bibliografia, instrumentos de registo, protocolos, manuais, normas <u>Físicos</u>:-Serviço de Pneumologia1. <u>Temporal</u>: 1ª semana</p>
<p>2- Prestar cuidados de Reabilitação em Reeducação Funcional Respiratória visando a aquisição de competências específicas nesta área de intervenção.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Identificação dos principais problemas da pessoa com patologia do foro respiratório; -Planeamento de estratégias de intervenção de reabilitação respiratória à pessoa com patologia do foro respiratório e familiar/cuidador; -Implementação de planos de intervenção de reabilitação e programas de Reeducação Funcional Respiratória à pessoa com patologia respiratória e família/cuidador, visando a promoção da autonomia e a continuidade e qualidade dos cuidados; -Envolve família/cuidador como elemento activo no processo de reabilitação respiratória; -Realização de um planeamento da alta precoce tendo em vista maximizar o desempenho a nível respiratório, considerando os objectivos individuais e promovendo reintegração sócio familiar; - Criação de espaço para esclarecimento de dúvidas, receios, mostrando disponibilidade e estabelecendo uma relação de ajuda; - Avaliação dos resultados de intervenção junto do utente e família/cuidador validando as necessidades de formação. 	<ul style="list-style-type: none"> -Efectua avaliação inicial adequada da pessoa/família e elabora respectivo plano de intervenção; -Mobiliza eficazmente recursos existentes; - Avalia cuidados prestados conjuntamente com o enfermeiro orientador em reuniões informais ou formais. 	<p><u>Humanos</u>: Enfermeiro orientador, equipa de enfermagem do serviço de pneumologia <u>Materiais</u>: Bibliografia, instrumento de registo e alta <u>Físicos</u>: -Serviço de Pneumologia 1 <u>Temporal</u>: 2ª e 3ª semana</p>
<p>3-Implementar estratégias de intervenção de reabilitação ao utente com patologia do foro respiratório em situações de cronicidade da doença.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliação do grau de conhecimento que o utente/familiar possui sobre a cronicidade da sua patologia; -Identificação das estratégias adoptadas pelo utente/familiar para dominar a cronicidade; -Identificação dos principais problemas da pessoa com patologia respiratória crónica; -Dialogo com o utente/familiar com patologia respiratória crónica, desmistificando alguns medos; -Proporciona ambiente tranquilo para prestação de cuidados de reabilitação respiratória ao utente com patologia crónica; -Criação de espaço para esclarecimento de dúvidas, receios, mostrando disponibilidade e estabelecendo uma relação de ajuda. 	<ul style="list-style-type: none"> -Efectua avaliação inicial adequada da pessoa/família com patologia crónica e elabora respectivo plano de intervenção; -Mobiliza eficazmente recursos existentes; - Avalia cuidados prestados conjuntamente com o enfermeiro orientador em reuniões informais ou formais. 	<p><u>Humanos</u>:- Enfermeiro orientador, equipa de enfermagem do serviço de pneumologia, utente/família <u>Materiais</u>:-Bibliografia, instrumento de registo <u>Físicos</u>:-Serviço de Pneumologia 1. <u>Temporal</u>: 2ª e 3ª semana</p>

Objectivo Geral 4: Compreender o processo de reabilitação e prestar cuidados à pessoa com AVC em fase aguda.**A realizar na Unidade Cérebro Vascular do Centro Hospitalar**

Objectivos Específicos	Actividades a desenvolver	Critérios de Avaliação	Recursos
1-Observar a dinâmica funcional e organizacional da Unidade Cérebro Vascular, a metodologia de trabalho e a prática de cuidados da equipa de enfermagem, identificando o papel do EER no seio desta.	<ul style="list-style-type: none">-Conhecimento da constituição da equipa multidisciplinar da Unidade e respectivos papéis no seio desta;-Conhecimento do percurso de referenciação dos utentes com AVC em fase aguda desde o incidente até ao internamento na Unidade, bem como critérios de referenciação à mesma;-Consulta de documentos, tais como: instrumentos de registo; protocolos; manuais, por forma a tomar conhecimento dos projectos desenvolvidos na unidade;-Consulta de documentação existente no serviço no âmbito da reabilitação, tais como: impresso de registo dos utentes sob prestação de cuidados pelo EER; impresso de avaliação do enfermeiro de reabilitação; escalas e instrumentos de avaliação neurológica e da funcionalidade da pessoa com AVC em fase aguda;-Conhecimento da articulação entre o EER e a restante equipa de saúde no referente ao utente;-Conhecimento das funções do EER no seio da equipa multidisciplinar;-Observação da prestação de cuidados especializados pelo enfermeiro de reabilitação à pessoa com AVC em fase aguda;-Observação da reunião diária multidisciplinar junto ao utente, na qual é discutido o plano terapêutico e de intervenção individualizado;-Observação das intervenções formativas no âmbito dos programas definidos à pessoa com AVC em fase aguda e família/cuidador por forma a promover a autonomia e a continuidade dos cuidados noutros contextos (internamento; domicílio; comunidade);-Consulta de bibliografia e realização de pesquisa sobre o AVC em fase aguda, respectivas medidas terapêuticas (trombólise endovenosa e endovascular), e critérios de avaliação.	<ul style="list-style-type: none">-Apresenta conhecimento acerca da dinâmica funcional e organizacional do serviço;-Apresenta conhecimento sobre a metodologia de trabalho e a prática de cuidados da equipa de enfermagem;-Identifica o papel do EER no seio da equipa de saúde e na respectiva Unidade;-Identifica o percurso de referenciação do utente à Unidade.	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Enfermeira Chefe, Enfermeiros de Reabilitação, equipa de enfermagem da UCV, equipa multidisciplinar <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none">-Bibliografia, manuais, normas, protocolos, instrumentos de registo, escalas e instrumentos de avaliação <p><u>Físicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">-Unidade Cérebro Vascular <p><u>Temporal:</u></p> <ul style="list-style-type: none">1ª semana

APÊNDICE III - Reflexões da Prática de Cuidados de Diferentes Contextos

“REFLEXÃO”

Ensino clínico de Observação realizado

Unidade Cérebro Vascular

Elaborado por:

Isabel Margarida da costa Ramos Bruno

Capelo Marques da Costa (nº3576)

Docente Responsável:

Professora Doutora Maria Manuela Gândara

LISBOA

2011

REFLEXÃO

O Trabalho de Projecto realizado no decurso do semestre anterior tem como temática *“Promoção da autonomia nas AVD mobilização, higiene e conforto e vestir e despir, na pessoa que sofreu acidente vascular cerebral”*, por forma a facilitar a adaptação desta à sua nova condição aquando o seu regresso a casa. Iniciei o meu percurso na prática clínica com uma incursão em contexto comunitário, onde os utentes que acompanhei sofreram um Acidente Vascular Cerebral (AVC) tendo iniciado o meu acompanhamento aquando o seu regresso a casa, após internamento em contexto hospitalar.

Aquando a realização do meu projecto fez-me todo o sentido compreender o processo de reabilitação e prestar cuidados à pessoa com AVC durante todo o seu percurso de doença, desde o incidente até à fase de sequelas, pelo que estabeleci objectivos complementares que clarificassem a temática em questão. Tendo em conta o referido um dos objectivos complementares inicialmente traçados consiste em *“conhecer o papel do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na intervenção em fase aguda ao utente que sofreu AVC”*. Para assegurar o cumprimento do mesmo propus-me realizar uma breve incursão de observação (três dias), à Unidade Cérebro Vascular (UCV) [REDACTED], após realização de visita prévia e entrevista à Enfermeira chefe da respectiva unidade, por forma a identificar se esta reunia os critérios de observação a que me propunha, bem como conhecer a disponibilidade do serviço para a realização do respectivo ensino clínico de observação.

A escolha deste contexto de cuidados deve-se ao facto de: ser uma Unidade Cérebro Vascular tipo A, ou seja com uma abordagem terapêutica endovenosa e endovascular à pessoa com AVC em fase aguda, que especificarei mais à frente; estatisticamente ser a Unidade Nacional com maior índice de independência aos 3 meses; ter uma percentagem de alta para o domicílio de cerca de 50%; cerca de 75% dos utentes terem como diagnóstico AVC em fase aguda, dos quais grande percentagem é submetida a trombólise; muitos dos utentes internados terem alta para os hospitais de referência onde se enquadra o hospital onde desempenho funções, sendo muitos dos utentes enviados admitidos posteriormente no serviço de Medicina deste.

Para operacionalizar este breve percurso tracei um objectivo geral e específico; perspectivei o desenvolvimento das actividades a desenvolver tendo por base as competências do Enfermeiro Especialista de Reabilitação (EER); defini critérios de

avaliação e recursos a utilizar e elaborei posteriormente à realização do projecto um Guião de Observação, o qual é constituído por: local a observar; quem observar e os aspectos a observar. Este foi apresentado à enfermeira chefe e EER orientadores da UCV, antes do ensino clínico, tendo em conta a tomada de conhecimento do meu percurso de observação na respectiva Unidade.

A minha incursão nesta unidade decorreu na semana de 28/11 a 2/12, tendo apenas sido disponibilizados 3 dias de observação por parte da chefia de enfermagem, em detrimento dos 4 dias a que inicialmente me propus e nos quais tive a oportunidade de acompanhar 2 EER, constituindo sem dúvida uma mais-valia para meu processo de observação e aprendizagem, pois permitiu-me toda uma partilha e observação de intervenção de reabilitação com diferentes profissionais especializados. A equipa da UCV integra 3 EER, dos quais 2 asseguram o período das manhãs e das tardes e o 3º realiza um horário de manhãs, tardes e noites. Também integra a equipa um Enfermeiro Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica, sendo que a restante equipa de enfermagem tem formação básica em conceitos de reabilitação ministrada pelos EER da unidade, por forma a assegurar a continuidade de alguns cuidados na área da reabilitação aquando a ausência dos enfermeiros especialistas. Os conteúdos ministrados incidem essencialmente nos posicionamentos; transferências e levantes e treino de deglutição em utentes com disfagia.

No que reporta à tipologia das Unidades Cérebro Vasculares, estas podem ser de três tipos, segundo informação disponibilizada pela chefia do serviço e de acordo com as orientações do Alto Comissariado da Saúde (2007): - Unidade Tipo A, em que a abordagem pode ser a 3 níveis: trombólise endovenosa (com recorrência a terapêutica endovenosa); trombólise endovascular (excisão do coagulo através de abordagem mecânica) e cuidados sistematizados; onde se inclui a UCV onde estagiei; - Unidade tipo B com cuidados sistematizados e trombólise endovenosa; - Unidade tipo C com cuidados sistematizados e as quais consistem em unidades não invasivas, com total benefício para os utentes com AVC em fase aguda, incidindo essencialmente numa intervenção de enfermagem que passa pela monitorização de sinais vitais; avaliação neurológica; prevenção de complicações e nas quais o papel do EER é incisivo.

Os AVC, como primeira causa de morte em Portugal são também a principal causa de incapacidade nas pessoas idosas. São para Leal (2001) uma causa comum de mortalidade e morbilidade na Europa. Para a mesma autora “a tendência demográfica

no nosso país caminha no sentido do envelhecimento da população, pelo que, é preocupante na mesma a prevalência dos AVC” (2001, p.131). Para Ferro (2006) os AVC constituem numa das afecções neurológicas agudas mais comuns, sendo também uma das causas mais frequente de internamento em contexto hospitalar. São, ainda para este autor, um problema de saúde pública grave em Portugal. A mortalidade por AVC mantém-se muito acima da dos países ocidentais da União Europeia, embora tenha vindo a diminuir consistentemente nas últimas décadas, (FERRO, 2006,p.77).

Ferro diz-nos que “ os doentes com AVC agudo devem ser referenciados de imediato para uma Urgência hospitalar. Quando exista, devem ser internados numa unidade especialmente dedicada: Unidade de AVC” (2006,p.84). A UCV surge da necessidade crescente de uma abordagem trombolítica aos utentes com AVC isquémico, verificando-se que o número de incidência e internamentos tem vindo a aumentar exponencialmente ao longo dos últimos anos, tanto do AVC isquémico como hemorrágico. Segundo dados estatísticos da UCV¹ em 2003, a média de trombólise na Unidade foi de uma por semana, cerca de 52 doentes; em 2005 verifica-se um número de 443 internamentos com AVC; em 2010 este número sobe para 622 e em 2011 no primeiro trimestre já constam 177 internamentos com 70 utentes submetidos a trombólise. Os utentes submetidos a trombólise tem aumentado gradativamente com maior expressão a partir de 2007, sendo que até Junho de 2011 este número já era equivalente ao número de trombólises realizadas em 2010.

A Unidade encontra-se afecta ao departamento de Neurociências, a qual tem como Coordenador Médico [REDACTED], Neurologista e como chefia de Enfermagem [REDACTED], a qual actualmente também chefia a equipa de enfermagem da Angiografia. Tem uma equipa multiprofissional específica, da qual faz parte uma equipa médica composta por profissionais com distintas especialidades.

É constituída estruturalmente por uma sala com lotação de 8 camas de internamento, com a possibilidade de uma maca caso estritamente necessário, individualizadas por cortinados, onde são internados utentes de ambos os sexos com patologia cérebro vascular. Encontram-se localizados todos os serviços de apoio e salas de trabalho da unidade em regiões circundantes à mesma e com visualização dos utentes. As camas encontram-se dispostas de ambos os lados da unidade, viradas para o centro, onde

¹ - Dados disponibilizados pela chefia de Enfermagem da UCV

existe uma ilha com monitorização por forma a permitir visualização permanente hemodinâmica dos utentes internados. Consiste numa zona de trabalho onde são realizados todos os registos da equipa da unidade referentes ao utente. A unidade de cada utente é composta por cama; mesa de apoio; mesa-de-cabeceira; cadeirão; bancada de apoio; monitor cardíaco e todo o material clínico necessário aos cuidados ao mesmo.

A referenciação à UCV pode dar-se de duas formas: Via Verde Externa e Via Verde Interna. Na primeira é realizada uma activação ao Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), por parte das corporações de bombeiros ou outras instituições hospitalares, entrando este em contacto directo com médico da Unidade que se encontra de serviço e o qual tem em seu poder telefone da via verde. O clínico contacta a angiografia e dá uma previsão da hora de chegada do utente, sendo este encaminhado para realização de Tomografia Axial Computorizada (TAC) logo aquando chegada ao hospital. O médico da unidade dirige-se à angiografia para observar o utente, a realização do exame e aplicar de imediato a escala do National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS), utilizada mundialmente nas unidades cerebrovasculares para avaliação neurológica dos utentes, por médicos e enfermeiros. A escala internacional de AVC do National Institute of Health (NIHSS Internacional) consiste num instrumento que permite uma avaliação quantitativa dos défices neurológicos do AVC, “actualmente, a escala é utilizada generalizadamente na valorização do carácter agudo do AVC, na determinação do tratamento mais apropriado e na previsão do prognóstico do doente” (NATIONAL INSTITUTE of HEALTH, 2010).

Esta escala poderá então ser utilizada como instrumento de avaliação clínica para fundamentar o estado neurológico no doente com AVC agudo, sendo válida para determinar o tamanho da lesão e a gravidade do AVC. A NIHSS tem tido uma importância significativa na determinação do prognóstico dos utentes com AVC, a curto e a longo prazo. Posteriormente é utilizada para monitorização do estado de saúde do utente; para o planeamento de cuidados, permitindo uma uniformização de linguagem entre os diferentes profissionais. Segundo a mesma fonte a NIHSS “foi desenvolvida para ser um instrumento simples, válido e fiável, que pode ser aplicado à cabeceira do doente de forma consistente por médicos, enfermeiros ou terapeutas” (NATIONAL INSTITUTE of HEALTH, 2010). É utilizada diariamente pelos enfermeiros da equipa da Unidade em todos os turnos e pelo clínico aos utentes internados, os quais têm uma

certificação para a sua aplicabilidade. Tive a oportunidade de observar a sua aplicação por parte do EER, bem como conjuntamente com este de aplicar aos utentes a seu cuidado, constituindo uma mais-valia na minha aprendizagem, pois permitiu-me uma avaliação neurológica de enfermagem dos mesmos, bem como comparar a minha avaliação com a dos restantes elementos da equipa multiprofissional, permitindo-me certificar a minha avaliação, realizada através de uma escala nunca anteriormente aplicada.

Após observação da TAC, realização da avaliação com escala de NIHSS e avaliação dos critérios para realização de trombólise (critérios mundiais) é definido pelo clínico qual a abordagem terapêutica a instituir. A realização da trombólise é efectuada na UCV, pelo médico e enfermeiro, fazendo parte do protocolo o utente ser algaliado, entubado nasogástricamente e puncionados dois acessos venosos periféricos antes do tratamento. O hiato entre a realização da TAC e o internamento na UCV não é preenchido pelo acompanhamento de enfermagem, o que se preconiza e procura suprimir a curto prazo. A trombólise apenas é indicada nos AVC isquémicos, como refere Ferro “o único tratamento eficaz no AVC isquémico é a trombólise por via endovenosa com rtPA realizada até 3 horas após início do quadro clínico” (2006, p.84). Existe ainda a abordagem, como já anteriormente referido, endovascular, a qual ainda é muito pouco realizada nas nossas unidades. Preconiza-se o início da intervenção do EER o mais precocemente possível após trombólise, por forma a um acompanhamento especializado neste processo de recuperação, “a reabilitação motora deve ser iniciada precocemente” (FERRO,2006,p.85). O utente recupera muito rapidamente a sua funcionalidade e por vezes desvaloriza a importância da reabilitação, por outro lado utentes com neglet ou anosognosia também não compreendem a pertinência da abordagem especializada dos cuidados de reabilitação.

A outra forma de referência dos utentes à Unidade é a Via Verde Interna, recorrendo os utentes à triagem e após aplicação de um protocolo de avaliação do qual faz parte a escala dos 3 F's (fala, força e face), é realizado contacto telefónico para o clínico da UCV, referenciado o utente, o qual é logo encaminhado para realização de TAC e acompanhado pelo mesmo. Poderá ser accionada a via verde interna também através dos serviços de internamento, pelo que se torna imperiosa a formação dos profissionais da triagem; urgência; internamentos, visando uma actuação atempada, caso o utente reúna condições de trombólise, pois este tratamento “ só pode ser usado

até 3 horas após o início do quadro clínico” (FERRO,2006,p.84). O número de vias verdes internas tem vindo a aumentar gradualmente, como resposta à sensibilização realizada aos profissionais. O objectivo é comum qualquer que seja a via de referenciação dos utentes, ou seja detectar o mais precocemente possível o incidente visando uma intervenção atempada.

A família não é envolvida nesta fase inicial de tratamento, podendo no entanto, se assim o desejar, logo que o utente se encontra mais estabilizado hemodinamicamente e instalado na unidade visitá-lo, por forma a diminuir o nível de ansiedade tanto do utente como do familiar. Visualiza o espaço, conhece a equipa que se encontra presente e são disponibilizadas algumas informações pertinentes aos familiares logo neste momento, caso estes se encontrem receptivos, pela equipa de enfermagem presente, nomeadamente no que reporta: aos horários de visitas, sendo estes das 12.30 às 15.30 para 2 pessoas e das 18 às 19.30 para 1 pessoa; material de higiene e vestuário necessário para a estadia na unidade; previsão de internamento; entre outros e facultada informação conjuntamente com o clínico acerca da situação de doença do seu familiar. São esclarecidas as dúvidas que poderão surgir e caso seja oportuno realizada uma recolha de dados por forma a integrar e conhecer o utente admitido e família. Desde este momento que é iniciado o processo de preparação para a alta, sendo abordado este tema com a família, a qual é de imediato questionada sobre quem é o cuidador e qual o destino do utente aquando o seu regresso a casa, visando uma preparação para a alta o mais precoce possível.

A demora média de internamento² em 2010 de utentes com AVC é de 5 dias, verificando-se um decréscimo para 3,99 dias até Junho de 2011, o que conduz muitas vezes a uma percepção errada e insuficiente do utente com AVC submetido a trombólise e família, do incidente e cuidados pós alta, pois após trombólise os défices regridem grandemente, sentindo-se estes por vezes como se não tivessem qualquer alteração do seu estado de saúde e com a sua independência e autonomia pouco comprometidas. Torna-se efectivamente imperioso uma intervenção de enfermagem e do EER o mais precoce possível, integrando o utente e familiares nos cuidados e levando a uma compreensão o mais correcta possível da doença; da importância de minimizar os factores de risco; adesão terapêutica e da pertinência de todo o processo de reabilitação com enfermeiro especialista durante o internamento e após a alta, tendo

² - Dados fornecidos pela chefia de Enfermagem da UCV

em vista a promoção da autonomia e reintegração do utente no seio da família e comunidade. No que reporta a outras patologias, tal como nos utentes com aneurismas, o internamento poderá prolongar-se até 15 dias.

Tive oportunidade de observar diversas técnicas no âmbito das competências da Enfermagem de reabilitação, das quais destaco: actividades terapêuticas; transferências cama/cadeira de rodas/cadeirão e o inverso; levantes; treino de marcha com e sem auxiliares de marcha; “push-up” na cadeira de rodas; treino de AVD; treinos de deglutição e diferentes momentos/sessões informativas e formativas aos utentes e familiares/cuidadores, das quais constam todas as intervenções acima mencionadas e validação das mesmas. O EER inicia a sua intervenção assim que o utente é admitido, tendo um papel de destaque no seio da equipa. Consegui observar toda a intervenção deste, dando resposta a todos os aspectos que me propus no Guião de Observação.

Consistiu uma mais-valia na minha incursão na UCV a observação da actuação contínua do EER num utente com AVC agudo, após trombólise que iniciou um quadro de insuficiência respiratória com atelectasia diagnosticada por exame radiológico e que com intervenção permanente (durante 16 horas) por parte deste profissional com Reeducação Funcional Respiratória, evitou sem dúvida que este utente fosse submetido a uma entubação oro traqueal, com conseqüente ventilação invasiva. Toda a continuidade da intervenção especializada de reabilitação nos turnos e dias conseqüentes foi notória e de extrema pertinência como continuidade da melhoria da situação de doença deste utente. O reconhecimento por parte da restante equipa multiprofissional da intervenção deste profissional foi evidente, o que conjuntamente com a melhoria gradual da situação clínica do utente se torna extremamente reconfortante para o EER, dando visibilidade ao papel deste profissional.

A minha incursão na UCV iniciou-se logo, após breve apresentação de um dos EER que iria acompanhar, pela observação da jornada de trabalho diário. Esta tem o seu início pelas 8 horas com a reunião de passagem de turno, na qual como habitualmente os enfermeiros do turno da noite, de seu número 2, passam toda a informação referente aos utentes aos colegas da manhã, sendo estes 2 ou 3 elementos e um EER. Constatei que esta informação era muito completa, relacionado com a rotatividade dos utentes no serviço, visto nem todos os enfermeiros estarem sempre a par da situação clínica de todos os utentes. Encontra-se sempre presente um EER no turno da manhã e outro no turno da tarde, em que toda a informação referente aos cuidados de

reabilitação é transmitida por estes à equipa de enfermagem, visando a sua continuidade. Denota-se um papel de destaque e muita relevância do enfermeiro de reabilitação no seio da equipa. A passagem de turno tem o seu término pelas 8.30 horas, dando-se início à reunião diária multiprofissional, de 2ª a 6ª feira, junto ao utente, onde é discutido todo o plano de intervenção; terapêutico e de reabilitação do utente pelos seus intervenientes. Fazem parte integrante da equipa que participa na reunião: os enfermeiros do turno da manhã; enfermeira chefe; EER; coordenador médico; neurologistas; médicos especializados em medicina interna; neurointensivista; neurorradiologista; administrativa; fisioterapeuta; técnicos de diagnóstico (Doppler), não havendo no entanto participação do utente ou familiar. Também não se encontram incluídas na equipa que integra esta reunião a assistente social e nutricionista, o que se prende com o horário em que iniciam a sua actividade.

Mais uma vez a intervenção do EER nesta reunião é preponderante, sendo discutida a intervenção especializada com a restante equipa, nomeadamente no que reporta à reeducação das alterações motoras, destacando-se a disfagia e das alterações respiratórias. É neste momento discutida a alta do utente, a qual também dependerá da avaliação feita pelo EER. No decurso da reunião são visualizados diariamente os exames complementares de diagnóstico realizados, em televisão para o efeito, com participação dos diferentes profissionais e planeamento e reajuste da intervenção terapêutica e objectivos traçados. A envolvência da família, preparação que detêm para cuidar do seu familiar em situação de dependência, as dificuldades sentidas e o local de retorno do utente aquando a alta, é também discutido em reunião de equipa, tomando todos os profissionais conhecimento da situação familiar e social do utente, visando a preparação para a alta atempada e mobilizando os recursos necessários para a mesma. Ressalvo a pertinência deste momento de partilha de informação, estabelecimento de objectivos, diagnósticos, planeamento de estratégias de intervenção e avaliação de resultados como uma mais-valia para a actuação do enfermeiro de reabilitação, constituindo para mim um momento de grande aprendizagem, onde articulei muitos saberes com a prática clínica e adquiri muitos conhecimentos.

No sentido de fundamentar a minha observação, dar resposta a dúvidas pontuais, ou alicerçar conhecimentos, fiz diversas pesquisas recorrendo à pesquisa bibliográfica, à consulta dos apontamentos fornecidos nas unidades curriculares do curso de

especialização em enfermagem de reabilitação, aos protocolos existentes no serviço, aos conhecimentos e actuação dos EER da unidade, o que se revelou proveitoso, pois foi um suporte precioso para o entendimento de toda a especificidade do utente na fase aguda do AVC e seu processo de reabilitação.

Após esta reunião a chefia de enfermagem atribui os utentes à equipa de enfermagem presente, dando prioridade ao EER que selecciona quais os utentes que irá acompanhar e aos quais presta cuidados de enfermagem na sua globalidade concomitantemente com a sua intervenção especializada. O método de trabalho utilizado é o método individualizado por enfermeiro responsável, ficando o EER também responsável pelos cuidados de reabilitação aos restantes utentes da unidade aos quais seja necessária a sua intervenção.

No que reporta ao padrão de documentação de registo dos utentes, este consiste em processo único em suporte de papel, não se encontrando ainda informatizado. Existe um placar em cada cama, referente a cada utente internado, onde é realizado todo o registo de enfermagem, incluindo a escala de NHISS e Sistema de classificação de doentes. Relativamente ao registo de enfermagem de reabilitação este é o único a ser realizado informaticamente, pela existência recente de um instrumento de registo na plataforma informática do hospital ao qual têm acesso todos os EER, fisioterapeutas e fisiatras da instituição por forma a promover a continuidade dos cuidados e articulação entre estes profissionais no processo de cuidados ao utente, podendo no entanto ser consultado por toda a equipa multiprofissional. Este registo, o qual tive a oportunidade de observar aquando a sua realização pelos EER que acompanhei, é sempre realizado por estes, enquanto profissionais com autonomia na sua intervenção, sendo no entanto pouco efectuado pelos fisioterapeutas, os quais apenas podem intervir e registar a sua intervenção após plano estabelecido pela fisiatra. O enfermeiro de reabilitação regista a sua avaliação; plano de intervenção e respectiva implementação do plano. Mais uma vez este documento permite dar visibilidade ao papel do EER no seio da equipa, constatando que todos os profissionais desta consultam frequentemente estes registos. O programa informático permite ainda a consulta de um mapa de actuação deste profissional, por utente, desde a admissão até ao momento actual de internamento, por forma a permitir uma visualização mais completa e detalhada da sua intervenção, dando uma noção mais precisa da continuidade dos cuidados especializados.

Concomitantemente à aplicação da escala de NHISS são aplicados instrumentos de avaliação de risco pela equipa de enfermagem, nomeadamente avaliação do risco de quedas- Escala de Morse; avaliação da dor; avaliação de úlceras de pressão- escala de Braden, os quais fazem parte dos padrões de qualidade definidos para o hospital. O seu registo é ainda realizado em padrão documentação em suporte de papel, encontrando-se a ser inicializado também em suporte informático.

A envolvimento da família/cuidador do utente nos cuidados é efectivamente efectuada o mais precocemente possível na UCV pela equipa multiprofissional, nomeadamente pelos EER por forma a promover o mais precocemente possível a sua autonomia, a sua reinserção na família e comunidade e um regresso a casa harmonioso.

No que reporta à articulação entre o EER da UCV e o EER/equipa de enfermagem de outros contextos de cuidados esta é assegurada pela realização da carta de alta, a qual compila toda a informação promotora da continuidade dos cuidados de enfermagem e da intervenção de reabilitação. No entanto esta continuidade é apenas assegurada, pelo que pude observar, pela realização e envio da carta de alta. Não poderá deixar de ser tido em linha de conta que cerca de 50% dos utentes da UCV retornam ao domicílio tornando-se imprescindível a articulação com a equipa da unidade de saúde da comunidade à qual o utente e família pertencem, visando a continuidade de cuidados de reabilitação. Como nos diz Almeida [et al] “a transição para o domicílio fica muito facilitada quando existe informação precisa e adequada disponível”, desta forma o enfermeiro em contexto comunitário poderá realizar uma avaliação inicial muito mais precisa promovendo assim “uma continuidade de cuidados de melhor qualidade ao doente e família” (2005, p.28). Para Jesus, Silva e Andrade a continuidade de cuidados consiste na “transição real e eficaz do utente, da instituição de saúde onde está internado para casa” (2005, p.27) e é fundamental para o êxito dos cuidados domiciliários. Exige tanto a preparação do utente para alta, como a coordenação dos recursos adequados, por forma a facilitar a adaptação do utente/prestador de cuidados à sua nova condição.

O facto de não ter constituído este breve período de observação o meu primeiro contacto prático com a enfermagem de reabilitação, tornou-se facilitador para a minha aprendizagem, pois a compreensão da intervenção do EER encontra-se mais estruturada e assente numa base teórica mais sustentada. A minha incursão neste contexto de cuidados constituiu uma experiência de grande aprendizagem, em que

foram articulados os saberes teóricos com os práticos em contexto da prática clínica, na qual procurei desde o início a consecução do objectivo inicialmente proposto para esta realidade de cuidados, bem como dar resposta aos aspectos a observar descritos no guião de observação elaborado.

Foi de extrema pertinência a observação da intervenção de reabilitação à pessoa com AVC em fase aguda, visando a aquisição de competências específicas de reabilitação nesta fase da doença e facilitar o processo de acompanhamento e continuidade desta noutros contextos de cuidados e durante todo o percurso do seu processo de doença. Foi igualmente gratificante compreender o papel do enfermeiro de reabilitação no seio de uma equipa multiprofissional numa unidade cerebrovascular, bem como o impacto e visibilidade da sua intervenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-ALMEIDA, Ana Cristina; [et al] (2005) – Transição do Doente dependente para a Família. In: **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844.Nº 62 (Setembro 2005). P. 26-31.

-FERRO, José (2006) – Acidentes vasculares Cerebrais. IN: FERRO, José; PIMENTEL, José- **NEUROLOGIA: Princípios, Diagnósticos e Tratamento**. Lisboa: LIDEL. ISBN: 978-972-757-368-4. P:77-87.

-JESUS, Clarinda; SILVA, Cristina; ANDRADE, Fernanda (2005) - Alta clínica e continuidade de cuidados no domicílio. In: **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-0844. Nº 59 (Março 2005). P.25-28

-LEAL, Filomena (2001) - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL. In: PADILHA, Arménio et al- **ENFERMAGEM EM NEUROLOGIA**. Coimbra: FORMASAU, 2001. ISBN 972- 8485-18-2. P.129-151.

-NATIONAL INSTITUTE of HEALTH (2010) - National Institute of Health Stroke Scale International. United States of America. [em linha]. Acedido em Dezembro 2011. Disponível em <http://www.nihstrokescale.org/portuguese.shtml>

“REFLEXÃO”

Ensino clínico realizado no Centro de Reabilitação XXXXXXXXXX

Elaborado por:

Isabel Margarida da costa Ramos Bruno

Capelo Marques da Costa (nº3576)

Docente Responsável:

Professora Doutora Maria Manuela Gândara

LISBOA

2012

REFLEXÃO

Por forma a dar cumprimento ao Trabalho de Projecto realizado no decurso do semestre anterior com a temática “*Promoção da autonomia nas Actividades de Vida Diárias mobilização, higiene e conforto e vestir e despir, na pessoa que sofreu acidente vascular cerebral*”, tornou-se pertinente delinear o meu ensino clínico tendo em vista a compreensão do processo de reabilitação e prestação de cuidados especializados à pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC) durante todo o seu percurso de doença, desde o incidente até à fase de sequelas, pelo que realizei incursões em distintos contextos de cuidados. Para os mesmos foram estabelecidos objectivos gerais, específicos, perspectivado o desenvolvimento das actividades tendo por base as competências específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação (EER) e definidos critérios de avaliação e recursos a utilizar, adequados aos contextos.

Iniciei o meu percurso na prática clínica com uma incursão em contexto comunitário, seguida de uma breve passagem de observação pelo contexto de uma Unidade Cerebrovascular com intervenção de enfermagem de reabilitação na fase aguda ao utente que sofreu AVC. Chega então a altura de adquirir competências na intervenção especializada à pessoa com patologia do foro neurológico, de onde se destaca o utente com AVC em fase de sequelas, pelo que defini como objectivo geral “compreender o processo de reabilitação e prestar cuidados especializados à pessoa com AVC em fase de sequelas”. Para assegurar o cumprimento do mesmo propus-me realizar uma incursão de 6 semanas num Centro de Reabilitação, 5 delas num serviço de internamento e 1 semana de observação no Departamento de Actividades de Vida Diárias (AVD).

Decorridas as 5 semanas no serviço [REDACTED], onde tive como orientador o Enfermeiro Especialista de Reabilitação [REDACTED], chega a hora de efectuar um balanço final da minha passagem neste contexto de cuidados tão específico e que contribuiu muito para o meu crescimento neste percurso de aprendizagem, como passarei a descrever. O ensino clínico nesta prática de cuidados teve início a 5 Dezembro de 2011 e término a 27 Janeiro 2012, sendo que a última semana corresponde ao período realizado no Departamento de AVD.

O Centro de Reabilitação é caracterizado, desde a sua constituição, por prestar um serviço de excelência em medicina de reabilitação, sendo considerado um dos

melhores hospitais na área da reabilitação, permitindo às pessoas reconstruírem as suas vidas após um acidente incapacitante ou doença. Encontra-se vocacionado para a reabilitação de pessoas portadoras de deficiência de domínio físico ou multificiência congénita e adquirida, de qualquer idade, provenientes de todo o país. Encontra-se organizado em quatro serviços de acordo com o regime de prestação de cuidados e com o grupo etário, sendo estes: dois serviços de Reabilitação de Adultos, com idade igual ou superior a 18 anos; o serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento e o Serviço de Ambulatório.

Como já referido a minha incursão realizou-se no Serviço [REDACTED] o qual estruturalmente é constituído por um corredor único com cinco enfermarias de seis camas localizadas do lado esquerdo e os serviços de apoio à direita, perfazendo deste modo uma lotação de trinta camas. É um serviço misto sendo as primeiras 2 enfermarias reservadas a internamentos de utentes do sexo feminino e as três últimas para utentes do sexo masculino. Cada enfermaria é constituída: pelas unidades dos utentes, das quais fazem parte a cama, mesa-de-cabeceira, mesa de apoio, cadeira e roupeiro e respectivos produtos de apoio; pela casa de banho apenas para o uso sanitário e por um lavatório com espelho para a realização dos cuidados de higiene e conforto parciais. Também faz parte de cada enfermaria um carro de apoio equipado com todo o material clínico e roupa necessário para a prestação de cuidados aos utentes. Existem duas casas de banho, uma para uso feminino e outra para uso masculino, no referido serviço, devidamente equipadas e adaptadas para a realização dos cuidados de higiene e conforto aos utentes internados. Faz parte ainda da sua constituição um refeitório com sala comum, para os utentes, podendo estes ser sempre acompanhados pelos respectivos familiares no período destinado às visitas.

A existência de um ginásio no serviço constitui em meu ver uma mais-valia, quer para os utentes quer para os profissionais do serviço, pois aqui é permitida ao EER toda uma intervenção especializada nos períodos em que os utentes não têm calendarizadas actividades nos departamentos, sendo predominantemente entre as refeições do lanche e jantar e aos fins-de-semana para os utentes que não vão a casa e permanecem no centro. Este encontra-se equipado com: aparelhos de *Standing Frame* e mesas de apoio, nos quais é realizada aos utentes com indicação para tal a posição de pé, os treinos de equilíbrio em pé, estático e dinâmico, a correcção postural e coordenação de movimentos, pelo EER; por um espelho para correcção postural; por

3 colchões de plano duro, sendo 2 deles articulados, nos quais permite a realização de mobilização dos utentes, actividades terapêuticas (Auto mobilizações, ponte, rolar lado são e lado afectado, facilitação cruzada, carga no ombro e cotovelo, rotação da bacia e equilíbrio sentado e em pé, estático e dinâmico), alternância de decúbitos, exercícios de fortalecimento muscular com recorrência a alguns produtos (bolas; pesos; sacos de areia) e exercícios de relaxamento e controlo respiratório. Este espaço também se destina para realização de momentos formativos ao utente e família, mais especificamente no que reporta à mobilização, posicionamentos, instrução e treino de uso de produtos de apoio e treino de vestuário e calçado.

Vários gabinetes para uso da equipa multiprofissional também fazem parte do serviço e são utilizados para as diversas reuniões de equipa, bem como o gabinete da chefia de enfermagem, sala de enfermagem, sala de terapêutica, balcão de apoio ao serviço, arrecadações e zona de sujos.

A equipa multiprofissional é constituída pela enfermeira chefe e enfermeira de coordenação, as quais exercem funções nos turnos da manhã; oito EER; seis enfermeiros com formação interna em reabilitação (curso teórico-prático que permite a mobilização dos utentes, ministrado por EER); quatro enfermeiros generalistas; dezasseis assistentes operacionais; uma assistente social; uma psicóloga; fisiatras e a equipa médica. Da equipa multiprofissional ainda fazem parte os terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, fisioterapeutas e dietista, cujo espaço físico não se localiza no serviço, mas nos departamentos aos quais os utentes se deslocam consoante o horário semanal pré-estabelecido pela equipa multidisciplinar. Os utentes têm ainda assistência, caso necessário, de clínicos da especialidade de urologia, cirurgia plástica, psiquiatria, ortopedia, neuroftalmologia e medicina interna.

Como nos refere Menoita [et al]

“uma reintegração bem sucedida da pessoa com incapacidade na comunidade a que pertence implica uma congregação de esforços, tenho em conta diversas variáveis, como por exemplo a localização geográfica, o suporte familiar, o acesso a todos os recursos da comunidade, os recursos financeiros e as barreiras psicossociais” (2012,p.39).

Tendo em conta este cenário “a equipa interprofissional constitui um recurso primordial à pessoa com incapacidade” (MENOITA [et al], 2012,p.39). Ainda na perspectiva destes autores “a reabilitação só faz sentido quando desenvolvida em **complementaridade funcional** com outros profissionais, em **interdisciplinaridade**”

(2012,p.39). Defendem que o sucesso da reabilitação depende da continuidade, da coordenação e da inter-relação da intervenção de toda a equipa, em detrimento de um conjunto de actos ou técnicas isoladas. Só assim existe tradução na resolução dos problemas e na melhoria da qualidade de vida, (MENOITA [et al], 2012).

Os turnos da tarde apenas poderão ser realizados por EER e pelos enfermeiros com o curso interno em reabilitação, pois é neste período que os utentes se encontram com maior disponibilidade em termos de horário para a realização da Reeducação Funcional Motora e Respiratória e para a realização de momentos de intervenção formativa, encontrando-se habitualmente presentes e disponíveis os familiares/cuidadores. Estes são desde o momento de admissão da pessoa no Centro envolvidos no processo de cuidados por forma a que participem activamente nos mesmos, sendo que o envolvimento das famílias nos cuidados aos seus utentes, na perspectiva de Jesus, Silva e Andrade, obriga a que a equipa de saúde seja detentora de um conhecimento sobre a “ estrutura familiar, a sua complexidade e as relações existentes entre os vários elementos”, adaptando-se esta equipa às mudanças estruturais da sociedade e conseqüente mudança da estrutura familiar (2005, p.27). Ainda para estes autores esta é considerada como objecto do cuidar paralelamente ao utente, estando os profissionais despertados para as suas necessidades enquanto família doente com a sua estrutura alterada, capacidades afectadas, assim como a mobilização dos seus recursos.

Estes profissionais especializados poderão ainda realizar o turno da manhã, o qual é assegurado 4 enfermeiros, à excepção dos enfermeiros com cargo de gestão, sendo que habitualmente a grande maioria dos turnos da manhã, bem como o período nocturno, são garantidos por enfermeiros generalistas, em número de um neste último. O turno da tarde é assegurado por 4 enfermeiros.

No referente à preparação e administração de terapêutica é utilizado o método de “Unidose”, a qual é preparada para 24 horas pela farmácia interna. A medicação é confirmada em conjunto diariamente pelo enfermeiro e pelo técnico da farmácia, sendo administrada pelo enfermeiro aos utentes que lhe são atribuídos, com excepção do turno da manhã no qual há uma enfermeira responsável pela administração de toda a terapêutica e pela gestão dos níveis de consumo.

O modelo teórico preconizado no Centro é o Modelo de Enfermagem de Nancy Roper e é com base neste modelo que são realizados os planos de cuidados de enfermagem,

bem com os restantes registos, dos quais faz parte o Sistema de Classificação de Doentes, tornando-se imperiosa a conformidade de todo o registo da intervenção de enfermagem, o qual é submetido a auditorias internas e externas. O processo do utente é um processo único, em suporte de papel e que acompanha o utente a todas as avaliações por parte da equipa de saúde. Não existe um padrão de documentação exclusivo do âmbito da Enfermagem de Reabilitação, no entanto em todo o documento de registo esta intervenção especializada está contemplada, não deixando em momento algum de ser efectuado um registo preciso pelo EER.

No referente à aplicação de instrumentos de avaliação da dependência e da funcionalidade, nesta instituição é utilizada a Medida de Independência Funcional (MIF). Esta escala segundo Sequeira “é cotada em sete níveis, desde a dependência à independência, de acordo com o grau de funcionalidade” reflectindo em função da incapacidade identificada a necessidade de cuidados, (2010, p.69). É um instrumento que “tem como objectivo avaliar o que o individuo é capaz de fazer e possibilita a monitorização da funcionalidade ao longo do tempo ou num determinado momento”, (2010,p.69). São seis as dimensões na qual é avaliada a funcionalidade e num total de 18 funções. Destas 18 funções 13 são do campo motor e 5 do campo cognitivo, (SEQUEIRA, 2010).

Esta avaliação é realizada aquando a admissão do utente no Centro e aquando a alta por toda a equipa multiprofissional e é baseada nesta que são definidos os objectivos individuais, em reunião denominada de “reunião de objectivos”. Esta realiza-se semanalmente à terça-feira para o serviço ██████████, no período da manhã, para os utentes entrados na semana anterior, constituindo a primeira reunião do utente. Posteriormente é realizada de 4 em 4 semanas, passando a chamar-se de “reunião de reavaliação” onde se mantêm todos os intervenientes e reajustam e reformulam os objectivos inicialmente propostos. Semanalmente realiza-se ainda a denominada reunião de horários, onde conjuntamente são aferidos os horários de actividades nos departamentos, para cada utente para a semana seguinte. Aproximadamente no final de 60 dias (para o utente com o diagnostico de AVC) é realizada uma reavaliação final e a chamada MIF de saída. Segundo Hoeman “uma equipa de profissionais com diferentes experiências, personalidades e especializações torna-se coesa através de uma meta e propósitos comuns; o resultado é uma equipa harmoniosamente funcional” (2000,p.88). Na perspectiva de Hesbeen “para que uma equipa obtenha bons

resultados, deve ser construída e orientada em torno de projectos de cuidados-ou do projecto de cuidar de uma pessoa-dirigidos aos doentes e seus próximos” (2010,p.71). Deverá estar motivada para investir de forma a atingir os objectivos profissionais partilhados.

A primeira semana de internamento, precedente à reunião de objectivos, é destinada às avaliações pelos diferentes profissionais da equipa, nos distintos departamentos e para adaptação dos utentes ao Centro e internamento. Tive a oportunidade no meu segundo dia na prática clínica de assistir, conjuntamente com o enfermeiro orientador, à “reunião de objectivos” e “reunião de reavaliação”, tendo este sido um dos poucos contactos que tive com a Medida de Independência Funcional. Na prática diária do internamento esta não constitui qualquer orientação para os profissionais de enfermagem, não sendo aplicada. Considero uma mais-valia para a minha aprendizagem ter assistido a este momento de avaliação por parte da equipa multiprofissional, tendo facilitado a minha compreensão na definição dos objectivos para o internamento e definição dos papéis dos diversos intervenientes. Constatei que o EER tem um papel de relevo no seio desta equipa, sendo sempre este o representante de enfermagem do serviço. É este que actualiza a MIF dos seus utentes e a discute com os restantes profissionais.

O método de trabalho utilizado no serviço é o de enfermeiro responsável, sendo que a cada utente é atribuído por parte da chefia de enfermagem um enfermeiro responsável e um co-responsável, sendo estes respectivamente um EER e um enfermeiro generalista. Compete a estes todo o acompanhamento do utente e família/cuidador durante o internamento, a discussão dos utentes nas respectivas reuniões da equipa multiprofissional, bem como a articulação com outros contextos de cuidados aquando a alta.

Concomitantemente à aplicação da MIF aquando a admissão são também aplicados, os instrumentos de avaliação de risco preconizados pelo Centro, pela equipa de enfermagem do serviço, nomeadamente avaliação do risco de quedas- Escala de Morse e avaliação de úlceras de pressão- escala de Braden e questionário da avaliação da pele, nas primeiras 24 horas de internamento. São conseqüentemente planeadas e implementadas medidas de intervenção, consoante o grau de risco detectado, segundo protocolo do serviço e de acordo com o programa de melhoria contínua da qualidade da instituição. Todos os utentes com risco de queda são

submetidos a sinalização (triângulo amarelo) que é colocada na cabeceira da cama; na cadeira de rodas (CR) e no quadro da sala de enfermagem, fazendo esta medida parte do protocolo de prevenção de quedas.

As admissões nesta instituição efectivam-se habitualmente à segunda e sexta-feira, podendo no entanto surgir alguns internamentos no decorrer da semana e com duração já pré definida de acordo com o diagnóstico principal de entrada. Poderá no entanto haver variação consoante o sistema de saúde em causa, sendo a demora média de internamento no entanto para os utentes beneficiários do subsistema de saúde da Segurança Social de 60 dias afecta à patologia AVC. As patologias mais frequentes neste serviço são os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), os quais constituem a grande fatia, cerca de 80%, os Traumatismos Crânio Encefálicos (TCE) e Doenças Neurológicas Degenerativas. No outro Serviço de internamento de adultos, predominam as Lesões Vertebro Medulares, no entanto cerca de 30% dos internamentos consistem em utentes com o diagnóstico de AVC.

Constata-se efectivamente no decurso dos últimos anos um aumento significativo do número de pessoas que sofrem AVC e são submetidas a institucionalização. Para Ferro “os acidentes vasculares cerebrais são uma das afecções neurológicas agudas mais comuns e são também uma das patologias mais frequentes como causa de internamento hospitalar” (2010, p.77). Consistem, ainda para este, num grave problema de saúde pública em Portugal. Segundo Ribeiro para as pessoas que sobrevivem ao AVC “as sequelas são relativamente frequentes, graves e variadas, com manifestações motoras ou cognitivas, a par das manifestações emocionais, e consequências sociais” (2006,p.5). Refere ainda que o aumento do envelhecimento na sociedade actual e o desenvolvimento da intervenção médica, permitem que se morra menos com este tipo de incidentes.

O aumento da esperança de vida, a diminuição da mortalidade e natalidade e o resultante aumento do envelhecimento da população portuguesa são uma realidade, a qual se irá retractar num aumento do número de pessoas internadas com AVC e com previsão de aumento nas próximas décadas. Estas são confrontadas com a diminuição súbita da sua independência e autonomia na realização das suas AVD, provocando alterações significativas no seu seio familiar com repercussões económicas e sociais. Neste serviço confrontei-me com utentes com AVC com uma faixa etária muito baixa, o que me causou alguma inquietação e preocupação. Constatei que algumas destas

peessoas têm na base deste incidente uma patologia associada, mas noutras apenas existe relação com hábitos de vida menos saudáveis, o que constitui efectivamente preocupação. Como nos refere Martins (2002), o aumento da incidência do AVC pode estar relacionado com determinados estados fisiológicos patológicos e certos hábitos de vida. É de extrema importância o conhecimento desses factores por forma a possibilitar uma prevenção primária essencialmente orientada para a eliminação de alguns hábitos de vida.

Martins diz-nos ainda que diversos autores “referem as medidas preventivas como o primeiro passo a dar na redução desta doença” (2002,p.63), no que reporta essencialmente: - ao controlo da tensão arterial, com instituição de terapêutica ou dietética; - à abstenção de tabaco; - recurso a outros meios de contracepção em detrimento dos contraceptivos orais; - diminuição do consumo etanólico; - à profilaxia da febre reumática e à prevenção da patologia cardíaca. Refere-nos ainda que a elevada frequência dos AVC, os custos associados para o utente e sistemas de saúde, o seu carácter súbito e o facto de afectarem pessoas em idade produtiva “são aspectos que contribuem para que cada vez mais se estudem os factores de risco e se invista na prevenção” (2002, p.63). Torna-se imperioso o conhecimento dos factores de risco e intervir no seu controlo, tendo em conta a magnitude do problema que o AVC representa.

Constatei que a equipa multiprofissional do serviço se encontra devidamente desperta e atenta a esta problemática, no entanto como serviço de internamento com intervenção na fase de sequelas apenas poderão intervir nos seus utentes já com patologia instalada, denotando-se no entanto grande investimento na informação e formação destes, bem como dos seus familiares e cuidadores.

Neste serviço é notória a preocupação no referente à preparação da alta e continuidade de cuidados por parte de toda a equipa, pelo que esta começa a ser pensada desde o momento da admissão do utente e em articulação com os restantes elementos da equipe multiprofissional. É desde logo feito o diagnóstico da situação e o acompanhamento do utente e familiar/cuidador com o intuito de providenciar, orientar e encaminhar as ajudas necessárias para esse momento. É de extrema pertinência o conhecimento aprofundado do contexto familiar do utente por forma a poder também posteriormente adequar produtos de apoio adaptados à sua realidade, os quais são testados e utilizados no treino realizado com os utentes, o mais precocemente possível.

Os familiares são incluídos desde o início no processo de cuidados e são preparados para a alta conjuntamente com o utente.

A referenciação à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a qual constitui uma resposta que se encontra num nível intermédio entre os cuidados comunitários e os hospitalares, é realizada também no serviço quando detectada a sua pertinência para o processo de cuidados do utente, pela equipa do serviço, onde é o EER que realiza a referenciação dos utentes pelos quais é responsável para a tipologia definida pela equipa e pelo utente/familiar. As unidades de cuidados continuados integrados (UCCI), as quais se distinguem entre si por uma tipologia específica, são as respostas na prestação de cuidados de saúde e de apoio social da RNCCI.

A articulação com os outros contextos de cuidados visando a continuidade dos mesmos da pessoa com patologia do foro neurológico, na qual se encontra a pessoa com AVC, é uma evidência neste serviço, a qual pode presenciar, compreender e promover. É realizado um contacto telefónico prévio com a unidade de saúde à qual o utente pertence, pelo EER como enfermeiro responsável pelos seus utentes, ou na ausência deste pelo enfermeiro co-responsável, ao enfermeiro de reabilitação da unidade em causa, caso exista na mesma este profissional especializado, ou ao enfermeiro de referência na unidade. Procura-se que este contacto seja realizado em pelo menos dois momentos: no início do internamento e aquando a alta, tendo em vista a melhor promoção da continuidade dos cuidados. Sempre que possível deverá ser realizado pelo EER. Concomitantemente ao contacto telefónico preconiza-se a realização da carta de alta para o contexto de cuidados para onde o utente regressará e como já anteriormente referido toda a preparação do utente e família, mobilizando todos os recursos necessários.

Os familiares e cuidadores poderão permanecer junto dos seus utentes no período das visitas, entre as 16.30 e as 20 horas ou sempre que solicitem ou se constate ser necessário para o bem-estar dos intervenientes. É destinado e estabelecido, por parte da assistente social, um dia ou mais se necessário, para os familiares acompanharem os seus utentes aos diversos departamentos, por forma a inteirarem-se dos programas de reabilitação e serem informados e formados no referente a algumas técnicas ou produtos de apoio. É previamente realizado o contacto telefónico com os mesmos e agendado o (os) dia (as) de visita.

Na minha perspectiva constitui uma mais-valia para o utente e seus familiares/cuidadores o facto deste poder ir passar o fim de semana a casa sempre que o deseje e lhe seja permitido. É solicitado aos enfermeiros do serviço que conjuntamente com o clínico assinam a respectiva autorização. Estes confrontam-se precocemente com o seu contexto comunitário, permitindo-lhes adaptar produtos de apoio e reorganizar espaços, procedendo à remoção de barreiras arquitectónicas caso o desejem e achem necessário, visando a promoção da sua autonomia e a manutenção de um ambiente seguro.

Este contexto de cuidados constituiu para mim um grande impulso no meu processo de aprendizagem, pois permitiu-me a aquisição de competências específicas que me permitem prestar cuidados de reabilitação a utentes do foro neurológico, nomeadamente utentes com AVC. Ao segundo dia na prática clínica, conjuntamente com o enfermeiro orientador, seleccionei dois utentes com o diagnóstico de AVC, visando o cumprimento dos objectivos inicialmente propostos para este contexto de cuidados e actividades perspectivadas. Acompanhei-os durante toda a minha incursão no serviço, permitindo-me realizar uma recolha de dados destes utentes e família; realizar a neuroavaliação de enfermagem e exame objectivo que sustentaram a realização de um plano de intervenção exequível, de acordo com os objectivos da pessoa e família, visando a promoção da autonomia, adaptação destes à sua nova condição e reintegração social.

Nos planos de cuidados realizados procurei utilizar os instrumentos de análise de situação na perspectiva de Collière, visto o trabalho de projecto elaborado ser suportado no seu pensamento, para agrupar as informações recolhidas e analisar as suas possibilidades de autonomia versus dependência, visando a elaboração de um plano o mais adequado possível ao utente/família. Os problemas de enfermagem levantados foram enquadrados nas actividades de vida alteradas, para as quais foram delineadas as intervenções de enfermagem que achei serem pertinentes e adequadas ao contexto de cuidados do utente e família. Tiveram por base o modelo de enfermagem de Nancy Roper, por ser o modelo adoptado pelo Centro e é com base neste modelo que são efectuados todos os registos de enfermagem do serviço, o que faz com que estes planos tenham uma linguagem adaptada à realidade do mesmo, tornando-os exequíveis.

Constituiu um factor facilitador do meu acompanhamento a estes utentes e família o facto do seu ingresso nesta instituição se dar na minha primeira semana de ensino clínico, o que permitiu um acompanhamento desde o início, permitindo-me realizar uma intervenção de reabilitação mais abrangente e com maior visualização de resultados.

Procurei também não limitar ou restringir a minha aprendizagem e actuação à promoção de autonomia do utente com AVC na realização das AVD definidas no projecto inicial, mas à promoção da autonomia visualizando o utente como um todo e implicando-o como parceiro activo do processo de cuidados. Das AVD não salientadas na temática do projecto destaco a minha intervenção no treino de deglutição em doentes com disfagia a líquidos ou a sólidos, intervindo nas várias fases da deglutição visando o restabelecimento da mesma. Segundo estudo de White [et al] “a disfagia pode ocorrer nas fases orofaríngea ou esofágica da deglutição” em que cerca de 75% destes casos têm como causa associada uma patologia do foro neurológico, tal como o AVC, uma demência ou uma doença de Parkinson, (2008,p.52). Os utentes aos quais prestei cuidados de reabilitação na disfagia, todos eles com o diagnóstico de AVC, esta era efectivamente mais evidente (sem exames de diagnóstico) na fase oral e faríngea e após intervenção contínua e persistente dos EER nas várias refeições diárias, estes utentes foram recuperando gradualmente a deglutição. O mesmo autor também nos refere que “a disfagia resultante de um acidente vascular cerebral é temporária em 90% dos casos” enquanto que nos utentes com o diagnóstico de demência ou síndromes parkinsonianas ela está integrada no declínio geral e “a disfagia esofágica ocorre geralmente em resultado de uma doença obstrutiva”, (WHITE, 2008, p.52).

Saliento também a minha intervenção de reabilitação na AVD Eliminação, onde tive a oportunidade de realizar treinos vesicais e intestinais visando promover uma eliminação vesical e intestinal eficaz e em segurança. Também nestes utentes após intervenção dos EER foi evidente a evolução favorável nesta AVD.

Tive oportunidade de prestar cuidados de reabilitação, conjuntamente com o enfermeiro orientador a utentes com outras patologias do foro neurológico, tais como TCE e Guillent-Barré, o que constituiu sem dúvida uma mais-valia para a minha aprendizagem, pois permitiu-me aprofundar outras patologias e prestar cuidados especializados a outros utentes.

Tive, como tal, oportunidade de realizar diversas técnicas no âmbito das competências da Enfermagem de reabilitação, das quais destaco: mobilizações

passivas, activas assistidas, activas livres e resistidas de todos os segmentos do membro inferior e superior a utentes com hipotonicidade e hipertonicidade (espasticidade e rigidez); actividades terapêuticas no leito e colchão de plano duro (automobilizações, ponte, rolar lado são e lado afectado, facilitação cruzada, carga no ombro e cotovelo, rotação da bacia e equilíbrio sentado e em pé, estático e dinâmico); alternância de decúbitos; transferências entre superfícies com e sem dispositivos de transferência (tábuas e disco); transferência CR/banheira e banheira/CR com técnica do hemiplégico, com e sem dispositivos de apoio; levantes; treino de marcha com e sem auxiliares de marcha; “push-up” na cadeira de rodas; treino de AVD; treino de motricidade fina; treino de coordenação de movimentos; treino de escadas em CR; treino de entrada e saída do carro com e sem dispositivo de transferência; treino de posição de pé estática no *Standing Frame* ou mesa de apoio; colocação de ortóteses (tala de punho e mão); colocação de talas pneumáticas de membro superior e inferior; neuroavaliações; exames objectivos; sessões de educação aos utentes e familiares/cuidadores e validação das mesmas; entre outras. Articulei os conteúdos teóricos adquiridos com a prática, tendo gradativamente aperfeiçoando as diferentes técnicas, muitas das quais nunca antes realizadas.

Não constituindo este o meu primeiro contacto em contexto prático com a enfermagem de reabilitação, foi no entanto o meu primeiro contacto com utentes com AVC nesta fase da doença. No meu contexto profissional a predominância são os AVC agudos, pelo que nas primeiras duas semanas de ensino clínico senti alguma insegurança e receio na intervenção especializada a estes utentes. O acompanhamento e apoio por parte do enfermeiro orientador foram sem dúvida um factor facilitador da minha integração e na minha aprendizagem, bem como o apoio da restante equipa de enfermagem, mais evidente dos EER no período da tarde, pois os turnos que predominaram foram efectivamente estes, pela maior intervenção de reabilitação neste período do dia. Procurei sempre sustentar a minha actuação numa base científica sólida, por forma a me sentir mais segura, o que foi notório a partir da terceira semana na prática clínica, encontrando-me mais integrada em toda a dinâmica do serviço e centro.

São conhecidos segundo Martins “dois modelos para o desenvolvimento do programa de reabilitação” dos utentes com AVC, um de Jonhstone (1979) e outro de Bobath (1978) em que “os critérios em que assentam ambos os métodos de tratamento são

semelhantes, embora variem as técnicas de acordo com as bases teóricas com que abordam o problema do deficiente e/ou os resultados das investigações que têm feito” (2002,p.92). O Centro não adopta nenhum modelo na sua essência, tendo sido criado um modelo misto, o qual está implementado em toda a instituição, visando uma uniformidade de intervenção por parte de todos os profissionais e consecução dos objectivos comuns de internamento traçados para os utentes.

A intervenção dos EER tem o seu início logo aquando o ingresso da pessoa no serviço, nunca deixando à margem a individualização da pessoa como um todo, inserida no seio da família, numa comunidade, numa sociedade e atendendo às suas particularidades. É evidente a preocupação da adequação dos produtos de apoio ao utente, os quais são utilizados no treino com o utente o mais precocemente possível. Tive como tal oportunidade de conhecer no contexto prático diferentes produtos de apoio, tais como: diferentes CR e seu manuseamento; diferentes almofadas de protecção e anti-escaras para CR (de gel, de alvéolos e de espuma); dispositivos de apoio e segurança para CR; dispositivos de compensação de vestuário; dispositivos de transferência entre superfícies (diversas tábuas e disco); ortóteses (talas de mão e punho); talas de espuma e pneumáticas para membro superior e inferior; entre outros.

Decorridas as cinco semanas de ensino clínico no serviço a última semana de prática clínica decorreu no departamento de AVD, onde tive oportunidade de observar ao longo de três dias a intervenção do EER junto dos doentes internados com patologia do foro neurológico, de onde se destacam os AVC, e do foro traumático, destacando-se a lesão medular, bem como a utentes em regime externo.

Este departamento tem um horário de funcionamento diurno, das 9.30 às 18.30, de 2ª a 6ª feira. Integram a equipa de enfermagem 8 enfermeiros todos eles especialistas em reabilitação, dos quais um é a enfermeira chefe desta unidade, sendo que cada enfermeiro dá apoio específico a um tipo de utentes ou serviço.

Sob a orientação da enfermeira [REDACTED] tive a oportunidade de observar e executar todo um conjunto de actividades e técnicas visando sempre o objectivo que orienta a intervenção do enfermeiro de reabilitação neste departamento, a *Promoção da máxima Autonomia do utente e família nas AVD*. A minha breve passagem por esta realidade adequou-se na perfeição ao meu projecto de intervenção, permitindo-me treinar todo um conjunto de técnicas, com e sem recorrência a produtos de apoio, a utentes com AVC e outras patologias integrando os cuidadores familiares. Como nos

diz Menoita [et al] “o treino das AVD é de primordial importância na promoção do autocuidado, tendo presente o estímulo à pessoa para que se torne o mais independente possível, ajudando-a somente naquilo que não consegue fazer sozinha” tendo em vista a obtenção de maior autonomia, bem como auto-estima, “tendo presente que é importante estimular o lado afectado” (2012, p.118). Referem-nos ainda que o programa de reabilitação sendo gradual e adequado às necessidades do utente deverá “integrar e envolver precocemente e sempre que possível a família, especialmente o elemento que será o cuidador” (2012, p.118).

O facto da enfermeira orientadora prestar cuidados apenas aos utentes internados no serviço onde estagiei constituiu para mim uma mais-valia, permitindo-me a continuidade de cuidados de reabilitação aos utentes e familiares que acompanhei no internamento e dos quais já era detentora do conhecimento das suas patologias e evolução, nomeadamente aos utentes a quem realizei os planos de cuidados e que acompanhei com maior proximidade no seu processo de doença e por um período de tempo mais longo. Senti igualmente algum agrado por parte destes na continuidade da minha intervenção, agora em contexto diferente, o que é sem dúvida gratificante. Permitiu-me validar alguns momentos formativos já realizados anteriormente bem como dar continuidade a este processo formativo e de treino.

Conjuntamente com a enfermeira orientadora realizei a admissão de alguns utentes nesta unidade, em que toda a recolha de informação acerca do utente, contexto familiar, cuidador, condições habitacionais, contexto domiciliário após a alta e barreiras arquitectónicas existentes são registadas na plataforma informática num documento criado para o efeito. Tive igualmente oportunidade de participar na alta de outros utentes, os quais já se encontravam autónomos na realização das suas AVD e adaptados à sua nova realidade.

Os EER desta unidade participam igualmente na reunião semanal de objectivos e reavaliações dos utentes que acompanham, tendo tido também oportunidade de assistir à preparação dos processos e registos, bem como actualização da MIF para discutir na próxima reunião. Todos os registos, à semelhança da nota de entrada, são realizados em suporte informático, onde o EER regista toda a sua intervenção e planeia as próximas sessões.

Como já referido executei durante este período diversas actividades a nível do treino de vestuário e calçado; higiene (desfazer barba, pentear, higiene oral), transferências

entre superfícies, com e sem produtos de apoio (cama, CR, cadeirão, sofá, banheira, sanita); actividades terapêuticas no leito tais como: rolar lado são e afectado, báscula posterior, automobilizações, ponte, carga no ombro e cotovelo, treino de equilíbrio sentado e em pé, estático e dinâmico. Tive ainda a oportunidade de conhecer e utilizar diversos dispositivos de compensação e produtos de apoio disponíveis no departamento de AVD, tais como: o dispositivo de ajuda a calçar meias; dispositivo de ajuda para vestir e despir calças; para abotoar e desabotoar botões; pinça alcançadora de objectos; bolsa palmar para adaptar escova de dentes, talher, caneta; diversas tábuas de banheira; cadeira rotativa de banho; escovas e esponjas de pega comprida; pentes de cabo comprido; tesouras de pontas redondas; alteador de sanitas com e sem tampo; barras de apoio se sanita, de lavatório e de banho; estreitador de CR; entre outros. Tomei conhecimento ainda de outros produtos de apoio pela consulta de catálogos, disponíveis neste departamento. Todos os dispositivos de apoio são adaptados à realidade de cada utente e prescritos pelo EER sempre que se preveja a continuidade da sua utilização aquando a alta. Como nos refere Menoita [et al] “o Enfermeiro de Reabilitação adequa as suas intervenções de modo a atenuar o problema detectado, recorrendo muitas vezes às Ajudas Técnicas ou Produtos de Apoio”, (2012, p.117).

Constituíram sem dúvida dias de grande aprendizagem na minha intervenção em utentes com AVC em fase de sequelas, pois permitiu-me toda uma interacção de saberes teórico/práticos em contexto de prática clínica. Toda a intervenção especializada de reabilitação tanto do serviço como do departamento de AVD visa maximizar a capacidade funcional da pessoa tão rapidamente quanto possível, potenciando a sua funcionalidade e autonomia e consequentemente a sua capacidade de participar em todas as vertentes da existência humana.

Segundo Hessben (2003) o processo de Reabilitação deve pois ser iniciado o mais cedo possível, logo que as lesões sejam identificadas. Quanto mais cedo o individuo for submetido a um programa de reabilitação maior a sua recuperação, constituindo uma mais-valia que o ingresso numa instituição destas se dê o mais precocemente possível. Ainda para Menoita [et al] “a reabilitação da pessoa com AVC tem de ser fundamentada em mecanismos fisiológicos” e citando Takase (2005) diz-nos que a recuperação das funções da pessoa com AVC se deve a “dois componentes, o intrínseco, por recuperação neurologia anatómica e fisiológica, pela redução do edema

cerebral e da plasticidade neuronal e, por outro lado a adaptativa, que ocorre através da aprendizagem de novos modos de executar as funções” (2012,p.66-67). Encontrando-se grande parte dos utentes com AVC que ingressam no Centro em fase de sequelas, a intervenção incide sobre esta capacidade adaptativa. Citando ainda o mesmo autor, este refere-nos que a neuroplasticidade ou plasticidade neuronal consiste na “capacidade que o SNC tem para alterar a sua função, o seu perfil químico e estrutural” (2012,p.67). O Sistema Nervoso Central (SNC) na presença de lesões recorre a esta capacidade “de modo a recuperar as funções perdidas e/ou fortalecer as funções similares relacionadas com as originais” (MENOITA,2012, P.67).

Na perspectiva de Menoita [et al] a estrutura do sistema nervoso também sofre, em parte, influência dos padrões de actividade no sistema e estes autores citando Borella e Sacchelli (2009) referem-nos que “o conceito de que os padrões de actividade influenciam a estrutura do sistema nervoso é resumido sob a forma da expressão **plasticidade dependente de actividade**”, em que o treino motor pode conduzir a neurogénese, sinaptogénese, entre outros, os quais podem contribuir para uma resposta positiva na recuperação como resposta a esse treino, (2012, p.67). Ainda para Menoita [et al] a reabilitação pode beneficiar a reaprendizagem motora, sendo este um processo neurobiológico “pelo qual os organismos modificam temporária ou definitivamente as suas respostas motoras, melhorando o seu desempenho, como resultado do treino sistemático” (2012,p.68). Torna-se indispensável a repetição de uma acção inúmeras vezes para que esta se fixe, por forma a conduzir à formação do engrama motor, pois a “aprendizagem motora utiliza a memória que está à mercê do treino” (MENOITA ET AL, 2012, p.68).

Os utentes internados no Centro de Reabilitação são submetidos a um programa terapêutico intensivo e contínuo de reabilitação durante a sua estadia, do qual faz parte todo um treino motor, de AVD e uma intervenção formativa da pessoa e familiares/cuidadores tendo em vista a promoção da maior autonomia possível. São-lhes fornecidas ferramentas para a continuidade do processo aquando o seu regresso a casa, pois não são apenas as sessões de reabilitação que conduzem ao seu sucesso, mas também tudo o que se passa com a pessoa durante o resto do dia. A reabilitação, ainda para Menoita [et al] “deve começar precocemente e ser encarada como um modo de vida durante as 24 horas diárias”, sendo que mesmo anos após a instalação da lesão poderá acontecer alguma recuperação da funcionalidade (2012,

p.69). Na perspectiva destes autores é imperiosa a continuidade de um programa de reabilitação ao utente submetido a programas terapêuticos intensivos por forma a que toda a aprendizagem realizada não se perca, caso não seja utilizada a longo prazo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-FERRO, José (2006) – Acidentes Vasculares Cerebrais. IN: FERRO, José e PIMENTEL, José - **NEUROLOGIA: Princípios, Diagnósticos e Tratamento**. Lisboa: LIDEL. ISBN: 978-972-757-368-4. P:77-87.

-HESBEEN, Walter (2010) – **A Reabilitação - Criar novos caminhos**. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8383-43-5.

-HOEMAN, Shirley P. (2000) – **ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO-processo e aplicação**. Loures: Lusociência, ISBN 972- 8383-13-4.

-JESUS, Clarinda; SILVA, Cristina; ANDRADE, Fernanda (2005) - Alta clínica e continuidade de cuidados no domicílio. In: **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-0844. Nº 59 (Março 2005). P.25-28.

-MARTINS, Maria Manuela (2002) - **UMA CRISE ACIDENTAL NA FAMÍLIA: O DOENTE COM AVC**. Coimbra: FORMASAU. ISBN: 972-8485-30-1.

-MENOITA, Elsa; [et al] (2012) - **REABILITAR A PESSOA COM AVC: Contributos Para um Envelhecer Resiliente**. Loures: LUSOCIÊNCIA. ISBN: 978-972-8930-78-3.

-RIBEIRO, José Luís (2006) - PREFÁCIO. IN: MARTINS, Teresa- **ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL- Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores**. Coimbra: FORMASAU. ISBN:972-8485-65-4. P:5-6.

-SEQUEIRA, Carlos (2010) - **CUIDAR DE IDOSOS COM DEPENDÊNCIA FÍSICA E MENTAL**. Lisboa: LIDEL. ISBN:978-972-757-717-0.

-WHITE, Gregory; [et al] (2008) - Disfagia: causas, avaliação, tratamento e controlo. In:**Geriatrics**. Volume 4, nº24 (Novembro-Dezembro 2008).P.52-60.

“REFLEXÃO”

Ensino clínico realizado no Serviço de Pneumologia [REDACTED]

[REDACTED]

Elaborado por:

Isabel Margarida da costa Ramos Bruno

Capelo Marques da Costa (nº3576)

Docente Responsável:

Professora Doutora Maria Manuela Gândara

REFLEXÃO ENSINO CLÍNICO

A realização de um projecto de intervenção na prática surge no âmbito da Unidade Curricular de Opção II, a qual decorreu no último semestre do Curso de mestrado e especialização em Enfermagem de Reabilitação. A sua temática emerge de uma inquietação sentida há muito na minha prática de cuidados em contexto hospitalar, num serviço de Medicina e de uma realidade actual, pelo que defini como tema *“Promoção da autonomia nas AVD mobilização, higiene e conforto e vestir e despir, na pessoa que sofreu acidente vascular cerebral”*, por forma a facilitar a adaptação desta à sua nova condição aquando o seu regresso a casa.

Por forma a dar cumprimento ao Trabalho de Projecto realizado tornou-se pertinente delinear o meu ensino clínico tendo em vista a compreensão do processo de reabilitação e prestação de cuidados especializados à pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC) durante todo o seu percurso de doença. No entanto para além de atingir o objectivo central do projecto e responder às competências do Enfermeiro Especialista de Reabilitação (EER) tornou-se necessário definir objectivos complementares que clarificassem a temática em questão e que conduzissem à obtenção do grau de especialista, complementando os anteriores. Destes destaca-se o objectivo complementar *“compreender o processo de Reabilitação Respiratória e prestar cuidados à pessoa com patologia do foro respiratório”*.

Visando assegurar o cumprimento deste objectivo tornou-se imperiosa uma incursão num contexto de cuidados com características específicas de Reabilitação Respiratória, pelo que seleccionei o Serviço de Pneumologia [REDACTED] e para o qual tracei objectivos específicos; perspetivei o desenvolvimento de actividades tendo por base as competências do EER e defini critérios de avaliação e recursos a utilizar, adequados ao mesmo.

O meu percurso neste contexto decorreu entre 1 e 15 de Fevereiro de 2012, onde num limitado espaço de tempo procurei atingir os objectivos inicialmente propostos e aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem que me foram facultadas. Tive como orientadora a Enfermeira Especialista de Reabilitação [REDACTED] e decorridas 3 semanas chega a hora de efectuar um balanço final da minha passagem neste contexto de cuidados tão específico e que contribuiu muito para o meu

crescimento neste percurso de aprendizagem. Muitos foram os saberes mobilizados e adquiridos, visando a prestação de cuidados especializados de reabilitação à pessoa com patologia do foro respiratório, permitindo-me alargar o leque de competências específicas a outras áreas de intervenção do EER, bem como a compreensão da patologia respiratória como comorbilidade decorrente do AVC. Como nos referem Branco e Santos o surgimento de complicações e/ou problemas secundários na pessoa que sofreu um AVC comprometem o seu processo de reabilitação, em que “as complicações mais frequentes são as respiratórias (pneumonia, infecção do aparelho respiratório, embolia pulmonar), e as motoras” (2010, p.30).

O Serviço de Pneumologia tem uma lotação de 19 camas distribuídas por enfermarias de 1, 3 e 4 camas e até 5 macas dispersas pelo corredor único do respectivo serviço. Predominam as patologias do foro respiratório como já referido anteriormente, em utentes apenas do sexo masculino. A equipa de enfermagem é na sua essência uma equipa muito jovem, com competências já adquiridas para cuidar de utentes nesta área específica. Desta fazem parte duas EER, sendo que uma é a chefia de enfermagem e a outra profissional especializada realiza a sua intervenção nos turnos da manhã.

A enfermeira especialista de reabilitação presta cuidados especializados a um vasto leque de utentes com as mais diversas patologias, o que foi sem dúvida de extrema pertinência para a minha aprendizagem, sentindo uma constante necessidade de aprofundar conteúdos por forma a sustentar a minha intervenção numa base sólida de conhecimentos. Destas destacam-se as Neoplasias do pulmão; a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; a Asma; o Derrame Pleural; o Pneumotorax; a Fibrose Pulmonar; as Pneumonias; a Deficiência de Alfa 1 Antitripsina (DAAT), o que me permitiu aprofundar, consolidar e adquirir conhecimentos num leque de patologias tão vasto.

Concomitantemente ao acompanhamento contínuo que realizei à EER, ao segundo dia na prática clínica, conjuntamente com esta, seleccionei um utente com o diagnóstico de Pneumonia Bilateral, Hipoxémia e Derrame Pleural, visando o cumprimento dos objectivos inicialmente propostos para este contexto de cuidados e actividades perspectivadas. Acompanhei este utente durante toda a minha incursão no serviço, permitindo-me realizar toda uma recolha de dados deste e família; realizar a neuroavaliação de enfermagem e exame objectivo, que sustentaram a elaboração de um plano de intervenção exequível, de acordo com os objectivos da pessoa e família. A realização deste plano de cuidados teve por base o modelo de enfermagem de Virgínia

Henderson, por ser o modelo adoptado por este Hospital, o que fez com que este plano tivesse uma linguagem adaptada à realidade do mesmo, tornando-o exequível. Os problemas de enfermagem levantados foram enquadrados nas Necessidades Humanas Básicas alteradas, para as quais foram delineadas as intervenções de enfermagem que achei serem pertinentes e adequadas ao contexto de cuidados do utente e família.

Independentemente da realização do Plano de cuidados para este utente fui diariamente delineando e realizando planos de intervenção de reabilitação para os outros utentes aos quais prestei cuidados especializados.

Tive, como tal, oportunidade de realizar diversas técnicas no âmbito das competências da Enfermagem de reabilitação, das quais destaco: visualização e análise de exames radiológicos; acompanhamento dos utentes aos quais prestei cuidados a exames complementares de diagnóstico, tais com radiografia ao tórax e toracocentese, sempre que se considerasse pertinente; observação e análise de gasimetria arterial; monitorização da Saturação de oxigénio (SaO₂) e restantes sinais vitais; observação do padrão respiratório com inspecção, palpação e auscultação pulmonar antes e após intervenção de reabilitação; avaliação da dispneia recorrendo ao uso da Escala da Dispneia classificada em quatro graus e Escala de Borg; identificação dos principais problemas da pessoa com patologia do foro respiratório e planeamento de estratégias de intervenção de reabilitação à mesma e respectivo familiar/cuidador; avaliação do grau de conhecimento que o utente possui sobre a sua patologia aguda ou crónica e quais as estratégias adoptadas pelo mesmo para dominar a cronicidade da sua patologia, quando em presença desta; implementação dos planos de intervenção de reabilitação e de Reeducação Funcional Respiratória (RFR) ao utente, dos quais destaco: técnicas e posição de descanso e relaxamento; técnica de consciencialização da respiração; controlo e dissociação dos tempos respiratórios; respiração diafragmática com ênfase nos dois tempos respiratórios; reeducação diafragmática da porção posterior sem e com aplicação de resistência, hemicúpulas e global; reeducação costal selectiva nas diversas porções e decúbitos, sem e com abertura costal, sem e com aplicação de peso; reeducação costal global com bastão; terapêutica de posição nos diversos decúbitos; drenagem postural modificada (lobo superior, médio e inferior nas várias posições de drenagem); técnicas de limpeza das vias aéreas (tosse dirigida; assistida; CATR e aspiração de secreções); observação das secreções

brônquicas expelidas, suas características e quantidade; manobras acessórias (compressões; percussões e vibrações); selecção e utilização dos diversos dispositivos de ajuda para limpeza das vias aéreas (flutter; acapella; cough assist); ensino ao utente e utilização de Inspirómetro de Incentivo; aerossoloterapia; oxigenoterapia por óculos nasais e mascarar diversas.

Concomitantemente à RFR também tive oportunidade de alargar a minha intervenção no âmbito da competência da enfermagem de reabilitação, tendo realizado: actividades terapêuticas; transferências cama/cadeirão e o inverso; levantes; treino de marcha com e sem auxiliares de marcha, com e sem aporte de oxigénio por balas de transporte; exercícios de fortalecimento muscular; exercícios contra resistência; correcção postural, mobilidade torácica e articular; sessões de educação aos utentes e familiares/cuidadores e validação das mesmas; planeamento da alta precoce, visto estar o seu início aquando a admissão, com articulação com a Assistente Social.

Recorri à utilização de todos os instrumentos de avaliação e de risco preconizados no serviço, visando a avaliação da evolução da situação clínica do utente após intervenção especializada de reabilitação, tais como: escala de avaliação da força muscular- Escala de Lower; escala de avaliação do tónus muscular- Escala de Ashwordh modificada; escala de avaliação de risco de úlceras de pressão- Escala de Braden; escala de avaliação do risco de quedas – Escala de Downton; Avaliação das Actividades de Vida Diárias- Índice de Barthel; -escalas de avaliação da dispneia- Escala de borg e Escala da dispneia classificada em quatro graus. Procurei aperfeiçoar gradualmente as diferentes técnicas, articulando os conteúdos teóricos adquiridos com a prática.

Também neste contexto de cuidados é de extrema importância a visualização do utente como um todo, com toda a sua individualidade e inserido num contexto familiar, comunitário e social. É implicado, conjuntamente com a família, como parceiro activo do seu processo de cuidados. É notória a preocupação constante por parte de toda a equipa multiprofissional em ser iniciada uma intervenção de Reabilitação o mais precocemente possível, a qual tem o seu início assim que o utente reúne condições para tal. Existe uma preocupação evidente por parte de toda a equipa de enfermagem e essencialmente da EER, para que os utentes iniciem levante e treino de marcha o mais breve possível visando impedir ou retardar todas as complicações inerentes à imobilidade no leito.

A preparação para a alta e continuidade de cuidados é também uma preocupação sentida pela equipa de enfermagem, pelo que esta tem o seu início logo aquando o momento de admissão do utente na enfermaria, com articulação com os restantes elementos da equipa de saúde, da qual se destaca a assistente social. É desde logo realizado uma recolha de informação acerca da situação social do utente, integrado o cuidador no processo de cuidados e realizado um levantamento das necessidades destes após a alta hospitalar. São também desde o início referenciados os utentes à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), às várias tipologias, sempre que seja detectada a sua necessidade. Também aqui o EER tem um papel preponderante, conjuntamente com a Assistente social e clínico responsável pelo utente, na escolha da tipologia e necessidade desta referenciação, incluindo o utente e familiar/cuidador na selecção desta resposta de cuidados.

A articulação de cuidados com os outros contextos tendo em vista a continuidade dos mesmos é uma evidência, pelo que é realizada sempre uma carta de alta de Enfermagem, na qual é efectuado o registo da intervenção de reabilitação por forma a promover a sua continuidade quando exista um enfermeiro especializado no contexto de cuidados para o qual o utente regressa. Sempre que este profissional exista no referido contexto, a EER efectua um contacto telefónico para o mesmo por forma a assegurar com mais rigor a continuidade de cuidados especializados. Tive, por diversos momentos, oportunidade de participar nesta articulação com outros contextos de cuidados, tendo realizado o registo da intervenção de reabilitação e evolução do utente na referida carta de alta. Participei e realizei, ao contrário do que inicialmente pude perspectivar, um planeamento de alta precoce, tendo em vista maximizar o desempenho a nível respiratório, considerando os objectivos individuais e promovendo a reintegração sócio familiar. Os momentos informativos e formativos ao utente e familiar/cuidador foram uma evidência, onde pude realizar uma preparação destes para o regresso ao seu contexto familiar e social.

Conhecer o funcionamento do serviço e a forma cordial como a equipa multiprofissional me recebeu, facilitaram a integração e o desenvolvimento da intervenção, constituindo uma mais-valia pessoal e profissional. Diariamente procedia a uma avaliação inicial dos doentes atribuídos, definindo prioridades nas actividades dos cuidados de enfermagem de reabilitação a realizar, em conjunto com outros elementos da equipa de enfermagem.

Considero que a avaliação inicial do utente em processo de doença é uma actividade fundamental para a prática de enfermagem e indispensável para a personalização dos cuidados. A progressiva autonomia conseguida durante o ensino clínico teve por base a integração dos conteúdos ministrados durante o curso, um investimento pessoal através de pesquisa bibliográfica e recolha de informação apoiada na experiência da enfermeira orientadora e na discussão diária de temas com a equipa multidisciplinar. E foi no seguimento deste processo que me apercebi da relevância do instrumento de registo de avaliação, planeamento e registo da intervenção de reabilitação existente no serviço de Pneumologia, comum a outros serviços da mesma instituição, como um instrumento que permite visualizar a continuidade dos cuidados e a evolução da situação de cuidados do utente submetido a intervenção de reabilitação. Este encontra-se formulado em suporte de papel, não incluído no processo único do utente, mas acessível para consulta por parte dos profissionais da equipa multiprofissional. Aquando a alta ou transferência do utente todo o registo da intervenção da enfermagem de reabilitação é introduzido no processo do mesmo, por forma a ser consultado num posterior internamento ou consulta, por outros profissionais.

Como tal, realizei diariamente o registo da intervenção de reabilitação dos utentes atribuídos e dos utentes ao cuidado da EER e aos quais prestei cuidados especializados.

As intervenções, decisões e resultados obtidos referentes à intervenção de reabilitação, foram diariamente partilhados com os restantes elementos da equipa de enfermagem durante as reuniões de passagens de turno, no sentido de promover e assegurar a continuidade dos cuidados nos turnos da tarde e da noite e fins-de-semana, aquando a ausência da enfermeira de reabilitação. A grande maioria dos utentes realiza os exercícios ensinados segundo o programa individual estabelecido, necessitando no entanto de supervisão para a sua realização por parte dos enfermeiros presentes nos outros turnos. No que respeita à minha prestação durante a execução das técnicas de reabilitação obtive maior autonomia a partir da 2ª semana, tendo sido notória a minha evolução, devendo-se por um lado ao meu esforço e aplicação no que reporta ao conhecimento teórico e destreza e por outro lado pelo acompanhamento e apoio continuamente sentido.

A enfermeira orientadora da prática clínica foi efectivamente um elemento facilitador, dando continuamente espaço para as intervenções e dúvidas demonstradas. A sua

presença foi uma constante em todo o ensino clínico, mostrando grande disponibilidade e interesse na partilha dos seus conhecimentos especializados.

Cuidar implica envolvimento, motivação para poder prestar cuidados ao outro que deles necessita. É um conceito central do agir profissional do enfermeiro enquanto prestador de cuidados, vai muito além de querer bem ao próximo, envolvendo uma série de conhecimentos do outro e de nós próprios. Collière fala-nos de um cuidar nestas duas dimensões ao referir que:

“cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo, um acto de VIDA (...) cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais(...)”(1999,p.235-236).

Apenas em determinados momentos da nossa vida iremos necessitar ou recorrer a uma substituição.

Para reabilitar mais que cuidar é necessário ver mais além, pensar como cuidador, como utente no seu meio de vida e como familiar, o qual anseia ser uma peça fundamental para a rápida recuperação do seu membro.

Este sentimento esteve sempre presente neste percurso de aprendizagem e crescimento, acompanhando-me no desenvolvimento desta breve incursão num contexto de cuidados tão específico. Muitas foram as oportunidades de aprendizagem em áreas inteiramente novas para mim, como são os cuidados de reabilitação à pessoa com patologia do foro respiratório, as quais tentei aproveitar da melhor forma e para isso contribuiu a excelente aceitação e receptividade de todos os elementos da equipa de saúde, o que foi facilitador de uma integração na dinâmica e organização do serviço bem-sucedida.

Como tal poderei concluir que a minha integração no seio da equipa multidisciplinar, especificamente na equipa de enfermagem, foi bastante positiva, permitindo-me essencialmente identificar o papel da Enfermeira Especialista de Reabilitação inserida numa equipa multiprofissional num serviço do foro respiratório.

Esta experiência permitiu a aquisição de competências específicas na área de reabilitação respiratória pelo que penso que a consecução dos objectivos inicialmente propostos é uma realidade, tendo desenvolvido as actividades perspectivadas no

trabalho de projecto, bem como outras que foram surgindo no decorrer do ensino clínico, como fui referindo ao longo desta reflexão. O factor tempo que inicialmente poderia ser impeditivo do processo de aprendizagem pela sua escassez, não se verificou de todo, pois o investimento nesta aprendizagem foi grande.

Consciente que é com o treino que se ganha perícia e é com a perícia que se atinge a excelência, que é o objectivo final de qualquer profissional dedicado, irei procurar aplicar todos os conhecimentos e aprendizagens adquiridas na minha realidade profissional enquanto Enfermeiro Especialista de Reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-BRANCO, Teresa; SANTOS, Rui (2010) – **REABILITAÇÃO DA PESSOA COM AVC**. Coimbra: FORMASAU. ISBN 978-989-8269-09-6.

-COLLIÈRE, Marie – Françoise (1999) – **Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. 5ª ed. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas e SEP. ISBN 272 96-0009-4.

-HOEMAN, Shirley P. (2000) – **ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO-processo e aplicação**. Loures: Lusociência, ISBN 972- 8383-13-4.

APÊNDICE IV - Cronograma- Ensino Clínico

Cronograma - Ensino Clínico

Ano	2011												2012										
Mês	Out				Nov					Dez			Jan					Fev		Mar			
Dias	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27	5
Turnos (=54)	3	3	3	3	3	3	3	2	4	3	3	0	0	3	3	3	3	3	3	3	0	0	0
<i>Unidade de Saúde</i>																							
<i>Unidade Cerebrovascular</i>																							
<i>Centro de Medicina Física e Reabilitação</i>																							
<i>Férias natal</i>																							
<i>Serviço de Pneumologia I Homens</i>																							
<i>Relatório de Ensino Clínico</i>																							
<i>Pesquisa Bibliográfica</i>																							

APÊNDICE V - Instrumento de Registo de Enfermagem de Reabilitação

Nome			
Diagnóstico		Processo Nº	

INSTRUMENTO DE REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

1. AVALIAÇÃO MOTORA

Estado de consciência	Escala de comas de Glasgow: (Anexo I) Score ____ / ____ / ____	Escala de comas de Glasgow: (Anexo I) Score ____ / ____ / ____	Escala de comas de Glasgow: (Anexo I) Score ____ / ____ / ____
-----------------------	---	---	---

Avaliação Pupilar		/ /	/ /	/ /
OD	Forma			
	Tamanho			
	Reacção			
OE	Forma			
	Tamanho			
	Reacção			
Forma: redonda (R) disforme (D) opaca (O) Tamanho: Normal (N) 1,5-6mm Midríase (+) 6-8mm Miose (-) 1-2mm Reacção: reactiva (+) não reactiva (-) hiporreactiva (±)				

Avaliação dos pares craneanos	/ /	/ /	/ /
I-Olfactivo (rinorrquia; anosmia)			
II-Óptico (acuidade visual ;campos visuais)			
III-Oculomotor comum (miose; elevação da pálpebra; elevação; abaixamento e adução do olho)			
IV-Patético (rotação do olho)			
VI-Motor Ocular Externo (abdução do olho)			
V- Trigémio (sensibilidade da face e mastigação)			
VII-Facial (simetria, paladar e saliva)			
VIII-Acústico (Audição e equilíbrio)			
IX-Glossofaríngeo (paladar 1/3 posterior da língua)			
X-Vago (reflexo do vómito; alterações do tom de voz/rouquidão)			
XI-Espinal (movimentos do esternocleidomastoideu e trapézio)			
XII-Hipoglosso (movimentos da língua)			

	Avaliação da Sensibilidade							
	Membro Superior				Membro Inferior			
	Dtº		Esqº		Dtº		Esqº	
Dolorosa								
Térmica								
Táctil								
Postural								
Data								

Legenda: N - Normal / D - Diminuída / A - Ausente

	Avaliação do Equilíbrio			
	Estático		Dinâmico	
Sentado				
Em pé				
Data				

Legenda: N - Normal / D - Diminuído / A - Ausente

Avaliação da Força Muscular / Avaliação do Tónus Muscular

HEMICORPO DIREITO									
	Flexão	Extensão	Abdução	Adução	Rotação Interna	Rotação Externa	Desvio Radial/Cubital	Oponência	Inversão Eversão
Escapulo-umeral									
Cotovelo									
Antebraço									
Punho									
Dedos da mão									
Coxo-femural									
Joelho									
Tibiotársica									
Pé									
Dedos do pé									
HEMICORPO ESQUERDO									
Escapulo-umeral									
Cotovelo									
Antebraço									
Punho									
Dedos da mão									
Coxo-femural									
Joelho									
Tibiotársica									
Pé									
Dedos do pé									
Data de avaliação									
Rúbrica do Enfermeiro Especialista de Reabilitação									

Legenda:

Avaliação da força muscular segundo a Escala de Lower

- 0/5** - Não há contracção muscular visível/palpável, nem movimento da extremidade
- 1/5** - O músculo contrai-se, mas a extremidade não se pode mover
- 2/5** - As extremidades podem mover-se, mas não contra a gravidade
- 3/5** - Arco de movimento completo apenas contra a gravidade, não contra a resistência
- 4/5** - Arco de movimento completo contra a resistência moderada e gravidade
- 5/5** - Movimento normal contra a gravidade e resistência

Legenda:

Avaliação da espasticidade segundo a Escala de Ashworth

- H** - Hipotonia
- Grau 0** - Tónus normal dificultado
- Grau 1** - Hipertonía leve - pequena contracção quando se move o membro
- Grau 2** - Hipertonía branda - Move-se facilmente o membro
- Grau 3** - Hipertonía moderada - movimento passivo do membro
- Grau 4** - Hipertonía intensa/severa

Programa de Reabilitação Funcional Motora

Mobilizações

Articulações	/ /		/ /		/ /		/ /		/ /	
	Dtº	Esqº	Dtº	Esqº	Dtº	Esqº	Dtº	Esqº	Dtº	Esqº
Flexão/extensão da escapulo-umeral										
Abdução/adução da escapulo-umeral										
Rotação interna/externa da escapulo-umeral										
Flexão/extensão do cotovelo										
Rotação interna/externa do antebraço										
Desvio radial e cubital do punho										
Flexão/extensão dos dedos da mão										
Abdução/adução dos dedos da mão										
Oponência dos dedos da mão										
Flexão/extensão da coxo-femural										
Abdução/adução da coxo-femural										
Rotação interna/externa da coxo-femural										
Flexão/extensão do joelho										
Flexão/extensão da tibiotársica										
Rotação interna/externa da tibiotársica										
Inversão/eversão do pé										
Flexão/extensão do pé										
Rotação interna/externa do pé										
Rúbrica do Enfermeiro Especialista de Reabilitação										

Legenda: **P** - Passivas / **A** - Activas / **AA** - Activas Assistidas / **AR** - Activas Resistidas / **AM** - Auto-mobilizações

Actividades Terapêuticas
Formação/ Informação

Data										
Rolar										
Ponte										
Carga com o cotovelo										
Carga com a mão										
Facilitação cruzada										
Auto-mobilizações com as mãos										
Treino de motricidade fina										
Levante/transferência										
Equilíbrio sentado										
"Push-up" na cadeira de rodas										
Equilíbrio em pé										
Treino de marcha										
Treino de escadas										
Treino AVD'S										
Gestão Regime Terapêutico (medicamentoso/não medicamentoso)										
Rúbrica do Enfermeiro Especialista de Reabilitação										

2-AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TA: ____/____ mmHg FC-____ bpm FR____ bpm SpO₂ - ____% Data _____ Rúb _____

TA: ____/____ mmHg FC-____ bpm FR____ bpm SpO₂ - ____% Data _____ Rúb _____

TA: ____/____ mmHg FC-____ bpm FR____ bpm SpO₂ - ____% Data _____ Rúb _____

Auscultação Pulmonar Data _____

- Murmúrio Mantido Diminuído Ausente

- Ruídos Roncos Sibilos Fervores

Auscultação Pulmonar Data _____

- Murmúrio Mantido Diminuído Ausente

- Ruídos Roncos Sibilos Fervores

Auscultação Pulmonar Data _____

- Murmúrio Mantido Diminuído Ausente

- Ruídos Roncos Sibilos Fervores

Observações

Memorando:

- Amplitude respiratória; Dispneia (escala de Borg- ANEXO I); Uso musculatura acessória (abdominais, intercostais, supracostais); - Deformidades torácicas (escoliose, cifose, em tonel, em quilha); Tosse (produtiva, seca, eficaz e ineficaz); Secreções (Mucopurulenta, Hemoptóica, espessas, fluidas, escassas, moderadas, abundantes).

Programa de Reabilitação Funcional Respiratória

	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Reeducação diafragmática (global,anterior,posterior,hemicúpula dta e esq)					
Reeducação costal selectiva					
Reeducação costal global					
Drenagem postural					
Drenagem postural modificada					
Manobras acessórias					
CATR					
Tosse assistida					
Tosse dirigida					
Aspiração de secreções					
Atmosfera húmida/ Hidratação/Aerossoloterapia					
Rúbrica do Enfermeiro Especialista de Reabilitação					

Instrumento de registo elaborado por: Isabel Capelo Costa e _____ no âmbito do 2º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação Orientado por: EER _____; 2011

ESCALAS (ANEXO I)

Escala de Coma de Glasgow		
Parâmetros	Resposta Observada	Pontuação
Abertura Ocular	Espontânea	4(O)
	Com estímulo verbal	3
	Com estímulo doloroso	2
	Nula	1
Resposta Verbal	Orientado	5(V)
	Confuso	4
	Palavras impróprias	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nula	1
Resposta Motora	Obedece a ordens	6(M)
	Localiza à dor	5
	Foge à dor	4
	Flexão anormal	3
	Responde em extensão	2
	Nula	1
PONTUAÇÃO (Score) (O+V+M) 3 a 15		

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

**APÊNDICE VI - Instrumentos de Avaliação da Dependência,
Funcionalidade e Risco**

Nome			
Diagnóstico		Processo Nº	

Escala de Lawton e Brody adaptada segundo IAI da RNCCI
Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)

	Pontuação	1ª	2ª	3ª
		Avaliação	Avaliação	Avaliação
		Data	Data	Data
Capacidade para usar o telefone				
1. Utiliza o telefone por iniciativa própria, procura e marca números...	1			
2. Marca alguns números que conhece bem	1			
3. Atende o telefone mas não marca números	1			
4. Não usa o telefone	0			
Fazer compras				
1. Faz as compras que necessita sozinho	1			
2. Compra sozinho pequenas coisas	0			
3. Necessita de ser acompanhado para qualquer compra	0			
4. Incapaz de fazer Compras	0			
Preparar refeições				
1. Planeia, prepara e serve refeições adequadas, sozinho	1			
2. Prepara refeições adequadas se possuir ingredientes necessários	0			
3. Aquece, serve e prepara refeições, mas não mantém uma dieta adequada	0			
4. Necessita de refeições preparadas e servidas	0			
Lavar a roupa				
1. Lava toda a sua roupa	1			
2. Lava pequenas peças de roupa	1			
3. É incapaz de lavar a sua roupa	0			
Modo de Transporte				
1. Desloca-se em transportes públicos ou viatura própria	1			
2. Não usa transportes públicos excepto táxi	1			
3. Desloca-se em transportes públicos quando acompanhado	1			
4. Desloca-se utilizando táxi ou automóvel quando acompanhado por outro.	0			
5. Incapaz de se deslocar	0			
Responsabilidade pela própria medicação				
1. Toma a medicação nas doses e horas correctas	1			
2. Toma a medicação se preparada e separada por outros	0			
3. É incapaz de tomar a medicação	0			
Capacidade para lidar com o dinheiro				
1. Resolve problemas monetários sozinho como passar cheques para pagar a renda	1			
2. Lida com compras do dia-a-dia mas necessita de ajuda para efectuar compras maiores	1			
3. Incapaz de lidar com o dinheiro	0			
Cuidar da casa				
1. Cuida da casa só ou com ajuda ocasional (exemplo: "trabalho doméstico pesado")	1			
2. Realiza tarefas diárias como lavar a loiça ou fazer a cama	1			
3. Realiza tarefas domésticas diárias mas não mantém um nível aceitável de limpeza	1			
4. Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas	1			
5. Não participa em nenhuma tarefa doméstica	0			
Rúbrica do avaliador				
Total da pontuação				

Máxima Dependência = 0 pontos

Dependência de terceiros = 4 pontos

Independência Total = 8 pontos

Nome			
Diagnóstico		Processo Nº	

Índice de KATZ

Escala de actividades de vida diária (AVD)

	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação
	Data	Data	Data
Lavar-se			
1. Toma banho sem necessitar de qualquer ajuda			
2. Precisa apenas de ajuda para lavar uma parte do corpo			
3. Precisa de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo ou para entrar ou sair do banho			
Vestir-se			
1. Escolhe a roupa e veste-se por completo, sem necessitar de ajuda			
2. Apenas necessita de ajuda para apertar os sapatos			
3. Precisa de ajuda para escolher a roupa e não se veste por completo			
Utilizar a sanita			
1. Utiliza a sanita, limpa-se e veste a roupa sem qualquer ajuda. Utiliza o bacio durante a noite e despeja-o de manhã sem ajuda			
2. Precisa de ajuda para ir á sanita, para se limpar, para vestir a roupa e para usar o bacio de noite			
3. Não consegue utilizar a sanita			
Mobilizar-se			
1. Entra e sai da cama. Senta-se e levanta-se sem ajuda			
2. Entra e sai da cama e senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda			
3. Não se levanta da cama			
Ser continente			
1. Controla completamente os esfíncteres, anal e vesical, não tendo perdas			
2. Tem incontinência ocasional			
3. É incontinente ou usa sonda vesical, necessitando de ajuda			
Alimentar-se			
1. Come sem qualquer ajuda			
2. Necessita de ajuda só para cortar os alimentos ou para barrar o pão			
3. Necessita de ajuda para comer ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda ou por via endovenosa			
Pontuação total			
Rúbrica do avaliador			

Classificação	
6	Independente
7 – 10	Parcialmente Dependente
11 – 17	Dependente
≥ 17	Totalmente Dependente

Nome		
Diagnóstico		Processo Nº

Índice de Barthel

Auto cuidado	Categorias	Pontuação	1ª	2ª	3ª
			Avaliação	Avaliação	Avaliação
			Data	Data	Data
Comer	Totalmente Independente – Leva a comida do prato à boca e ao copo	10			
	Necessita de ajuda – Precisa de ajuda para cortar carne, pão e utilizar copo	5			
	Dependente – Incapaz de se alimentar ou faz alimentação parentérica	0			
Lavar-se	Independente – Entra e sai sozinho do banho	5			
	Dependente – Precisa de ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para se secar, ou não se lava e seca sozinho	0			
Arranjar-se	Independente – Lava o rosto, mãos, penteia-se, lava os dentes, barbeia-se sem ajuda	5			
	Dependente – Necessita de ajuda para se arranjar	0			
Vestir-se	Independente – Veste e despe a roupa, abotoa, aperta fechos, cintos e sapatos	10			
	Necessita de ajuda – Veste e despe a roupa parcialmente	5			
	Dependente – Não se veste ou despe sozinho	0			
Eliminação intestinal (avaliar a situação relativamente à semana prévia ao internamento)	Continência normal	10			
	Episódios de incontinência – Episódios ocasionais, necessita ajuda para administrar supositórios ou enema	5			
	Incontinente	0			
Eliminação vesical (avaliar a situação relativamente à semana prévia ao internamento)	Continência Normal – É capaz de cuidar de cateter se o tiver colocado	10			
	Um episódio diário – como máximo de incontinência, ou necessita de ajuda para cuidar da sonda	5			
	Incontinência	0			
Ir ao sanitário	Independente – para ir ao sanitário, para retirar e colocar a roupa	10			
	Necessita de ajuda - para ir ao sanitário, mas limpa-se sozinho	5			
	Dependente	0			
Transferir-se	Independente – para ir da cadeira para a cama	15			
	Necessita de ajuda – mínima para o fazer	10			
	Necessita de ajuda significativa para o fazer – mas é capaz de manter-se sentado sozinho	5			
	Dependente	0			
Deambular	Independente – caminha sem ajuda cerca de 50 metros	15			
	Necessita de ajuda – física ou supervisão para caminhar 50 metros	10			
	Move-se em cadeira de rodas sem ajuda	5			
	Dependente	0			
Escadas	Independente – para subir ou descer escadas	10			
	Necessita de ajuda física ou supervisão para o fazer	5			
	Dependente	0			
Rúbrica do avaliador					
Soma do índice					

Máxima pontuação: 100 pontos (90 se mover-se em cadeira de rodas)

Grau de dependência em função do resultado	
<20	Total
20 – 35	Grave
40 – 55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independente

Nome			
Diagnóstico		Processo Nº	

Escala de MORSE – Risco de Quedas	1ª	2ª	3ª
	Avaliação	Avaliação	Avaliação
	Data	Data	Data
AVALIAÇÃO			
1. Antecedentes de quedas			
0 - Não			
25 - Sim (se queda no presente internamento ou caiu pela 1ª vez e/ou caiu imediatamente antes da admissão (últimos 3 meses)			
2. Diagnóstico Secundário			
0 - Não			
15 - Sim (se mais do que um diagnóstico identificado no processo clínico)			
3. Apoio para Deambulação			
0 - Sem ajuda de auxiliar de marcha (pode ser assistido por um enfermeiro) / CR / Acamado			
15 - Com ajuda de auxiliar de marcha			
30 - Apoiando-se na mobília			
4. Medicação e/ou Heparina intravenosa			
0 - Não			
20 - Sim			
5 - Marcha			
0 - Normal / CR / Acamado			
10 - Caminha inclinado, com cabeça erguida, sem perder o equilíbrio e apoiando-se na mobília			
20 - Défices de marcha- Caminha agarrado às mobílias ou amparado em pessoas (não consegue caminhar sem ajuda)			
6 – Estado Mental			
0 - Consciente das suas limitações			
15 - Não consciente das suas limitações			
Rúbrica do Avaliador			
Total da pontuação			

NÍVEL DE RISCO		
Risco	Pontuação	Medidas a tomar
Baixo Risco	0 – 24	Cuidados Básicos de Saúde
Médio Risco	25 – 50	Implementar as intervenções de prevenção standard de quedas
Alto Risco	>= 51	Implementar as intervenções de prevenção de alto risco de quedas

Nome										
Diagnóstico							Processo Nº			

Escala Braden
Avaliação de Risco de Úlceras de Pressão

Data									
Percepção Sensorial									
1 – Completamente Limitada									
2 – Muito Limitada									
3 - Ligeiramente Limitada									
4 – Nenhuma Limitação									
Humidade									
1 – Pele constantemente húmida									
2 – Pele muito húmida									
3 – Pele ocasionalmente húmida									
4 – Pele raramente húmida									
Actividade									
1 – Acamado									
2 – Sentado									
3 – Anda ocasionalmente									
4 – Anda frequentemente									
Mobilidade									
1 – Completamente imobilizado									
2 – Muito limitada									
3 – Ligeiramente limitada									
4 – Nenhuma limitação									
Nutrição									
1 – Muito pobre									
2 – Provavelmente inadequada									
3 – Adequada									
4 - Excelente									
Fricção e forças de deslizamento									
1 – Problema									
2 – Problema potencial									
3 – Nenhum problema									
Total									
Rúbrica do avaliador									

Baixo risco ≥ 17

Risco elevado ≤ 16

APÊNDICE VII - Estudo de Caso

Estudo de caso

AVC ISQUÉMICO DO HEMISFÉRIO ESQUERDO

ENSINO CLINICO

Unidade de Saúde 

Elaborado por:

Isabel Margarida Costa (nº 3576)

Docente:

Professora Doutora Maria Manuela Gândara

Novembro 2011

ÍNDICE

0-INTRODUÇÃO.....	4
1-ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	6
2-ESTUDO DE CASO.....	14
2.1-Recolha de dados.....	14
2.2-Plano de Cuidados.....	25
3-EVOLUÇÃO DA SITUAÇÃO.....	35
4-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
BIBLIOGRAFIA.....	40
ANEXOS.....	42
ANEXO I - Escalas	
ANEXO II- Instrumento de Registo de Enfermagem de Reabilitação	

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ACES-Agrupamento Centros de Saúde

AER- Aluna de Enfermagem de Reabilitação

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD- Actividade de Vida Diária

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EER- Enfermeiro Especialista de Reabilitação

FC- Frequência Cardíaca

nº- Número

OE- Ordem dos enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

p- Página

SPN- Sociedade Portuguesa de Neurologia

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Sr- Senhor

TA- Tensão Arterial

Tax- Temperatura axial

TAC CE- Tomografia Axial Computorizada Crânio Encefálica

0-INTRODUÇÃO

A realização de um Estudo de Caso surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, no decurso do Ensino Clínico realizado na Unidade de Saúde de [REDACTED], no período de 3/10/2011 a 25/11/2011, sob a orientação da Docente Maria Manuela Gândara e da Enfermeira Especialista de Reabilitação (EER) [REDACTED]

Este estudo surge da necessidade de aprofundar a situação de cuidados de um utente com Acidente vascular Cerebral (AVC), o qual acompanhei durante todo o percurso de ensino clínico nesta Unidade de Saúde, onde procurei desenvolver competências de Enfermagem de Reabilitação bem como dar resposta aos objectivos traçados e actividades perspectivadas no Trabalho de Projecto realizado no decurso do último semestre, sendo por esse motivo seleccionado um utente com o supra citado diagnóstico. Por outro lado pretende ser uma linha orientadora para a elaboração do Instrumento de Registo de Reabilitação, visto este ser inexistente na unidade e constituir uma necessidade para a equipa de reabilitação que a integra, o qual foi realizado e introduzido no padrão de documentação da mesma no decurso da minha incursão.

A realização desta exposição escrita permitiu-me realizar toda uma recolha de dados deste utente e família; realizar a neuroavaliação de enfermagem e exame objectivo que sustentaram a realização de um plano de intervenção exequível, de acordo com os objectivos da pessoa e família, visando a promoção da autonomia, adaptação destes à sua nova condição e reintegração social. A elaboração do plano de cuidados baseia-se no modelo de enfermagem de Nancy Roper, por ser aquele que penso (em consenso com a enfermeira orientadora e docente) mais se adequar às alterações detectadas. Este modelo contempla doze Actividades de Vida Diárias (AVD), sendo estas essenciais para a realização do indivíduo como um todo. Os problemas de enfermagem levantados foram enquadrados nas actividades de vida alteradas, para as quais foram delineadas as intervenções de enfermagem que considerei serem pertinentes e adequadas ao contexto de cuidados do utente e família.

A metodologia utilizada para a sua elaboração foi fundamentada na consulta do processo clínico do utente; reuniões com a equipa multiprofissional da unidade; entrevistas informais ao utente/família; observação e avaliação; conhecimentos científicos apreendidos ao longo da

minha carreira profissional bem como ao longo do meu percurso no curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Reabilitação; revisão da literatura e reuniões com a docente orientadora.

Estruturalmente, este estudo é constituído por quatro partes fundamentais: uma primeira que elenca o enquadramento teórico, na qual pretendo sustentar o tema do estudo em bases teóricas descritas na revisão da literatura; uma segunda parte onde apresentarei o estudo de caso, com referência à recolha de dados do utente /família, à avaliação dos mesmos e respectivo plano de intervenção; numa terceira parte descrevo a evolução da situação de cuidados até ao término da minha incursão na unidade e a última etapa encontra-se reservada às considerações finais, onde será dado enfoque à pertinência da realização deste estudo.

1-ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Acidente Vascular Cerebral

O cérebro humano consiste no órgão responsável pela organização do funcionamento do organismo. A sua estrutura provê ao homem a capacidade de pensar, sentir, falar, imaginar, programar e realizar actividades que são vitais para a sua sobrevivência. É composta por uma camada superficial de substância cinzenta denominada córtex cerebral, e uma interna chamada de substância branca (TORTORA, 2002).

Quando ocorre qualquer alteração que comprometa a sua função, o resto do organismo também sofrerá as consequências. A exemplo o Acidente Vascular Cerebral, sendo ele isquémico ou hemorrágico, provoca habitualmente alterações significativas na pessoa que acomete.

Para Martins cada indivíduo constitui um sistema “que se gera e desenvolve numa interacção dinâmica com os sistemas que lhe são significativos” o que origina que “qualquer situação será sempre vivenciada de uma forma única e singular” (2002, p.17).

Não desvalorizando a individualidade como uma situação de cuidados decorrente de um AVC é vivenciada por cada um, este é para qualquer indivíduo um acontecimento indutor de grande *stress*, inicialmente pelo imprevisto do incidente, depois pelas limitações que habitualmente dele advêm e finalmente pela reorganização que obriga tanto individual como familiar (ALARCÃO, 2002).

De acordo com Martins “a expressão Acidente Vascular Cerebral (AVC) refere-se a um complexo de sintomas de deficiência neurológica, durante pelo menos 24 horas, resultantes de lesões cerebrais provocadas por alteração da irrigação sanguínea” (2002, p.27). É, na perspectiva da autora, uma manifestação de uma doença vascular cerebral. As suas manifestações são diversas e dependem do tamanho e localização da lesão no tecido nervoso.

Segundo Leal “o acidente vascular cerebral consiste em um déficit neurológico focal, súbito e não convulsivante. A sua classificação relaciona-se com um factor essencial que é o perfil temporal dos eventos neurológicos” (2001, p.131).

Epidemiologia

Para Ferro os AVC constituem numa das afecções neurológicas agudas mais comuns, sendo também uma das causas mais frequente de internamento em contexto hospitalar. Segundo este autor “O AVC é uma doença súbita, que afecta uma zona localizada do encéfalo, produzindo, portanto, sintomas e sinais deficitários causados pela perda de função da área afectada” ocorrendo com maior frequência em “ indivíduos com factores de risco vascular” (2006, p.77). São, ainda para este autor, um problema de saúde pública grave em Portugal. A mortalidade por AVC mantem-se muito acima da dos países ocidentais da União Europeia, embora tenha vindo a diminuir consistentemente nas últimas décadas (FERRO, 2006).

Segundo Ribeiro o AVC “é um acidente neurológico que constitui a primeira causa de morte em Portugal” sendo que a percentagem de morte no primeiro mês é muito elevada, continuando muitos dos utentes com AVC a morrer até um ano após o incidente. Para os que sobrevivem “as sequelas são relativamente frequentes, graves e variadas, com manifestações motoras ou cognitivas, a par das manifestações emocionais, e consequências sociais” (2006, p.5). É habitualmente considerada uma doença familiar “no sentido que este tipo de doenças impõe alterações substanciais no seu funcionamento” (2006, p.5). É, ainda para o autor, considerada uma doença dos idosos, ou seja quanto maior a idade maior a probabilidade de padecer de AVC. O aumento do envelhecimento na sociedade actual e o desenvolvimento da intervenção médica permitem que se morra menos com este tipo de incidentes. (RIBEIRO, 2006).

Contacta-se portanto que o aumento da esperança de vida, a diminuição da mortalidade e natalidade e o resultante aumento do envelhecimento da população portuguesa, se irá retractar num aumento do número de indivíduos internados com AVC e com previsão de aumento nas próximas décadas, os quais se deparam com a diminuição súbita da sua independência e autonomia na realização das suas AVD, provocando alterações significativas no seu seio familiar com repercussões económicas e sociais.

Tipos de AVC

Para diversos autores, de acordo com as diversas etiologias os AVC são vulgarmente agrupados em diferentes tipos: os hemorrágicos, os trombóticos e os embólicos.

Segundo o manual da OMS “o acidente vascular cerebral é causado por uma interrupção no suprimento de sangue ao cérebro. Ele ocorre quando uma artéria que fornece sangue ao cérebro fica bloqueada ou se rompe” (2003, p.13).

O AVC isquémico constitui a maioria dos acidentes vasculares cerebrais, cerca de 85%. Estes são ainda classificados em embólicos os quais “são caracteristicamente súbitos e o déficit atinge o seu máximo quase de imediato” e trombóticos “podem igualmente ter um início abrupto, mas muitos deles têm uma evolução mais lenta, que abrange um período de vários minutos ou horas, e por vezes, dias” (LEAL, 2001, p.131). Esta autora refere-nos ainda que o déficit neurológico depende da localização e do tamanho da isquemia ou hemorragia. Estas lesões podem variar no seu grau de gravidade.

No que diz respeito à tipologia territorial, esta pode ser, no território carotídeo – a síndrome de oclusão da carótida interna e da artéria cerebral média, anterior e posterior; e no território vertebro-basilar – trombose da artéria vertebral e seus ramos e trombose da artéria basilar e seus ramos; dependendo os défices neurológicos da região afectada (FERRO, 2006).

Factores de Risco para AVC

Também na descrição da literatura diversos autores fazem distinção no referente aos factores de risco para o AVC.

Para Martins (2002) o aumento da incidência do AVC pode estar relacionado com determinados estados fisiológicos patológicos e certos hábitos de vida. É de extrema importância o conhecimento desses factores por forma a possibilitar uma prevenção primária essencialmente orientada para a eliminação de alguns hábitos de vida. Pode-se dizer que “o risco de AVC aumenta com a idade (...), com a hipertensão arterial e com a presença de doenças cardíacas” (MARTINS, 2002, p.59).

Leal agrupa os factores de risco em Não Modificáveis, Modificáveis e outros factores, sendo que a prevenção e modificação dos mesmos dependem da maior ou menor adesão por parte dos utentes aos programas de sensibilização e informação, bem como ao tratamento instituído,

“ para se alcançar uma melhor intervenção da Equipa de Saúde é premente haver continuidade de cuidados, não só durante a hospitalização como á posteriori no ambulatório” (2001, p. 133).

Factor de risco pode ser definido como a

“característica ou estilo de vida num indivíduo, ou numa população, que indica que esse indivíduo ou essa população tem uma probabilidade aumentada para Acidente Vascular Cerebral quando comparado com um indivíduo, ou uma população, sem essa característica” (SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEUROLOGIA (SPN), 1998).

Segundo a mesma entidade torna-se possível diminuir a incidência do AVC através da redução da prevalência dos factores de risco na população e da identificação das pessoas com risco elevado, nos quais se poderá intervir com tratamento. Sendo que muitos dos utentes com AVC lhes são reconhecidos os factores de risco algum tempo antes da instalação da doença. A SPN (1998) também divide estes factores em 2 tipos: Factores de risco definitivos e não modificáveis e Factores de risco definitivos e modificáveis.

Ferro utiliza a nomenclatura modificáveis e não modificáveis, referindo que “ os factores de risco mais importantes para AVC são a idade (aumento exponencial da incidência e da mortalidade com a idade) e a hipertensão arterial” (2006, p.77).

Alterações decorrentes do AVC

O desenvolvimento súbito e dramático de um défice neurológico consiste, na perspectiva de Martins, na principal característica de um AVC. As alterações apresentadas podem “ser tão leves (...) que se tornam insuficientes para perturbar as actividades do individuo ou tão graves que conduzem a um estado de inconsciência total” (2002, p.65). Para a autora o sinal clássico de um AVC é a hemiplegia. As alterações decorrentes das lesões estão relacionadas com o território atingido e não com o tipo de AVC.

“ A manifestação mais clássica do AVC é a hemiplegia. O doente hemiplégico apresenta problemas relacionados com a sua função motora e sensitiva pelo que se torna portador de uma deficiência que, por sua vez, vai interferir com a realização do movimento normal, causando-lhe, assim, determinadas incapacidades” (MARTINS, 2002, p.70).

Uma outra autora refere que um AVC poderá afectar qualquer zona cerebral, em que as suas consequências dependem da área afectada, da sua gravidade e do estado geral da pessoa (MARTINS, 2006). Para esta a “hemiplegia, disfagia, afasia, apraxia, alterações visuais, agnosia,

disartria, cinestesia, incontinência e dor no ombro são problemas característicos após o AVC”, em que para além das alterações físicas também poderão ocorrer reacções emocionais e comportamentais, as quais conduzem a uma predisposição para graves riscos de saúde e de bem-estar (2006, p.24). Segundo a mesma fonte a hemiplegia consiste na paralisia de um dos lados do corpo, que quando completa “ envolve metade da face e da língua, bem como o braço e a perna do mesmo lado do corpo” (2006, p.24).

A afasia também é frequente nos utentes com AVC, ou seja a alteração no uso e interpretação da linguagem, podendo levar a compromisso da fala, leitura, escrita e linguagem coloquial. Existem diversos tipos de afasia (MARTINS, 2006). O utente poderá apresentar no entanto, problemas na fala por dificuldade em articular as palavras e aqui estamos perante uma disartria, “o doente compreende as palavras, contudo tem dificuldade em as pronunciar, devido a fraqueza ou paralisia dos músculos do lábio, língua ou laringe, ou uma perda de sensação” (MARTINS, 2006, p.25).

A incontinência urinária e fecal também poderá surgir associada a outros problemas “podendo estar relacionada com alterações cognitivas e da atenção, factores emocionais e incapacidade de comunicação do doente” (MARTINS, 2006, p.26).

Ainda segundo Martins o AVC poderá deixar repercussões graves na pessoa “afectando a função cognitiva, as emoções e o comportamento” (2006, p.26). A grande maioria dos utentes com AVC confronta-se com uma alteração e redução da sua actividade social após o incidente. Habitualmente mantem-se o contacto com a família, mas com o grupo de amigos este contacto e interacção fica diminuído (MARTINS, 2006, p.26).

Para Branco e Santos (2010) as alterações mais frequentes que decorrem do Acidente Vascular Cerebral consistem em:

- **alterações motoras**, da qual a hemiplegia é a alteração mais manifesta do AVC;
- **alterações da função sensorial**, da qual sobressaem os défices sensoriais superficiais, proprioceptivos e visuais do hemicorpo lesado;
- **alterações da função perceptiva**, em que a localização da lesão determina o tipo e extensão dos défices perceptivos. Os distúrbios mais frequentes são: posição no espaço; constância da forma; figura de fundo; percepção da profundidade; relações espaciais e orientação topográfica. É também frequente surgir: Apráxia (pode manifesta-se de

diversas formas); alterações ao nível da imagem e esquema corporal (incluem o neglect unilateral e discriminação esquerda/direita); alterações da linguagem tais como: afasia (motora ou de Broca; sensorial, de recepção, de compreensão ou de Wernick; global; anómica; de condução; a surdez verbal); agrafia; alexia; amusia, acalculia; disfonia e a disartria (dificuldade em articular as palavras).

- **alterações do comportamento**, sendo estas muito distintas consoante a afecção predomina no hemisfério esquerdo ou direito;
- **dificuldade para a alimentação**, em que cerca de 10% das pessoas com AVC apresentam disfagia;
- **alterações da eliminação**, tanto a nível vesical como intestinal. A pessoa pode apresentar uma bexiga neurogénica desinibida ou uma incontinência de urgência, sendo esta habitualmente transitória e associada à falta de mobilidade e compromisso mental, mais do que compromisso das vias neurológicas. Após o AVC pode ocorrer diminuição da actividade reflexa do intestino e da sua motilidade associada normalmente à situação de imobilidade inicial, sendo a obstipação a complicação mais frequente.

Ainda para Branco e Santos “o aparecimento de problemas secundários e/ou complicações na pessoa com lesão neurológica, constituem um obstáculo à sua reabilitação. As complicações mais frequentes são as respiratórias (...) e as motoras” (2010, p.30). Referem que a hemiplegia é a alteração mais frequente do AVC,

“embora o grau da função motora lesada seja determinado pelo local e extensão da lesão, as alterações sensoriais são um problema supletivo ao défice motor, dado que o movimento é coordenado e adaptado de acordo com as mensagens sensoriais recebidas”(2010, p.25).

Na perspectiva dos mesmos autores a hemiparesia ou hemiplegia é uma alteração da mobilidade decorrente de uma modificação de força de vários grupos musculares, que pode advir após um AVC. O hemisfério lesado apresenta flacidez sem movimentos voluntários numa fase inicial da doença, em que o tónus muscular é muito baixo para iniciar um movimento, encontrando-se a pessoa incapacitada de manter o membro numa determinada posição, sem apresentar qualquer resistência ao movimento passivo. A adopção de padrões inadequados pelo hemisfério são, utilizados como mecanismos de compensação, bem como a ausência de consciencialização e perda de movimento do hemisfério lesado, são decorrentes das alterações descritas. Posteriormente, progride-se para um aumento do tónus predominantemente dos

músculos anti gravíticos, o que se designa habitualmente de padrão espástico. Referem que “a velocidade com que este padrão se instala, está directamente relacionada com o local, a gravidade da lesão e a ausência ou o desenvolvimento de um programa precoce de reabilitação” (BRANCO E SANTOS, 2010, p.26).

Para Branco e Santos (2010) o mecanismo de controlo postural constitui a base para a realização dos movimentos normais especializados, sendo a hemiplegia ou hemiparesia, por si só, responsável por uma instabilidade postural, tanto em movimento como em repouso. Encontra-se ausente na pessoa com AVC, comprometendo a realização das suas AVD pois impede-a de recorrer a toda uma diversidade de padrões (postura e mobilidade) tidos como normais.

Deficiência, incapacidade e desvantagem

O AVC, pelo menos até à década de 70, estava imiscuído à perspectiva clássica da medicina, pois eram só considerados apenas os seus aspectos patológicos, etiologia e sintomas. Surge então a necessidade de um estudo mais aprofundado sobre o próprio portador da doença, na perspectiva da satisfação das suas necessidades básicas; no seu papel no seio familiar, profissional e social; bem como de toda a perturbação na relação com os outros.

De acordo com Martins “ As consequências da doença podem apresentar três fenómenos de natureza diferente: a deficiência, a incapacidade e a desvantagem também chamada handicap” (2002, p.69).

O AVC causa deficiências a vários níveis sobre o indivíduo. Como refere Martins, essas deficiências “significam perturbações, temporárias ou permanentes, ao nível de um órgão ou função (fisiológica, anatómica ou psicológica) que alteram o corpo, a aparência física ou a organização psico-patológica, qualquer que seja a causa” (2002, p.69). É importante ter uma perspectiva mais abrangente deste conceito pois, a deficiência não diz respeito apenas ao indivíduo, mas a toda a sociedade. A pessoa deficiente tem direitos de cidadão e, como tal, deve participar na vida de sociedade em pé de igualdade com os outros.

Ainda segundo a mesma autora quando uma deficiência afecta, em termos de desempenho “as actividades funcionais do individuo estamos face a uma incapacidade. Esta representa, pois, a perturbação ao nível da própria pessoa” (MARTINS, 2002, p.69). Para Martins (2002) resulta

da incapacidade de realizar determinada actividade dentro dos moldes e limites considerados normais para o ser humano. Podem ser “temporárias ou permanentes, reversíveis ou irreversíveis, progressivas ou regressivas”, poderão surgir como consequência directa da deficiência ou por perturbações a nível da pessoa (2002, p.74). Refere-nos ainda que “a classificação das incapacidades abrange os comportamentos e as actividades mais importantes da vida quotidiana: comportamento geral, postura corporal, locomoção, destreza, restrição da actividade, comunicação e cuidado pessoal” (MARTINS, 2002, p.74). É para esta autora uma classificação mais ampla e não tão exaustiva como a das deficiências.

Ainda para Martins (2002) a desvantagem representa um impedimento sofrido, resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade, que lhe impede o desempenho de uma actividade considerada normal para o indivíduo, causando-lhe prejuízos inequívocos. Consiste nas influências sociais que as alterações causadas por determinada patologia podem dar, com consequências a nível cultural, social, económico e ambiental. Estas são no entanto difíceis de classificar, pois “pode ser analisada na perspectiva do próprio indivíduo, por elementos significativos do seu meio ou pela própria comunidade” (MARTINS,2002, p.78-79). A autora refere que no utente com AVC a análise das desvantagens encontra-se ainda mais dificultada, pois concomitantemente à doença existem outras variáveis a ter em linha de conta, tais como a idade, o meio social, o fim da carreira profissional entre outras.

Na perspectiva de Martins (2002) a situação de doença e a atitude de cada indivíduo levam-no aos três níveis de: deficiência, incapacidade e desvantagem. A interligação destes três factores provoca alterações não só no indivíduo mas também na sua família e no meio onde este se insere. Assim para o indivíduo “ as consequências podem ser a diminuição da autonomia, mesmo no seu auto cuidado, da mobilidade, das actividades de lazer, da independência económica” (2002, p.84). Na família pode conduzir a relações sociais perturbadas, mudança de papéis, dificuldade económicas ou mesmo necessidades de cuidados especiais. No que reporta às alterações para a sociedade, pode-se verificar que as implicações principais consistem na diminuição de produtividade, na integração social do indivíduo doente com novas condições e ainda na utilização dos serviços de saúde (MARTINS, 2002).

HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

19/09/2011

O Sr.J.F.S. encontrava-se no domicílio na presença da filha e esposa quando referiu mau estar inespecífico, apresentando um quadro de diminuição da força muscular no hemicorpo direito, de predomínio crural, com desequilíbrio na marcha, motivo pelo qual foi contactado 112 e enviado ao Hospital [REDACTED]. Realizou Tomografia Axial Computorizada Crânio Encefálica (TAC CE) e teve alta clínica por recuperação do quadro neurológico. No dia 20/09 recorreu ao Hospital de [REDACTED] com a mesma sintomatologia tendo realizados diversos Exames Complementares de Diagnóstico e ficado em regime de internamento por AVC em múltiplos territórios; TAC CE realizado a 21/09. Durante o internamento apresentou boa evolução clínica, com recuperação da força muscular e da linguagem, pelo que teve alta clínica a 26/09 sendo orientado para recorrer aos cuidados do seu médico assistente. A 27/09 é novamente encaminhado ao Hospital de [REDACTED] por quadro confusional, hemiparesia direita e desidratação, apresentando também ligeira disartria e desvio da comissura labial para a esquerda. Repete TAC CE a 27/10. Ficou reinternado no serviço de Medicina Interna deste hospital tendo apresentado boa evolução clínica, com recuperação da força e da linguagem. Tem alta clínica a 30/09 e foi orientado mais uma vez para recorrer aos cuidados do médico assistente.

A 3/10/2011 é realizado contacto telefónico para Enfermeiro Especialista de Reabilitação da equipa de Cuidados Continuados da Unidade de Saúde de [REDACTED], pela filha, por agravamento do quadro neurológico do pai. Foi programada visita domiciliária para 4/10 pelas 16 horas com a presença do cuidador principal (filha) e a esposa.

À primeira apreciação o utente apresentava-se calmo, desperto e alerta, apresentando parésia do hemicorpo direito com predomínio crural e ligeira assimetria facial, com consequente desvio da comissura labial para a esquerda e alteração da comunicação manifestada por disartria. Não apresenta alterações da deglutição e mastigação decorrentes da assimetria facial. Apresenta atenção espontânea, consciente e voluntária, dirigindo o olhar quando solicitado, mas com períodos de confusão mental manifestada por algumas respostas desadequadas. Encontra-se confinado à cama pelas alterações da mobilidade decorrentes do AVC. Apresenta urgência urinária e fecal, recorrendo a cuidadora ao uso de dispositivo externo (fralda).

Encontra-se inserido num meio familiar constituído por esposa, filha e genro (muito ausente pelas condições de trabalho), em reorganização de papéis e funções. O Sr. J.F.S. era, até à data do incidente, a figura principal da casa assumindo o papel de chefe de família, o qual passa a ser assumido pela filha passando esta a ser a figura principal no seio da mesma.

As limitações provocadas pelo AVC no Sr.J.F.S., as quais alteram o seu grau de dependência, estão a ser um factor indutor de ansiedade tanto do utente, o qual manifesta a preocupação de passar a ser cuidado pela filha, “voltar a ser criança” sic; como da filha e da esposa, as quais se vêem confrontadas com uma alteração de papéis para a qual não se encontravam preparadas, visto o utente ter sempre assumido o papel de chefe de família.

A disponibilidade da cuidadora principal encontra-se condicionada, pelo seu exercício profissional, por ausência por grande período de tempo diurno, ficando o utente aos cuidados da esposa, também ela idosa. O utente, bem como a esposa e a filha, transmitem sentimentos de ansiedade, insegurança e incerteza em relação ao futuro, quando questionam: “ficarei sempre a ter de ser tratado por outra pessoa?”, “vou voltar a mexer o meu braço e a minha perna como antes?”, “vou voltar a andar?” **sic utente**; “trabalhamos tanto para ter uma reforma descansada e agora como vai ser com o meu marido tão doente?”, “ele vai voltar a mexer-se como antes e vai voltar a andar?”, “como vai ser a nossa vida daqui para a frente? “a nossa filha tem a vida dela e não vai poder estar sempre em casa para tratar do pai.”, “quando ela não está como é que eu vou conseguir tratar dele?”**sic esposa**; “ será que ele vai recuperar?”, “como é que vou conseguir ser eu agora a tratar de tudo? Estava habituada a que ele tomasse conta dele e da minha mãe. Era ele que se preocupava com a medicação deles, as consultas e como ainda conduzia aqui dentro de [REDACTED], davam as voltinhas deles e tratavam de tudo. Ele sempre foi muito organizado e tomava conta de tudo, era o chefe da casa!”, “será que com o meu trabalho consigo dar todo o apoio que ele e a minha mãe precisam? Ela está muito abalada com tudo isto e eu não posso deixar de trabalhar!”, “como vai ser o futuro? O que nos espera?” **sic filha**.

Foi detectado como elemento facilitador do processo de reabilitação deste utente, tendo em conta a sua situação de mobilidade actual, bem como a sua situação de cuidados e o contexto familiar, a aquisição de uma cama articulada numa fase inicial, que será validada a sua pertinência por maior período de tempo consoante a evolução da sua situação e aquisição de maior nível de independência. A cuidadora foi encaminhada para os recursos disponíveis na comunidade (Protecção Civil) e informada das ajudas técnicas disponíveis. Entregue impresso

respectivo para solicitar cama articulada, sendo que as restantes ajudas técnicas serão reavaliadas posteriormente consoante as necessidades detectadas, existindo no entanto no domicílio uma cadeira de rodas e um andarilho anteriores ao actual AVC do Sr. J.F.S.

Foi sugerida a adequação do espaço do quarto atendendo tanto às necessidades do utente como às necessidades da esposa, a qual manifestou agrado em manter a sua cama e mesa-de-cabeceira e permanecer junto à janela. Propôs-se a colocação da cama articulada na parede oposta, retirar a cómoda que poderia ser colocada noutra divisão da casa e proceder à colocação do cadeirão do Sr.J.F.S. entre as duas camas por forma a ser programado desde já o levante para o mesmo. Conseguiu-se desta forma respeitar a vontade da esposa, bem como adequar o espaço às necessidades do utente, onde toda a estimulação e abordagem será realizada pelo lado direito, favorecendo a estimulação dos sentidos, da força muscular, integração deste lado no esquema corporal, mesmo não se tendo detectado alterações da sensibilidade ou negligência do lado lesado.

Decorrido cerca de um mês desde o AVC do Sr. J.F.S., a filha como cuidadora principal encontra-se numa situação de cuidados de grande sobrecarga física, emocional e familiar, deparando-se com uma situação de grande cansaço e exaustão. Para além do cuidado prestado a um familiar dependente no domicílio, tem-se confrontado com todo o cuidado a prestar aos restantes membros (mãe), bem como tem enfrentado todas as mudanças inerentes ao facto de ter assumido o papel de figura principal no seio da família. Esta é também ela considerada um alvo de cuidados paralelamente ao utente, sendo a necessidade de acompanhamento da família uma constante, pois tem a sua vida comprometida e com muitas limitações. Surge a necessidade por parte desta cuidadora, de partilha de funções no cuidado prestado ao pai, pelo que é contratada uma pessoa no período da manhã em que sua ausência é mais notória e que acumulará funções de cuidadora ao utente, bem como de acompanhamento da mãe nas tarefas domésticas, por forma a minimizar o cansaço e exaustão crescente desta família.

EXAMES EFECTUADOS:

No decurso dos internamentos anteriormente referidos foram realizados todo um conjunto de Exames Complementares de diagnóstico por forma a realizar um diagnóstico médico preciso e despiste de outras patologias associadas. São estes: Radiografias ao tórax; Ecocardiogramas; Electrocardiograma; Doppler transcraneano e triplex carotídeo; TAC CE (vários) e Avaliação analítica.

A destacar o TAC CE realizado no primeiro internamento o qual revela: Sem densidades hemáticas intracranianas, padrão de leucoencefalopatia isquémica microangiopática. Hipodensidades lacunares lenticulocapsulares bilaterais. Assimetria dos centros semi-ovais, núcleos lenticulares e substância branca adjacente aos átrios ventriculares, por maior hipodensidade à esquerda, coexistindo ligeira moldagem do ventrículo lateral homolateral, aspectos que poderão estar em relação com lesão vascular isquémica mais recente, a merecer eventual controlo evolutivo. Sem sinais de hidrocefalia ou desvio das estruturas da linha média.

Os resultados dos restantes TAC CE realizados posteriormente encontram-se sobreponíveis ao anteriormente descrito.

Da análise efectuada dos resultados dos exames realizados destaco o Enfarte Isquémico Recente, no hemisfério cerebral esquerdo do qual decorre a parésia do hemicorpo direito com compromisso na sua independência para a realização das suas AVD.

EXAME OBJECTIVO (4/10/2011)

Pele e mucosas: Coradas e hidratadas, sem lesões cutâneas.

Pupilas: isocóricas e isoreactivas.

Tax: 36,8 °C

FC: 77 bpm

TA:135/74 mmHg

Respiração: Respiração regular, mista de predomínio abdominal, de média amplitude e com uma frequência de 18 ciclos respiratórios por minuto.

Auscultação Pulmonar: Murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares, sem ruídos adventícios. Tosse eficaz e não produtiva.

Abdómen: livre, depressível e indolor á palpação.

Membros superiores e inferiores: simétricos, sem lesões cutâneas.

NEUROAVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM (1ª)

A 4/10/2011 aquando a primeira visitação domiciliária conjunta com a EER orientadora, realizei a Neuroavaliação de Enfermagem inicial ao utente, sendo que esta é considerada, segundo Branco e Santos (2010) um instrumento imprescindível para o EER e no cuidar do utente com AVC. Consiste num conjunto de técnicas destinadas a provocar uma resposta do Sistema Nervoso e perante isto deduzir o que possa ou não estar mal. Não deve ser confundida com o exame neurológico realizado pelo clínico. Assim “uma correcta neuroavaliação do doente com alterações ou potenciais alterações do estado de consciência pode ser a chave do sucesso terapêutico e com isso determinar ao melhor ou pior qualidade de vida. Para isso é necessário estabelecer um programa de intervenção que se ajuste a cada doente” (PINTO, 2001, p. 43).

Foi realizada a avaliação do estado de consciência; resposta pupilar; avaliação de pares cranianos; a avaliação da força muscular; da sensibilidade; do tónus muscular e da coordenação. Pretendia com a neuroavaliação obter informações relativamente a alterações neurológicas decorrentes da situação clínica do Sr. J.F.S., sendo um ponto de partida para o planeamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação a prestar.

-Avaliação estado de consciência

À primeira apreciação o utente apresentava sonolência, alguns períodos de confusão mental manifestada por respostas desadequadas, reagindo à estimulação verbal dirigindo o olhar. Aplicada escala de comas de Glasgow apresentando o utente um score de 13 (escala utilizada na unidade de saúde).

-Avaliação da resposta pupilar

O utente apresenta pupilas reactivas à luz, de tamanho normal e forma redonda, sugerindo uma resposta pupilar normal à avaliação e simetria após comparação bilateral.

-Avaliação por pares craneanos

Avaliados os 12 pares cranianos:

O utente não apresenta rinorraquia nem anosmia, identificando odores familiares bilateralmente (testado com café) (OLFATIVO). Efectuada pesquisa de campos visuais (com caneta luminosa) no plano horizontal e vertical, externamente a 60 graus em relação à linha

média e a 40 graus da linha nasal para dentro, o Sr. não apresenta hemianopsia homónima nem alteração da acuidade visual bilateral (ÓPTICO); não apresenta nistagmo, ptose palpebral, midríase, nem alterações dos movimentos conjugados dos olhos quando solicitado a acompanhar o dedo do enfermeiro que desenhou um H no espaço. Os movimentos oculares encontram-se à observação simétricos (OCULOMOTOR; PATÉTICO; MOTOR OCULAR EXTERNO). Pesquisada bilateralmente a sensibilidade da face (táctil, térmica e dolorosa) não se detectaram alterações da mesma. O reflexo córneo-palpebral está presente e não se identifica alteração do encerramento e dedução da mandíbula, nem dos movimentos mastigatórios (TRIGÉMIO). Apresenta ligeira assimetria facial, com desvio da comissura labial para o lado esquerdo e apagamento do sulco nasogeniano à direita, quando incitado a sorrir, assobiar, franzir o sobrolho e encerrar as pálpebras com firmeza. No que reporta à capacidade de reconhecimento de sabores nos 2/3 anteriores da língua não se detectaram alterações (FACIAL). Não foram detectadas alterações da acuidade auditiva, quando produzido ruído bilateralmente alternado. Equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado e de pé está ausente (ACÚSTICO). Consegue reconhecer sabores no 1/3 posterior da língua (doce e salgado) (GLOSSOFARÍNGEO). Sem alteração do tom de voz ou rouquidão (segundo informação do cuidador principal). Mantem presente o reflexo do vômito, quando estimulada a faringe posterior e porção posterior da língua com espátula (VAGO). Apresenta depressão escapulo-umeral à direita, quando avaliada força muscular bilateralmente ao nível do esternocleidomastóideo e trapézio, aplicada resistência e solicitada contracção e movimento ao nível dos ombros e cabeça (ESPINHAL). Não se observa atrofia, tremores ou desvio da língua (HIPOGLOSSO).

-Avaliação da força muscular

Nesta avaliação aplicou-se a escala de Lower, em que se compara a força exercida pelo utente em relação à resistência exercida pelo profissional e contra a força da gravidade.

- **Pescoço** (Flexão/Extensão; Inclinação lateral; Rotação) - apresenta contracção muscular e movimento grau 5/5.

-Membro superior esquerdo:

Apresenta em todos os segmentos força grau 5/5.

-Membro superior direito:

- **Ombro** (Elevação / Depressão; Adução / Abdução; Rotação interna e externa) – apresenta força grau **4/5**;
- **Cotovelo** (Flexão/Extensão) - apresenta força grau **4/5**;
- **Punho** (Flexão/Extensão; Desvio radial / Desvio cubital; Circundução) – apresenta força grau **3/5**;
- **Antebraço** (Supinação/Pronação) – apresenta força grau **4/5**;
- **Dedos** (Flexão/Extensão; Adução / Abdução; Oponência) – apresentam força grau **3/5**.

-Membro inferior esquerdo:

Apresenta em todos os segmentos força grau **5/5**.

-Membro inferior direito:

- Coxo-femural (Flexão/Extensão; Adução/Abdução; Rotação interna e externa) – apresenta força grau **3/5**;
- Joelho (Flexão/Extensão) - apresenta força grau **3/5**;
- Tibiotársica (Flexão/Extensão; Inversão/Eversão) – apresenta força grau **3/5**;
- Dedos (Flexão/Extensão; Adução/Abdução) - apresentam força grau **3/5**.

-Avaliação da Sensibilidade

Realizada avaliação da sensibilidade após ter sido solicitado ao utente que permanecesse com os olhos fechados.

Efectuada avaliação da sensibilidade **superficial**, com estímulo doloroso, táctil (avaliado com extremidade de caneta) e térmico (aplicado calor da minha mão e ao frio frasco de creme hidratante) no membro superior e inferior direito não sugerindo alterações da mesma. Avaliada sensibilidade **Postural/proprioceptiva**, em que o utente consegue perceber a posição em que se encontra. Testada em todos os segmentos do membro superior e inferior direito, não apresentando alterações da sensibilidade postural.

Não apresenta alterações da sensibilidade nas extremidades contra laterais.

-Tónus muscular

Apresenta tonicidade mantida ao nível dos membros superiores e inferiores. Testado com deslocamento passivo dos vários segmentos que após abandono não caíram de forma inerte.

-Coordenação de Movimentos

Não apresenta alteração na coordenação de movimentos dos membros superiores quando incitado a realizar oposição do polegar; alternância palmar e conduzir dedo ao nariz. Apresenta no entanto alteração da coordenação de movimentos nos membros inferiores, testado quando solicitado a executar movimentos rápidos e rítmicos à flexão plantar e dorsiflexão (associado a apresentar força 3/5 no membro inferior direito).

-Escala (ANEXO I)

Aplicados diversos instrumentos de avaliação da dependência, da funcionalidade e de avaliação de risco, os quais se encontram integrados no padrão de documentação do ACES [REDACTED]. Estes foram aplicados em três momentos distintos (4/10/2011; 2/11/2011 e 21/11/2011), conjuntamente com a realização das três avaliações neurológicas de enfermagem realizadas ao Sr.J.F.S. e que correspondem a uma avaliação inicial, intermédia e final. Na primeira utilização recorri ao uso das escalas em vigor no serviço, sendo que as duas últimas aplicações foram efectuadas após reformulação das mesmas e introdução no processo dos utentes da Unidade de Saúde. Os instrumentos de avaliação utilizados foram:

.Escala de Braden- Avaliação do risco de úlceras de pressão;

.Escala de Lawton e Brody- Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária

.Índice de Katz- Escala de Actividades de Vida Diárias

.Índice de Barthel¹- Autocuidados

.Escala de Morse²- Escala de quedas

^{1,2} -Índice de Barthel e Escala de Morse introduzidas por mim no processo do utente aquando a reformulação e introdução das restantes escalas.

Aquando a aplicação inicial dos instrumentos de avaliação o Sr. J.F.S. apresenta um grau de dependência máxima da funcionalidade para realização das Actividades Instrumentais de Vida Diária; encontra-se totalmente dependente para satisfação de todas as AVD à aplicação do índice de Katz e índice de Barthel e apresenta um risco elevado de aquisição de úlceras de pressão bem como um risco médio de quedas, à aplicação das escalas de Braden e Morse respectivamente. A evolução do seu grau de dependência e autonomia é notório, à aplicação dos mesmos instrumentos numa 2ª e 3ª avaliação, passando de um grau de totalmente dependente para satisfação das AVD para um grau de dependente de terceiros, sendo que analisadas separadamente nalgumas AVD como a alimentação, eliminação, mobilidade e vestuário o utente apenas necessita de uma ajuda parcial para a sua satisfação. Mantem uma dependência máxima para realização das Actividades Instrumentais de Vida Diária, à aplicação da mesma escala referida na 1ª avaliação. O risco de aquisição de úlceras de pressão bem como de quedas reduziu para baixo risco, à aplicação dos mesmos instrumentos de avaliação de risco.

NEUROAVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM (2ª e 3ª)

Realizada neuroavaliação de enfermagem intermédia e final a 2/11/2011 e 21/11/2011 respectivamente, recorrendo à utilização do Instrumento de Registo de Enfermagem de Reabilitação (**ANEXO II**). Este foi elaborado por mim, conjuntamente com outra colega do curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Reabilitação e sob a orientação da EER orientadora [REDACTED], após ter sido detectada a necessidade da sua criação por todos os intervenientes. Apresentado em reunião à EER responsável e restantes EER e introduzida a 2/11/2011 a diversos utentes para validação.

Perante o **Exame Objectivo** e **Neuroavaliação de Enfermagem** iniciais efectuados foram levantados os seguintes problemas de enfermagem:

- Alterações no desempenho das seguintes AVD³:

- *Alteração da AVD Comunicação relacionada com o AVC, manifestada por disartria e por períodos de confusão mental temporária;*
- *Alteração da AVD Eliminação relacionada com urgência urinária e fecal, manifestada por perdas involuntárias de urina e fezes na fralda;*
- *Alteração da AVD Higiene pessoal e vestuário devido a hemiparesia direita, manifestada por dependência total na realização dos cuidados de higiene e conforto e no vestir/despir;*
- *Alteração da AVD Mobilidade devido a hemiparesia direita, manifestada por diminuição da força muscular do membro superior e inferior direito;*
- *Alteração da AVD Expressão da Sexualidade devido a hemiparesia direita, manifestada por preocupação com a imagem corporal, nomeadamente com a recuperação da assimetria facial;*

- Alteração do tónus no andar inferior da face direita devido a AVC, manifestada por assimetria hemiface direita com desvio da comissura labial para a esquerda e apagamento do sulco nasogeniano à direita, sem interferência na AVD Alimentação mas com repercussões na AVD Comunicação;

- Alteração hemodinâmica relacionada com AVC, manifestada por hipertensão arterial;

- Alteração de papéis no seio familiar, em que a figura principal deixa de ser o Sr.J.F.S. passando este papel a ser assumido pela filha, manifestado por ansiedade dos seus membros e preocupação do utente em “voltar a ser criança” sic e ser cuidado pela filha.

³ -Segundo Modelo de Enfermagem de Nancy Roper

2.2.PLANO DE CUIDADOS

ACES [REDACTED] Unidade de Saúde de [REDACTED]				
IDENTIFICAÇÃO				
Nome: J.F.S. Sexo: Masculino Idade: 78 anos Data de Admissão: 04/10/2011				
Diagnóstico clínico: AVC isquémico do hemisfério esquerdo				
DATA	PROBLEMA	OBJECTIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
04/10/2011	<p>➤ Alterações no desempenho das AVD:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alteração da AVD Comunicação relacionada com AVC manifestada por disartria e por períodos de confusão mental temporária 	Que o utente volte a comunicar verbalmente de forma adequada e perceptível e com discurso coerente	<ul style="list-style-type: none"> Informar o utente de todos os procedimentos antes da realização de qualquer exercício, validando a sua compreensão; Manter um ambiente calmo e mostrar disponibilidade; Estimular o utente a conversar pausadamente; utilizando frases curtas; repetindo sempre que não se compreenda algo e proceder à correcção na articulação das palavras sempre que necessário; Criação de espaço, mostrando disponibilidade e interesse em escutar, para que o utente expresse os seus sentimentos, desejos, dúvidas e receios; Dar reforço positivo valorizando sempre os pequenos progressos; Evitar a fadiga, limitando a frequência e o tempo de estimulação da comunicação; Incentivar o utente/família à utilização de uma comunicação adequada: falar devagar; usar frases simples, curtas e claras; dar uma informação de cada vez; usar nomes e frases familiares; fazer uma pergunta de cada vez, chamando sempre o utente pelo nome pelo qual gosta de ser tratado; Fornecer informação/formação aos familiares/cuidador de como devem comunicar com o utente incentivando-o a expressar-se verbalmente. 	<p>04/10/2011 – Denota-se preocupação por parte do utente para manter um discurso perceptível, havendo muitas vezes necessidade de articular novamente algumas palavras. Períodos de confusão mental, apresentando o utentes algumas respostas desadequadas (relacionado com o regresso a casa). Dada informação ao utente como deve comunicar verbalmente.</p> <p>06/10/2011- Colabora na realização dos exercícios da musculatura facial com interesse. Validada informação dada. Mantem algumas respostas pouco coerentes. Realizada sessão formativa à família sobre como devem comunicar com o Sr.J.F.S.</p> <p>11/10/2011-Apresenta discurso mais perceptível, com melhor articulação das palavras e elaboração de frases simples. Continua a demonstrar interesse na realização dos exercícios faciais. Melhor compreensão da informação fornecida e discurso mais adequado.</p> <p>19/10/2011-Apresenta discurso mais fluente, perceptível, sem necessidade de repetição. Não apresenta dificuldade na percepção e interpretação da informação e ordens fornecidas. Já sem confusão mental.</p> <p>2/11/2011- Apresenta discurso fluente, sem disartria e mantém pequenos diálogos.</p>

<p>4/10/2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> Alteração da AVD <p>Eliminação relacionado com urgência urinária e fecal, manifestado por perdas involuntárias de urina e fezes na fralda.</p>	<p>Promover autonomia na eliminação vesical e intestinal e controlo de esfíncteres</p> <p>Prevenir riscos associados</p>	<p>Promover a consciencialização da vontade e do acto de urina e evacuar, lembrando-o desse aspecto;</p> <p>-Identificar hábitos alimentares e de eliminação anteriores; uso de laxantes; ingestão hídrica e terapêutica;</p> <p>-Informar família/cuidador dos recursos materiais disponíveis dentro das suas possibilidades (urinol; arrastadeira; cadeira sanitária; bacio alto) e adequados às necessidades do utente;</p> <p>-Identificar as necessidades de formação/informação sentidas pelo utente e família/cuidador relativas à autonomia na eliminação;</p> <p>-Informar/formar a família/cuidador sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitorização da ingestão hídrica; Oferecer a arrastadeira e urinol por antecipação, conjugadamente com a quantidade de água ingerida e dos períodos de ingestão; Proporcionar com frequência a possibilidade de urinar e evacuar; Detectar precocemente eritemas devido ao contacto da pele com a urina; Proporcionar dieta adequada às necessidades do utente, tendo em conta as suas preferências; Ter em conta o reflexo gastro-cólico; Vigiar fralda e características da urina regularmente; Vigiar frequência e consistência das fezes, por forma a despistar ocorrência de obstipação. 	<p>4/10/2011-Apresenta insucesso na consciencialização destes aspectos, urinando e evacuando na fralda. Não evacua há 2 dias (padrão habitual diário). Fornecida informação por forma a solucionar o problema.</p> <p>5/10/2011- Doente evacuou na fralda, dejeção de características normais em moderada quantidade (segundo cuidador).</p> <p>6/10/2011-Validada informação/formação dada ao utente/família. Aquisição de urinol e arrastadeira por parte da filha.</p> <p>19/10/2011- Mantem perdas involuntárias de urina e fezes na fralda, mas já apresenta consciencialização destes aspectos, referindo por vezes vontade em evacuar.</p> <p>2/11/2011- Mantem situação anterior. Reforçada informação/formação ao utente/cuidador.</p> <p>- Oferecido urinol após Programa de reabilitação motora, tendo o utente tido uma micção.</p> <p>- Utente já evacuou na arrastadeira, segundo informação da filha.</p>
------------------	---	--	--	--

4/10/2011	<p>• Alteração da AVD Higiene pessoal e Vestuário devido a hemiparesia direita, manifestada por:</p> <p>1-Dependência total na realização dos cuidados de higiene e conforto</p>	Promover autonomia na realização dos cuidados de higiene e conforto	<p>-Identificar as necessidades de formação/informação sentidas pelo utente e família/cuidador relativas à autonomia na realização da AVD higiene e conforto;</p> <p>-Implementação do plano de intervenção formativa ao utente e familiar/cuidador no que reporta à realização da AVD higiene, reforçando a pertinência de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abordar o utente sempre que possível pelo lado direito; • Nomear todas as partes do corpo tocadas e o respectivo lado (direito/esquerdo); • Auxiliar nos cuidados de higiene, solicitando sempre a colaboração do utente, por forma a incentivar à autonomia, estimulando sempre que possível o autocuidado e a independência; • Proporcionar a possibilidade de lavar o seu lado afectado, bem como usar o lado direito; • Incentivá-lo a pentear-se sozinho com o membro superior direito, usando um espelho; • Ter especial atenção à higiene oral; unhas; barba; cabelos e pele. • Antes da realização dos cuidados de higiene proceder à remoção das barreiras arquitectónicas; <p>-Dar a conhecer ao utente e família/cuidador as ajudas técnicas e produtos de apoio disponíveis no mercado para a realização dos cuidados de higiene.</p>	<p>4/10/2011-Realizada prestação de cuidados de higiene e conforto no leito pelo cuidador principal (filha)mas sem colaboração do utente.</p> <p>6/10/2011- Validada informação/formação dada ao utente/família relativas à realização dos cuidados de higiene e conforto.</p> <p>11/10/2011- Realizada prestação de cuidados de higiene e conforto no leito pelo cuidador principal, mas com colaboração do utente dentro das possibilidades.</p> <p>19/10/2011-Realizada prestação de cuidados de higiene e conforto sentado no leito com ajuda parcial.</p> <p>2/11/2011- Mantém o mesmo nível de dependência na realização dos cuidados de higiene e conforto no leito.</p> <p>-Avaliação contínua das necessidades formativas e validação da informação/formação dada.</p>
-----------	---	---	--	--

	<p>2-dependência total no vestir e despir</p>	<p>Promover a autonomia no vestir/despir.</p>	<p>-Identificar as necessidades de formação/informação sentidas pelo utente e família/cuidador relativas à autonomia na realização da AVD vestir/despir;</p> <p>-Implementação do plano de intervenção formativa ao utente e familiar/cuidador no que reporta à realização da AVD vestir/despir, reforçando a pertinência de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abordar o utente sempre pelo lado direito; • Estimular dentro das possibilidades da sua mobilidade actual, o autocuidado e a independência nesta actividade de vida; • Utilizar vestuário prático (mais largo, com elasticidade e que deslize com facilidade) e adaptado à temperatura ambiente, de preferência o seu vestuário; • Vestir sempre primeiro o lado direito e despir primeiro o lado esquerdo; • Dar tempo para se vestir; • Substituir sempre que necessário os botões por fecho éclair ou fita de velcro no vestuário e sapatos, • Encorajar a pessoa a vestir-se em detrimento de passar todo o dia com roupa de dormir; • Recomendação para o uso de calçado apropriado, fechado e com sola antiderrapante; • Proceder a etapas de demonstração da forma como vestir/despir. <p>-Dar a conhecer ao utente e família/cuidador as ajudas técnicas e produtos de apoio disponíveis no mercado para vestir/despir.</p>	<p>4/10/2011- Demonstra interesse, mas apresenta dificuldade na realização da AVD vestir/despir relacionada com a incapacidade associada à mobilidade do hemicorpo direito;</p> <p>6/10/2011- Validada informação/formação dada ao utente/família relativas à AVD vestir/despir</p> <p>19/10/2011- Maior autonomia na AVD vestir/despir, colaborando dentro das suas possibilidades e demonstrando interesse na aprendizagem.</p> <p>2/11/2011- Mantem evolução no que reporta ao grau de autonomia para a realização desta AVD.</p> <p>- Avaliação contínua das necessidades formativas e validação da informação/formação dada.</p>
--	---	---	---	---

<p>04/10/2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> Alteração da AVD Mobilidade devido a hemiparesia direita, manifestada por diminuição da força muscular do membro superior e inferior direito: <p>-Apresenta no membro superior força muscular grau 4/5 no ombro, cotovelo e antebraço e força grau 3/5 no punho e dedos.</p> <p>-No membro inferior apresenta força muscular grau 3/5 em todos os segmentos.</p>	<p>Que o utente conserve a amplitude articular, aumente o grau de força muscular, retardando o aparecimento de espasticidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Informar o utente de todos os procedimentos que se irão realizar, solicitar a sua colaboração sempre que possível explicando-lhe a importância das mobilizações; posicionamentos; actividades terapêuticas e levante na sua recuperação; - Avaliação semanal do grau de força muscular, recorrendo à utilização da escala de Lower; - Realização de mobilizações activas assistidas e resistidas bilaterais de todos os segmentos, respeitando a amplitude do movimento e começando pelo lado direito, em padrão anti-espástico; - Formação/informação e incentivo para a realização de automobilização do membro superior direito com o auxílio do membro superior esquerdo 3 vezes ao dia, de acordo com a tolerância do utente; - Realização do exercício da ponte e rolar na cama (lado sã e lado afectado); - Realizar exercícios de carga no cotovelo; - Realizar treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado na cama, com pernas pendentes e pés apoiados no chão ou em apoio (ângulo de 90º coxo femoral e joelhos), descalço ou com calçado anti-derrapante (não só com meias); - Programar e realizar levante para cadeirão; - Realizar treino de equilíbrio estático e dinâmico em pé com apoio, estimulando a noção de equilíbrio corporal; - Iniciar o mais breve possível treino de marcha, de acordo com as possibilidades do utente; - Implementação do plano de intervenção formativa ao utente e familiar/cuidador no que reporta a mobilizações; posicionamentos; actividades terapêuticas e levante, reforçando a pertinência na sua recuperação; - Avaliar T.A., para despiste de alterações hemodinâmicas decorrentes do levante. - Encaminhar cuidador para recursos da comunidade (Protecção civil) para aquisição de cama articulada. 	<p>4/10/2011- Demonstra interesse na aprendizagem e realização das actividades.</p> <p>-Fornecida informação sobre a pertinência de reestruturação do quarto, como contributo para a promoção da autonomia do utente.</p> <p>6/10/2011-Validada informação/formação dada ao utente/família.</p> <p>6/10/2011- Realiza actividades terapêuticas ponte; automobilização do membro superior direito e rolar na cama, com ajuda parcial.</p> <p>11/10/2011- Aquisição de cama articulada com reestruturação do quarto de forma a maior estimulação do lado afectado (mesa cabeceira; televisão; cama da esposa; janela).</p> <p>-Realiza actividades terapêuticas carga no cotovelo e treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado no leito.</p> <p>-19/10/2011-Realizou primeiro levante para cadeirão, com tolerância do utente por período de 2 horas.</p> <p>-26/10/2011-Realizou treino de equilíbrio em pé, estático e dinâmico com apoio de andarrilho, o qual se encontra ausente.</p> <p>-Avaliação contínua das necessidades formativas e validação da informação/formação dada.</p> <p>-2/11/2011- Realiza todas as actividades terapêuticas, com equilíbrio estático e dinâmico em pé ainda ausente, motivo pelo qual ainda não poderá iniciar treino de marcha; levante, com menor grau de dificuldade. Tolera períodos de levante de 4-5horas.</p>
-------------------	---	--	---	--

04/10/2011	<ul style="list-style-type: none"> Alteração da AVD Expressão da Sexualidade devido a hemiparesia direita, manifestada por preocupação com a imagem corporal, nomeadamente com a recuperação da assimetria facial 	Que o utente verbalize as suas dúvidas e receios com a equipa multiprofissional e com os familiares/cuidadores.	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar ambiente calmo e tranquilo, criando espaço para esclarecimento de dúvidas e receios em relação à sua imagem corporal, mostrando disponibilidade; - Incentivar ao uso de espelho por forma a visualizar a sua imagem reflectida, aquando a realização dos exercícios faciais; - Responder de forma simples e concreta às dúvidas que o utente/família expressem; - Criar espaço para esclarecimento de dúvidas e receios da família/cuidador, mostrando disponibilidade; - Dar reforço positivo; - Comunicar-lhes a importância de conversar/ conviver com outros utentes/famílias que se encontrem na mesma situação de cuidados. 	<p>4/10/2011- Demonstra agrado pela atenção prestada no que reporta à sua imagem corporal.</p> <p>- Avaliação contínua das necessidades formativas e validação da informação/formação dada.</p> <p>2/11/2011-Demonstra maior grau de satisfação na sua imagem corporal quando se visualiza ao espelho, apresentando assimetria facial já pouco perceptível. Quando é barbeado mostra-se muito agradado.</p>
------------	---	---	---	---

04/10/2011	<p>➤ Alteração do tónus muscular no andar inferior da face direita devido a AVC, manifestado por assimetria da hemiface direita com desvio da comissura labial para a esquerda e apagamento do sulco nasogeneano à direita</p>	<p>Que o utente recupere o tónus muscular da face direita</p>	<p>- Informar/ formar e incentivar o utente a realizar exercícios dos músculos da face tais como: assobiar; sorrir; projectar sobrancelhas para cima; projectar lábio para fora; empurrar bochecha com a língua; ingestão de água com a palhinha e massagem da face;</p> <p>-Incentivar o utente/cuidador para a realização dos exercícios 3 ou 4 vezes por dia;</p> <p>-Incentivar à realização dos exercícios em frente ao espelho, por forma a visualizar a sua imagem,</p> <p>- Fornecer informação/formação aos familiares/cuidador acerca da correcta realização dos exercícios e sua importância.</p>	<p>04/10/2011 – Demonstra interesse colaborando na realização dos exercícios.</p> <p>6/10/2011- Validação de toda a informação/formação acerca dos exercícios faciais, dada ao utente/família.</p> <p>11/10/2011- Continua a demonstrar interesse na realização dos exercícios faciais.</p> <p>19/10/2011-Assimetria facial apenas perceptível quando o utente é incitado a sorrir.</p> <p>2/11/2011-Assimetria facial quase imperceptível.</p>
------------	--	---	--	---

25/10/2011	<p>➤ Alteração hemodinâmica relacionada com AVC, manifestada por hipertensão arterial.</p>	<p>- Que o utente obtenha valores de Tensão Arterial dentro dos parâmetros normais (para o seu perfil tensional)</p> <p>-Prevenir riscos associados</p>	<p>- Avaliação a Tensão arterial aquando a visita domiciliária (à abordagem do utente antes das intervenções de enfermagem de reabilitação e após levante);</p> <p>-Identificar/rever hábitos alimentares; ingestão hídrica; terapêutica anti-hipertensora instituída e anterior ao AVC;</p> <p>-Identificar as necessidades de formação/informação sentidas pelo utente e família/cuidador relativas à tensão arterial;</p> <p>-Validar Informação com o utente e família/cuidador sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parâmetros tensionais considerados normais; • Importância da estabilização dos valores tensionais; • Riscos associados à HTA; • Dieta adequada (hipossalina); • Monitorização diária da tensão arterial diariamente e respectivo registo. • Correcta utilização do aparelho de avaliação tensional do utente. <p>-Sensibilização do utente/cuidador para a importância da adesão ao regime terapêutico instituído;</p> <p>-Comunicar ao médico assistente do utente valores tensionais avaliados bem como monitorização efectuada pelo familiar/cuidador.</p>	<p>25/10/2011- Avaliados parâmetros vitais sempre que realizada visita domiciliária.</p> <p>- Tensão arterial elevada antes do início do programa de Reabilitação Funcional motora.</p> <p>- Reavaliada após realização de levante, encontrando-se esta já dentro dos parâmetros normais.</p> <p>-Fornecida informação à cuidadora (filha) sobre quais os valores tensionais normais (adequados ao utente) bem como solicitada monitorização da tensão arterial; qual a dieta adequada após revisto com cuidadora o padrão habitual alimentar.</p> <p>2/11/2011-Avaliada tensão arterial antes e após programa de reabilitação. Valores ligeiramente elevados em relação ao padrão habitual do utente.</p> <p>-Validada informação/formação fornecida em sessão anterior.</p> <p>-Realizada sessão formativa à nova cuidadora acerca da tensão arterial.</p> <p>4/11/2011-Avaliada tensão arterial à abordagem do utente, encontrando-se dentro dos parâmetros normais. Registos do familiar/cuidador com algumas oscilações.</p> <p>-Validada informação/formação com nova cuidadora.</p> <p>8/11/2011-Analisados registos de avaliação da tensão arterial desde dia 4/11 apresentado a T.A. diversas oscilações ao longo do dia.</p> <p>-Contactado telefonicamente médico assistente que reintroduziu terapêutica anti-hipertensora e diurética anterior. A iniciar a 9/11/2011.</p> <p>-Validada toda a informação/formação com cuidadora e sensibilizada para a continuação da monitorização dos valores tensionais.</p>
------------	--	---	---	---

<p>4/10/2011</p>	<p>➤ Alteração de papéis e funções no seio familiar em que a figura principal deixa de ser o Sr.J.F.S. passando este papel a ser assumido pela filha, manifestada por ansiedade dos seus membros e preocupação do utente em “voltar a ser criança”sic e ser cuidado pela filha</p>	<p>Promover a reorganização de papéis e consequente estabilidade familiar, adaptando o utente com AVC e família à sua nova condição</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar a intervenção de Enfermagem de Reabilitação o mais precocemente possível, visando a promoção da autonomia do utente, adaptando-o bem como aos familiares à realidade actual, minimizando a ansiedade destes; -Identificar as necessidades de formação/informação sentidas pelo utente e família/cuidador relativas à autonomia na realização das AVD; - Proporcionar ambiente calmo e tranquilo, proporcionando momentos para esclarecimento de dúvidas e receios do utente e família/cuidador em relação à nova condição, mostrando disponibilidade; - Envolver utente, família/cuidador nas intervenções realizadas; -Responder de forma simples e concreta às dúvidas que o utente/família expressem; - Fornecer reforço positivo ao utente bem como aos familiares por forma a facilitar a integração dos novos papéis; -Identificar barreiras arquitectónicas existentes no domicílio e comunidade do utente promovendo possíveis alterações e/ou eliminação das mesmas no seu contexto de vida e comunitário, com vista à promoção da autonomia; - Dar a conhecer e promover a utilização dos recursos da comunidade direccionados para o utente e família/cuidador; -Promover a participação social da pessoa com AVC e familiar/cuidador. 	<p>4/10/2011- Realizada primeira visita domiciliária, após contacto telefónico pelo familiar a 3/10/2011, para diagnóstico de situação com vista a uma intervenção o mais precoce possível.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Denota-se muita ansiedade, insegurança e receio por parte da esposa e cuidadora principal (filha) no que refere à nova condição do utente, encontrando-se esta família em reorganização de papéis. -Fornecido impresso para aquisição de cama articulada e informada cuidadora principal sobre a pertinência de reestruturar o quarto de acordo com as necessidades do utente/esposa; <p>6/10/2011-Avaliação das necessidades informativas / formativas do utente/família.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Quarto já reestruturado com colocação de cama articulada e remoção de algumas barreiras arquitectónicas. -Fornecida alguma informação/formação à cuidadora de acordo com as suas dúvidas e receios, demonstrando disponibilidade. <p>19/10/2011-Utente, cuidadora e esposa apresentam menor grau de ansiedade no que respeita aos novos papéis no seio da família , bem como demonstram necessidades formativas na realização das AVD.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Validada informação dada em sessões anteriores e mostrada disponibilidade para responder a dúvidas colocadas, recorrendo simultaneamente a técnica demonstrativa. <p>2/11/2011- Início de funções de nova prestadora de cuidados que irá acumular funções de cuidadora conjuntamente com cuidadora principal, por forma a minimizar o cansaço desta última;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dada informação à filha sobre a pertinência de transferência do utente da ECCI para Unidade de
------------------	--	---	---	--

				<p>convalescença e reabilitação, visando a continuidade do processo de reabilitação do utente.</p> <p>-Fornecida informação e esclarecidas algumas dúvidas e receios da nova cuidadora.</p> <p>- Avaliação contínua das necessidades formativas e validação da informação/formação dada ao utente, esposa, cuidadora principal e nova cuidadora.</p>
--	--	--	--	--

JUSTIFICAÇÃO

O utente e família são confrontados no regresso a casa com toda uma realidade até aqui desconhecida, a qual os coloca numa situação de angústia e instabilidade. Como nos diz Martins os familiares são apanhados de surpresa no seio da crise accidental, pelo que “necessitam de algum tempo e de alguma ajuda para poderem ultrapassar criativamente a crise e para poderem suportar efectivamente o doente, reconduzindo-o a uma vida de qualidade” (2002, p.259). Compete ao Enfermeiro Especialista de Reabilitação iniciar a sua intervenção o mais precocemente possível, promovendo a autonomia e adaptando o utente e família à sua nova condição. É deste confronto com a realidade nos primeiros dias em casa que a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação assume um papel primordial, devendo este tentar compreender e identificar, na perspectiva do utente e do familiar/cuidador, quais as principais dificuldades, receios, obstáculos. Para Jesus, Silva e Andrade (2005) a família consiste num objecto do cuidar concomitantemente ao utente, pois toda a sua estrutura se encontra alterada, bem com as capacidades afectadas e recursos. Ela é sem dúvida o pilar fundamental, mas com uma necessidade de acompanhamento constante, pois tem toda a sua vida comprometida e com muita limitação.

Em contexto comunitário torna-se premente que toda a intervenção de Enfermagem se encontre direccionada tanto para o utente como para o familiar/cuidador, por forma a que todos sejam envolvidos activamente no processo de cuidados, visando atingir o maior nível de independência e autonomia possível aquando o regresso a casa, bem como uma melhor reintegração na comunidade e sociedade e a melhoria da sua qualidade de vida.

3-EVOLUÇÃO DA SITUAÇÃO

O estudo de caso realizado, tal como já referenciado anteriormente, reporta ao período de acompanhamento do Sr.J.F.S. que decorre entre 4/10/2011 e 21/11/2011, o qual corresponde à minha incursão na Unidade de saúde de [REDACTED] (de 3/10 a 25/11) e no qual senti necessidade de aprofundar a situação de cuidados deste utente/família.

Realizei, com a elaboração deste trabalho, uma recolha de dados deste utente com AVC e respectiva família; a neuroavaliação de enfermagem e exame objectivo; aplicação de instrumentos de avaliação da dependência, funcionalidade e risco; e respectivo plano de cuidados, de acordo com os objectivos do utente e família, direccionando sempre a minha actuação para a promoção da sua autonomia, adaptação à nova realidade e reinserção na família e sociedade.

Os problemas de enfermagem levantados foram enquadrados nas actividades de vida do modelo de enfermagem de Nancy Roper que se encontravam alteradas, para as quais foram delineadas as intervenções de enfermagem que achei serem pertinentes e adequadas ao contexto de cuidados do utente e família.

A aplicação dos diversos instrumentos de avaliação da dependência, da funcionalidade e de avaliação de risco, deu-se em três momentos distintos: 4/10/2011; 2/11/2011 e 21/11/2011; conjuntamente com a realização das três avaliações neurológicas de enfermagem realizadas ao Sr.J.F.S. e que correspondem a uma avaliação inicial, intermédia e final. Como também já referenciado, na primeira utilização recorri ao uso das escalas em vigor no serviço, sendo que as duas últimas aplicações foram efectuadas após reformulação das mesmas e introdução no processo dos utentes da Unidade de Saúde. Foi realizada uma avaliação de enfermagem no respectivo plano de cuidados e que compreende o período que decorre entre a primeira (4/10/2011) e segunda (2/11/2011) neuroavaliação de enfermagem e aplicação dos respectivos instrumentos de avaliação já elencados anteriormente. Irei agora proceder a uma breve apreciação de enfermagem do utente e família aquando a realização da última neuroavaliação de enfermagem e respectiva aplicação das escalas, a 21/11 e evolução desde a precedente, sendo esta a situação actual de cuidados deste utente após intervenção de enfermagem de reabilitação, no período referente ao meu ensino clínico nesta unidade.

Seguindo a ordem dos problemas de enfermagem levantados no plano de intervenção, a 21/11/2011 o Sr. J.F.S. encontra-se calmo, consciente, orientado na pessoa, tempo e espaço,

apresentando um discurso contextualizado, perceptível, fluente, repetindo e nomeando quando solicitado, pelo que já não apresenta alteração da comunicação, ou seja disartria. No que reporta à eliminação vesical o utente já não apresenta urgência urinária, que como já referenciado anteriormente esta poderá ser uma situação transitória, a qual se encontra na origem de várias patologias ou situações, nomeadamente o AVC (BRANCO e SANTOS, 2010). O tratamento desta situação poderá passar pela instituição de uma terapêutica comportamental ou se necessário uma terapêutica medicamentosa. Nesta situação de cuidados com a terapêutica comportamental instituída, mais concretamente: treino vesical; treino de hábitos; micção imediata e reforço positivo e com sessões de formação e informação à família/cuidador, conseguiu-se resolver grandemente as perdas involuntárias de urina na fralda, mantendo à data este dispositivo externo apenas no período nocturno, para protecção do utente e sempre após micção antes de dormir. No referente à eliminação intestinal o utente passou a solicitar a arrastadeira para evacuar, deixando de haver perdas involuntárias de fezes na fralda e a evacuar na casa de banho sempre que tinha auxílio para se deslocar à mesma. Todo um treino intestinal está na base desta situação actual.

No que diz respeito à realização dos cuidados de higiene e conforto aquando a aplicação dos instrumentos de avaliação de AVD: índice de Katz e índice de Barthel, o utente ainda apresenta um grau elevado de ajuda para a sua realização, no entanto estes cuidados já são realizados na casa de banho, no duche, com ajuda de terceiros, com evolução notória desde a última avaliação (2/11) em que ainda eram realizados no leito. O Sr. J.F.S. ajuda parcialmente a lavar e secar algumas partes do corpo, não conseguindo no entanto entrar e sair sozinho do banho. Realiza a higiene oral apenas com ajuda parcial para fornecer o material necessário e penteia-se sozinho se lhe for fornecido pente, sempre em frente ao espelho. Necessita de ajuda de terceiros para vestir e despir, apresentando gradualmente maior autonomia para a sua realização e demonstrando bastante interesse em realizar sozinho tudo aquilo que consegue, bem como na aprendizagem. Necessita de ajuda para preparar a roupa e fornecer-lhe mas já veste o tronco com ajuda mínima. Esta evolução notória de maior grau de independência e autonomia na realização dos cuidados de higiene e conforto e no vestir/despir deve-se também ao facto de o utente já apresentar uma força muscular de grau 5 a nível do membro superior direito, excepto punho e dedos da mão com grau 4, à aplicação da escala de Lower. Apresenta uma força grau 4 no membro inferior direito, com excepção da tibiotársica e dedos do pé com

força grau 3, o que já lhe permite apresentar equilíbrio estático em pé presente, mesmo que ainda diminuído, permitindo-lhe caminhar curtas distâncias com ajuda de terceiros, percorrendo já o espaço presente entre o quarto e a casa de banho, bem como entrar com ajuda para o duche. Permanece levantado grande parte do dia, sentado no cadeirão junto ao leito, dirigindo-se com ajuda parcial na marcha à sala de refeições para se alimentar conjuntamente com os familiares, o que realiza de forma independente, necessitando apenas de ajuda para cortar os alimentos. Apenas faz um período de repouso no leito de cerca de 2 horas após o almoço, voltando a levantar-se para o lanche.

No que diz respeito à alteração da AVD Expressão da Sexualidade, encontra-se minimizada ou quase ausente a preocupação com a sua imagem corporal, visto a assimetria facial já não ser perceptível (recuperação do tónus muscular do andar inferior da face direita) e a parésia braquial quase inexistente. O facto de já conseguir ter uma imagem reflectida no espelho mais semelhante à anterior, bem como o facto de se conseguir barbear (com máquina de barbear entretanto adquirida pelos familiares), pentear e vestir o tronco com ajuda parcial, contribuíram para que o utente demonstra-se maior grau de satisfação com a sua imagem corporal, minimizando em muito esta alteração.

Pode-se constatar que aquando a aplicação inicial dos instrumentos de avaliação o Sr. J.F.S. apresentava um grau de dependência máxima da funcionalidade para realização das Actividades Instrumentais de Vida Diária; encontrava-se totalmente dependente para satisfação de todas as AVD à aplicação do índice de Katz e índice de Barthel e apresentava um risco elevado de aquisição de úlceras de pressão bem como um risco médio de quedas, à aplicação das escalas de Braden e Morse respectivamente. Actualmente o risco de aquisição de úlceras de pressão bem como de quedas reduziu para baixo risco, à aplicação dos mesmos instrumentos de avaliação.

A evolução do seu grau de dependência e autonomia é notório, à aplicação dos mesmos instrumentos numa avaliação intermédia e final, passando de um grau de totalmente dependente para satisfação das AVD para um grau de dependente de terceiros, sendo que analisadas separadamente nalgumas AVD como a Alimentação, Eliminação, Mobilidade e Vestuário o utente apenas necessita de uma ajuda parcial para a sua satisfação. Mantem no entanto desde a 1ª avaliação uma dependência máxima para realização das Actividades

Instrumentais de Vida Diária, muito relacionado também com a substituição familiar nestas actividades.

No que reporta à alteração de papéis e funções desta família encontram-se todos os membros mais adaptados à nova condição, denotando-se maior estabilidade familiar. O facto de o utente se encontrar com maior grau de autonomia promove maior estabilidade familiar, bem como o facto de a filha partilhar a prestação de cuidados com nova cuidadora, tendo minimizado a situação de *stress* e cansaço da primeira. Esta família encontra-se no entanto expectante no ingresso deste utente com AVC numa Unidade de convalescença e reabilitação da RNCCI, visando a continuidade do processo de reabilitação deste, por forma à aquisição do maior grau de autonomia possível.

Com o acompanhamento deste utente com AVC e respectiva família, bem como com a elaboração do seu Estudo de Caso, é notória e muito reconfortante a aquisição de independência e autonomia destes após a intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação. O seu objectivo primordial, tendo-se também constituído para mim um grande objectivo, consiste em melhorar a qualidade de vida da pessoa, maximizando o seu potencial funcional e independência e ajudando-a bem como à respectiva família a adaptar-se à nova situação com a máxima satisfação.

Após reflexão sobre a evolução do grau de dependência e autonomia do utente, passando de um grau de totalmente dependente para satisfação das AVD para um grau de dependente de terceiros, posso concluir que a minha intervenção enquanto enfermeira de reabilitação deverá ter o seu início o mais precocemente possível, qualquer que seja o contexto de cuidados, com total benefício para a pessoa e família, implicando a mesma como parceira activa do processo de cuidados, nunca deixando à margem a individualização da pessoa como um todo, inserida numa família, numa comunidade, numa sociedade e atendendo às suas particularidades.

4-CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acompanhamento de um utente com AVC e família em contexto comunitário, desde o momento do seu regresso a casa após institucionalização, bem como a realização do respectivo Estudo de Caso, permitiu-me desenvolver competências específicas de Enfermagem de Reabilitação à pessoa integrada no seu seio familiar e no seu contexto de cuidados e conhecer na prática o papel do EER neste contexto de cuidados, a qual até à data era uma realidade apenas idealizada. Constituiu uma experiência de grande aprendizagem, em que foram articulados os saberes teórico/práticos adquiridos ao longo de um percurso de 16 anos de exercício profissional em contexto hospitalar num serviço onde predomina a patologia AVC, bem como adquiridos no curso de Mestrado e Especialização em enfermagem de Reabilitação, com o contexto da prática clínica, tendo sempre presente a consecução dos objectivos inicialmente propostos para esta realidade de cuidados.

Ressalvo que um Estudo de Caso em contexto comunitário não poderá ser apenas focalizado para o levantamento de problemas de enfermagem e elaboração de um plano de intervenção individual, mas direccionado também para a família/cuidador, pois estes são considerados como alvo de cuidados, paralelamente ao utente, sendo necessariamente todos os objectivos, intervenções e estratégias direccionadas para o utente e familiar/cuidador. Procurei estabelecer uma relação de confiança e aprofundar conhecimentos sobre a estrutura familiar deste utente; as relações existentes entre os diversos elementos; a alteração de papéis após o incidente; por forma intervir no seio desta, envolvendo-a nos cuidados, visando a promoção da máxima autonomia possível, prevenção de complicações, adaptação da pessoa e família à nova realidade e reinserção na comunidade. A necessidade de acompanhamento da família é efectivamente uma constante, pois esta tem toda a sua vida comprometida e com muita limitação. Como diz Collière “ não poderia ser de outra maneira” porque os cuidados de enfermagem são “ indissociáveis das condições de vida das pessoas” e há que reconhecer nelas as “características permanentes que terão que se ajustar a situações mutantes” (1999, p.234).

A realização desta exposição escrita, bem como a orientação para a sua elaboração, por parte da docente que me acompanhou, constituiu sem dúvida um grande momento de reflexão, aquisição de conteúdos e conhecimentos, a qual me permitiu crescer neste percurso e permitirá melhorar a concretização de futuros Estudos de Caso noutros contextos de cuidados.

BIBLIOGRAFIA

- ALARCÃO, Madalena (2002) - PREFÁCIO. IN: MARTINS, Maria Manuela- **UMA CRISE ACIDENTAL NA FAMÍLIA: O DOENTE COM AVC**. Coimbra: FORMASAU. ISBN: 972-8485-30-1. P.13-15.
- BRANCO, Teresa; SANTOS, Rui (2010) – **REABILITAÇÃO DA PESSOA COM AVC**. Coimbra: FORMASAU. ISBN 978-989-8269-09-6.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999) – **Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. 5ª Ed. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas e SEP. ISBN 272 96-0009-4.
- FERRO, José (2006) – Acidentes Vasculares Cerebrais. IN: FERRO, José e PIMENTEL, José - **NEUROLOGIA: Princípios, Diagnósticos e Tratamento**. Lisboa: LIDEL. ISBN: 978-972-757-368-4. P.77-87.
- HOEMAN, Shirley P. (2000) – **ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO-processo e aplicação**. Loures: Lusociência, ISBN 972- 8383-13-4.
- JESUS, Clarinda; SILVA, Cristina; ANDRADE, Fernanda (2005) - Alta Clínica e Continuidade de Cuidados no Domicílio. In: **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-0844. Nº 59 (Março 2005). P.25-28.
- LEAL, Filomena (2001) - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL. In: PADILHA, Arménio [et al]- **ENFERMAGEM EM NEUROLOGIA**. Coimbra: FORMASAU, 2001. ISBN 972- 8485-18-2. P.129-151.
- MARTINS, Maria Manuela (2002) - **UMA CRISE ACIDENTAL NA FAMÍLIA: O DOENTE COM AVC**. Coimbra: FORMASAU. ISBN: 972-8485-30-1.
- MANTINS, Teresa (2006) – **ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL- Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores**. Coimbra: FORMASAU. ISBN:972-8485-65-4.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2003) – **Promovendo a Qualidade de Vida após Acidente Vascular Cerebral: Um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Artmed. ISBN 85-363-0238-0.
- PINTO, Vanda (2001) – PAPEL DO ENFERMEIRO NA NEUROAVALIAÇÃO DO DOENTE COM ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA. IN: PADILHA, Arménio [et al] - **ENFERMAGEM EM NEUROLOGIA**. Coimbra: FORMASAU, 2001. ISBN 972- 8485-18-2. P.43-55.
- RIBEIRO, José Luís (2006) - PREFÁCIO. IN: MARTINS, Teresa - **ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL- Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores**. Coimbra: FORMASAU. ISBN:972-8485-65-4. P.5-6.

-ROPER, Nancy; WINIFRED, W. Logan; ALISON, J.Tierney (1995) – **Modelo de Enfermagem** – 3ª ed. Alfragide: Mc Graw-Hill de Portugal. ISBN 972-9241-98-8

-SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEUROLOGIA (1998),GRUPO DE ESTUDO DAS DOENÇAS CEREBROVASCULARES- **FACTORES DE RISCO PARA ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS**. [em linha]. Acedido em Novembro 2011. Disponível em <http://www.grafix.net/gedcv/risco.html>

- TORTORA, G.J.; GRABOWSKI, S.R.(2002) - **Princípios de Anatomia e Fisiologia**. 9ª Ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

ANEXOS

Anexo I- Escalas

Nome	J.F.S		
Diagnóstico	AVC isquémico hemisfério esquerdo	Processo Nº	19

Escala de Lawton e Brody adaptada segundo IAI da RNCCI

Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)

	Pontuação	1ª	2ª	3ª
		Avaliação	Avaliação	Avaliação
		Data	Data	Data
		4/10/2011	2/11/2011	21/11/2011
Capacidade para usar o telefone				
1. Utiliza o telefone por iniciativa própria, procura e marca números...	1			
2. Marca alguns números que conhece bem	1			
3. Atende o telefone mas não marca números	1			
4. Não usa o telefone	0	0	0	0
Fazer compras				
1. Faz as compras que necessita sozinho	1			
2. Compra sozinho pequenas coisas	0			
3. Necessita de ser acompanhado para qualquer compra	0			
4. Incapaz de fazer Compras	0	0	0	0
Preparar refeições				
1. Planeia, prepara e serve refeições adequadas, sozinho	1			
2. Prepara refeições adequadas se possuir ingredientes necessários	0			
3. Aquece, serve e prepara refeições, mas não mantém uma dieta adequada	0			
4. Necessita de refeições preparadas e servidas	0	0	0	0
Lavar a roupa				
1. Lava toda a sua roupa	1			
2. Lava pequenas peças de roupa	1			
3. É incapaz de lavar a sua roupa	0	0	0	0
Modo de Transporte				
1. Desloca-se em transportes públicos ou viatura própria	1			
2. Não usa transportes públicos excepto táxi	1			
3. Desloca-se em transportes públicos quando acompanhado	1			
4. Desloca-se utilizando táxi ou automóvel quando acompanhado por outro.	0			0
5. Incapaz de se deslocar	0	0	0	0
Responsabilidade pela própria medicação				
1. Toma a medicação nas doses e horas correctas	1			
2. Toma a medicação se preparada e separada por outros	0		0	0
3. É incapaz de tomar a medicação	0	0		
Capacidade para lidar com o dinheiro				
1. Resolve problemas monetários sozinho como passar cheques para pagar a renda	1			
2. Lida com compras do dia-a-dia mas necessita de ajuda para efectuar compras maiores	1			
3. Incapaz de lidar com o dinheiro	0	0	0	0
Cuidar da casa				
1. Cuida da casa só ou com ajuda ocasional (exemplo: "trabalho doméstico pesado")	1			
2. Realiza tarefas diárias como lavar a loiça ou fazer a cama	1			
3. Realiza tarefas domésticas diárias mas não mantém um nível aceitável de limpeza	1			
4. Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas	1			
5. Não participa em nenhuma tarefa doméstica	0	0	0	0
Rúbrica do avaliador		AER Isabel	AER Isabel	AER Isabel
Total da pontuação		0	0	0

Máxima Dependência = 0 pontos

Dependência de terceiros = 4 pontos

Independência Total = 8 pontos

Nome	J.F.S		
Diagnóstico	AVC isquémico hemisfério esquerdo	Processo Nº	19

Índice de KATZ

Escala de actividades de vida diária (AVD)

	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação
	Data 4/10/2011	Data 2/11/2011	Data 21/11/2011
Lavar-se			
1. Toma banho sem necessitar de qualquer ajuda			
2. Precisa apenas de ajuda para lavar uma parte do corpo	3	3	3
3. Precisa de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo ou para entrar ou sair do banho			
Vestir-se			
1. Escolhe a roupa e veste-se por completo, sem necessitar de ajuda			
2. Apenas necessita de ajuda para apertar os sapatos	3	3	3
3. Precisa de ajuda para escolher a roupa e não se veste por completo			
Utilizar a sanita			
1. Utiliza a sanita, limpa-se e veste a roupa sem qualquer ajuda. Utiliza o bacio durante a noite e despeja-o de manhã sem ajuda			
2. Precisa de ajuda para ir à sanita, para se limpar, para vestir a roupa e para usar o bacio de noite	3	3	2
3. Não consegue utilizar a sanita			
Mobilizar-se			
1. Entra e sai da cama. Senta-se e levanta-se sem ajuda			
2. Entra e sai da cama e senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda	3	2	2
3. Não se levanta da cama			
Ser continente			
1. Controla completamente os esfíncteres, anal e vesical, não tendo perdas			
2. Tem incontinência ocasional	3	2	1
3. É incontinente ou usa sonda vesical, necessitando de ajuda			
Alimentar-se			
1. Come sem qualquer ajuda			
2. Necessita de ajuda só para cortar os alimentos ou para barrar o pão	3	2	2
3. Necessita de ajuda para comer ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda ou por via endovenosa			
Pontuação total	18	15	13
Rúbrica do avaliador	AER Isabel	AER Isabel	ERA Isabel

Classificação	
6	Independente
7 – 10	Parcialmente Dependente
11 – 17	Dependente
≥ 17	Totalmente Dependente

Nome	J.F.S	
Diagnóstico	AVC isquémico hemisfério esquerdo	Processo Nº19

Índice de Barthel

Auto cuidado	Categorias	Pontuação	1ª	2ª	3ª
			Avaliação	Avaliação	Avaliação
			Data	Data	Data
			4/10/2011	2/11/2011	21/11/2011
Comer	Totalmente Independente – Leva a comida do prato à boca e ao copo	10			
	Necessita de ajuda – Precisa de ajuda para cortar carne, pão e utilizar copo	5		5	5
	Dependente – Incapaz de se alimentar ou faz alimentação parentérica	0	0		
Lavar-se	Independente – Entra e sai sozinho do banho	5			
	Dependente – Precisa de ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para se secar, ou não se lava e seca sozinho	0	0	0	0
Arranjar-se	Independente – Lava o rosto, mãos, penteia-se, lava os dentes, barbeia-se sem ajuda	5			
	Dependente – Necessita de ajuda para se arranjar	0	0	0	0
Vestir-se	Independente – Veste e despe a roupa, abotoa, aperta fechos, cintos e sapatos	10			
	Necessita de ajuda – Veste e despe a roupa parcialmente	5		5	5
	Dependente – Não se veste ou despe sozinho	0	0		
Eliminação intestinal (avaliar a situação relativamente à semana prévia ao internamento)	Continência normal	10			
	Episódios de incontinência – Episódios ocasionais, necessita ajuda para administrar supositórios ou enema	5			5
	Incontinente	0	0	0	
Eliminação vesical (avaliar a situação relativamente à semana prévia ao internamento)	Continência Normal – É capaz de cuidar de cateter se o tiver colocado	10			
	Um episódio diário – como máximo de incontinência, ou necessita de ajuda para cuidar da sonda	5			5
	Incontinência	0	0	0	
Ir ao sanitário	Independente – para ir ao sanitário, para retirar e colocar a roupa	10			
	Necessita de ajuda - para ir ao sanitário, mas limpa-se sozinho	5			5
	Dependente	0	0	0	
Transferir-se	Independente – para ir da cadeira para a cama	15			
	Necessita de ajuda – mínima para o fazer	10			
	Necessita de ajuda significativa para o fazer – mas é capaz de manter-se sentado sozinho	5		5	5
	Dependente	0	0		
Deambular	Independente – caminha sem ajuda cerca de 50 metros	15			
	Necessita de ajuda – física ou supervisão para caminhar 50 metros	10			
	Move-se em cadeira de rodas sem ajuda	5			
	Dependente	0	0	0	0
Escadas	Independente – para subir ou descer escadas	10			
	Necessita de ajuda física ou supervisão para o fazer	5			5
	Dependente	0	0	0	
Rúbrica do avaliador			AER Isabel	AER Isabel	ERA Isabel
Soma do índice			0	15	35

Máxima pontuação: 100 pontos (90 se mover-se em cadeira de rodas)

Grau de dependência em função do resultado	
<20	Total
20 – 35	Grave
40 – 55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independente

Nome	J.F.S		
Diagnóstico	AVC isquémico hemisfério esquerdo	Processo Nº	19

Escala de MORSE – Risco de Quedas	1ª	2ª	3ª
	Avaliação	Avaliação	Avaliação
	Data	Data	Data
	2/11/2011	21/11/2011	_____
AVALIAÇÃO			
1. Antecedentes de quedas			
0 – Não	0	0	
25 - Sim (se queda no presente internamento ou caiu pela 1ª vez e/ou caiu imediatamente antes da admissão (últimos 3 meses)			
2. Diagnóstico Secundário			
0 - Não	0	0	
15 - Sim (se mais do que um diagnóstico identificado no processo clínico)			
3. Apoio para Deambulação			
0 - Sem ajuda de auxiliar de marcha (pode ser assistido por um enfermeiro) / CR / Acamado	0	0	
15 - Com ajuda de auxiliar de marcha			
30 - Apoiando-se na mobília			
4. Medicação e/ou Heparina intravenosa			
0 - Não			
20 - Sim	20	0	
5 - Marcha			
0 - Normal / CR / Acamado			
10 - Caminha inclinado, com cabeça erguida, sem perder o equilíbrio e apoiando-se na mobília			
20 - Défices de marcha- Caminha agarrado às mobílias ou amparado em pessoas (não consegue caminhar sem ajuda)	20	20	
6 – Estado Mental			
0 - Consciente das suas limitações	0	0	
15 - Não consciente das suas limitações			
Rúbrica do Avaliador			
	AER Isabel	AER Isabel	
Total da pontuação			
	40	20	

NÍVEL DE RISCO		
Risco	Pontuação	Medidas a tomar
Baixo Risco	0 – 24	Cuidados Básicos de Saúde
Médio Risco	25 – 50	Implementar as intervenções de prevenção standard de quedas
Alto Risco	>= 51	Implementar as intervenções de prevenção de alto risco de quedas

Nome	J.F.S		
Diagnóstico	AVC isquémico hemisfério esquerdo	Processo Nº	19

Escala Braden

Avaliação de Risco de Úlceras de Pressão

Data	4/10/2011	2/11/2011	21/11/2011						
Percepção Sensorial									
1 – Completamente Limitada									
2 – Muito Limitada									
3 - Ligeiramente Limitada	2	3	4						
4 – Nenhuma Limitação									
Humidade									
1 – Pele constantemente húmida									
2 – Pele muito húmida									
3 – Pele ocasionalmente húmida	4	4	4						
4 – Pele raramente húmida									
Actividade									
1 – Acamado									
2 – Sentado									
3 – Anda ocasionalmente	1	2	3						
4 – Anda frequentemente									
Mobilidade									
1 – Completamente imobilizado									
2 – Muito limitada									
3 – Ligeiramente limitada	2	3	3						
4 – Nenhuma limitação									
Nutrição									
1 – Muito pobre									
2 – Provavelmente inadequada									
3 – Adequada	3	3	3						
4 - Excelente									
Fricção e forças de deslizamento									
1 – Problema									
2 – Problema potencial	2	2	2						
3 – Nenhum problema									
Total	14	17	19						
Rúbrica do avaliador	AER Isabel Costa	AER Isabel Costa	AER Isabel Costa						

Baixo risco ≥ 17

Risco elevado ≤ 16

**Anexo II- Instrumento de Registo de Enfermagem de
Reabilitação**

Nome	J.F.S.		
Diagnóstico	AVC isquémico hemisfério esquerdo	Processo Nº	19

INSTRUMENTO DE REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

1.AVALIAÇÃO MOTORA

Estado de consciência	Escala de comas de Glasgow: (Anexo I) Score 14 2 / 11/2011	Escala de comas de Glasgow: (Anexo I) Score 15 21/11/2011	Escala de comas de Glasgow: (Anexo I) Score ____ / ____ / ____
------------------------------	---	--	---

Avaliação Pupilar		2/ 11 /2011	21/ 11/2011	/ /
OD	Forma	R	R	
	Tamanho	N	N	
	Reacção	+	+	
OE	Forma	R	R	
	Tamanho	N	N	
	Reacção	+	+	
Forma: redonda (R) disforme (D) opaca (O) Tamanho: Normal (N) 1,5-6mm Midríase (+) 6-8mm Miose (-) 1-2mm Reacção: reactiva (+) não reactiva (-) hiporreactiva (±)				

Avaliação dos pares craneanos	2/ 11/2011	21/11/2011	/ /
I-Olfactivo (rinorreaquia; anosmia)	Sem alterações	Sem alterações	
II-Óptico (acuidade visual ;campos visuais)	Sem alterações	Sem alterações	
III-Oculomotor comum (miose; elevação da pálpebra; elevação; abaixamento e adução do olho) IV-Patético (rotação do olho) VI-Motor Ocular Externo (abdução do olho)	Sem alterações	Sem alterações	
V- Trigémio (sensibilidade da face e mastigação)	Sem alterações	Sem alterações	
VII-Facial (simetria, paladar e saliva)	assimetria facial quando sorri	Ligeira assimetria facial	
VIII-Acústico (Audição e equilíbrio)	alt. Equilibrio por hemiparesia dta	alt. Equilibrio por hemiparesia dta	
IX-Glossofaríngeo (paladar 1/3 posterior da língua)	Sem alteração	Sem alteração	
X-Vago (reflexo do vómito; alterações do tom de voz/rouquidão)	Sem alterações	Sem alterações	
XI-Espinhal (movimentos do esternocleidomastoideu e trapézio)	Sem alterações	Sem alterações	
XII-Hipoglosso (movimentos da língua)	Sem alterações	Sem alterações	

	Avaliação da Sensibilidade											
	Membro Superior						Membro Inferior					
	Dtº			Esqº			Dtº			Esqº		
Dolorosa	N	N		N	N		N	N		N	N	
Térmica	N	N		N	N		N	N		N	N	
Táctil	N	N		N	N		N	N		N	N	
Postural	N	N		N	N		N	N		N	N	
Data	2/11/2011	21/11/011		2/11/11	21/11/011		2/11/2011	21/11/11		2/11/2011	21/11/11	

Legenda: N - Normal / D - Diminuída / A - Ausente

	Avaliação do Equilíbrio					
	Estático			Dinâmico		
Sentado	N	N		N	N	
Em pé	A	D		A	D	
Data	2/11/2011	21/11/2011		2/11/2011	21/11/2011	

Legenda: N - Normal / D - Diminuído / A - Ausente

Avaliação da Força Muscular / Avaliação do Tónus Muscular

HEMICORPO DIREITO									
	Flexão	Extensão	Abdução	Adução	Rotação Interna	Rotação Externa	Desvio Radial/Cubital	Oponência	Inversão Eversão
Escapulo-umeral	4/5/0	4/5/0	4/5/0	4/5/0	4/5/0	4/5/0			
Cotovelo	4/5/0	4/5/0							
Antebraço					5/5/0	5/5/0			
Punho	4/5/0	4/5/0					4/5/0		
Dedos da mão	4/5/0	4/5/0	4/5/0	4/5/0				4/5/0	
Coxo-femural	4/5/0	4/5/0	3/5/0	3/5/0	3/5/0	3/5/0			
Joelho	4/5/0	4/5/0							
Tibiotársica	3/5/0	3/5/0			3/5/0	3/5/0			
Pé									3/5/0
Dedos do pé	3/5/0	3/5/0	3/5/0	3/5/0					
HEMICORPO ESQUERDO									
Escapulo-umeral	5/5/0	5/5/0	5/5/0	5/5/0	5/5/0	5/5/0			
Cotovelo	5/5/0	5/5/0							
Antebraço					5/5/0	5/5/0			
Punho	5/5/0	5/5/0					5/5/0		
Dedos da mão	5/5/0	5/5/0	5/5/0	5/5/0				5/5/0	
Coxo-femural	5/5/0	5/5/0	5/5/0	5/5/0	5/5/0	5/5/0			
Joelho	5/5/0	5/5/0							
Tibiotársica	5/5/0	5/5/0			5/5/0	5/5/0			
Pé									5/5/0
Dedos do pé	5/5/0	5/5/0	5/5/0	5/5/0					
Data de avaliação	2/11/2011								
Rúbrica do Enfermeiro Especialista de Reabilitação	AE Reabilitação Isabel Costa								

Legenda:

Avaliação da força muscular segundo a Escala de Lower

- 0/5** - Não há contração muscular visível/palpável, nem movimento da extremidade
- 1/5** - O músculo contrai-se, mas a extremidade não se pode mover
- 2/5** - As extremidades podem mover-se, mas não contra a gravidade
- 3/5** - Arco de movimento completo apenas contra a gravidade, não contra a resistência
- 4/5** - Arco de movimento completo contra a resistência moderada e gravidade
- 5/5** - Movimento normal contra a gravidade e resistência

Legenda:

Avaliação da espasticidade segundo a Escala de Ashworth

- H** - Hipotonia
- Grau 0** - Tónus normal dificultado
- Grau 1** - Hipertonia leve - pequena contração quando se move o membro
- Grau 2** - Hipertonia branda - Move-se facilmente o membro
- Grau 3** - Hipertonia moderada - movimento passivo do membro
- Grau 4** - Hipertonia intensa/severa

Avaliação da Força Muscular / Avaliação do Tónus Muscular

HEMICORPO DIREITO									
	Flexão	Extensão	Abdução	Adução	Rotação Interna	Rotação Externa	Desvio Radial/Cubital	Oponência	Inversão Eversão
Escapulo-umeral	5/5/0	5/5/0	5/5/0	5/5/0	4/5/0	4/5/0			
Cotovelo	5/5/0	5/5/0							
Antebraço					5/5/0	5/5/0			
Punho	4/5/0	4/5/0					4/5/0		
Dedos da mão	4/5/0	4/5/0	4/5/0	4/5/0				4/5/0	
Coxo-femural	4/5/0	4/5/0	4/5/0	4/5/0	4/5/0	4/5/0			
Joelho	4/5/0	4/5/0							
Tibiotársica	4/5/0	4/5/0			3/5/0	3/5/0			
Pé									3/5/0
Dedos do pé	4/5/0	4/5/0	3/5/0	3/5/0					
HEMICORPO ESQUERDO									
Escapulo-umeral	5/5/0	5/5/0	5/5/0	5/5/0	5/5/0	5/5/0			
Cotovelo	5/5/0	5/5/0							
Antebraço					5/5/0	5/5/0			
Punho	5/5/0	5/5/0					5/5/0		
Dedos da mão	5/5/0	5/5/0	5/5/0	5/5/0				5/5/0	
Coxo-femural	5/5/0	5/5/0	5/5/0	5/5/0	5/5/0	5/5/0			
Joelho	5/5/0	5/5/0							
Tibiotársica	5/5/0	5/5/0			5/5/0	5/5/0			
Pé									5/5/0
Dedos do pé	5/5/0	5/5/0	5/5/0	5/5/0					
Data de avaliação	21/11/2011								
Rúbrica do Enfermeiro Especialista de Reabilitação	AE Reabilitação Isabel Costa								

Legenda:

Avaliação da força muscular segundo a Escala de Lower

- 0/5** - Não há contração muscular visível/palpável, nem movimento da extremidade
- 1/5** - O músculo contrai-se, mas a extremidade não se pode mover
- 2/5** - As extremidades podem mover-se, mas não contra a gravidade
- 3/5** - Arco de movimento completo apenas contra a gravidade, não contra a resistência
- 4/5** - Arco de movimento completo contra a resistência moderada e gravidade
- 5/5** - Movimento normal contra a gravidade e resistência

Legenda:

Avaliação da espasticidade segundo a Escala de Ashworth

- H** - Hipotonia
- Grau 0** - Tónus normal dificultado
- Grau 1** - Hipertonia leve - pequena contração quando se move o membro
- Grau 2** - Hipertonia branda - Move-se facilmente o membro
- Grau 3** - Hipertonia moderada - movimento passivo do membro
- Grau 4** - Hipertonia intensa/severa

Programa de Reabilitação Funcional Motora

Mobilizações

Articulações	2/11/2011		4/11/2011		21/11/2011		/ /		/ /	
	Dtº	Esqº	Dtº	Esqº	Dtº	Esqº	Dtº	Esqº	Dtº	Esqº
Flexão/extensão da escapulo-umeral	A	AR/AM	A	AR/AM	AR	AR/AM				
Abdução/adução da escapulo-umeral	A	AR/AM	A	AR/AM	AR	AR/AM				
Rotação interna/externa da escapulo-umeral	A	AR/AM	A	AR/AM	A	AM				
Flexão/extensão do cotovelo	A	AR/AM	A	AR/AM	AR	AR				
Rotação interna/externa do antebraço	A	AR/AM	A	AM	AR	AM				
Desvio radial e cubital do punho	AA	AR/AM	AA	AM	A	AM				
Flexão/extensão dos dedos da mão	A	AR/AM	A	AR/AM	AR	AR/AM				
Abdução/adução dos dedos da mão	AA	AM	AA	AM	A	A				
Oponência dos dedos da mão	AA	AM	A	AM	A	A				
Flexão/extensão da coxo-femural	AA	A	A	A	AR	AR				
Abdução/adução da coxo-femural	AA	A	AA	A	A	AR				
Rotação interna/externa da coxo-femural	AA	A	AA	A	AA	A				
Flexão/extensão do joelho	A	AR	A	AR	AR	AR				
Flexão/extensão da tibiotársica	AA	AR	AA	AR	AR	AR				
Rotação interna/externa da tibiotársica	AA	A	AA	A	A	A				
Inversão/eversão do pé	AA	A	AA	A	AA	A				
Flexão/extensão do pé	AA	AR	AA	AR	A	AR				
Rotação interna/externa do pé	AA	A	AA	A	A	A				
Rúbrica do Enfermeiro Especialista de Reabilitação	AE Reabilitação Isabel Costa		AE Reabilitação Isabel Costa		AE Reabilitação Isabel Costa					

Legenda: **P** - Passivas / **A** - Activas / **AA** - Activas Assistidas / **AR** - Activas Resistidas / **AM** - Auto-mobilizações

Actividades Terapêuticas
Formação/ Informação

Data	2/11/011	4/11/011	21/11/11							
Rolar	_____	X	X							
	sentado									
Ponte	_____	X	X							
	sentado									
Carga com o cotovelo	X		X							
Carga com a mão	X	X	X							
Facilitação cruzada	X	X	X							
Auto-mobilizações com as mãos	X	X	X							
Treino de motricidade fina	_____	Programa do para a Próxima semana	X							
Levante/transferência	X	X	X							
Equilíbrio sentado	X	X	X							
"Push-up" na cadeira de rodas	_____	_____	X							
Equilíbrio em pé	X	X	X							
Treino de marcha	X Iniciou	Programa do para a Próxima semana	X							
Treino de escadas	_____	_____	-----							
Treino AVD'S	X Utente/ cuidador	X Utente/ cuidador	X 1ª Higiene WC							
Gestão Regime Terapêutico (medicamentoso/não medicamentoso)	X insulina	X insulina	X							
Rúbrica do Enfermeiro Especialista de Reabilitação	AER Isabel Costa	AER Isabel Costa	AER Isabel Costa							

2-AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TA: 159/100 mmHg FC- 91 bpm FR 18 bpm SpO₂-ñ avaliada% Data 2/11/2011 RúbAE Reabilitação Isabel Costa
 TA: 147/72 mmHg FC- 86 bpm FR 18 bpm SpO₂- ñ avaliada% Data 21/11/2011 RúbAE Reabilitação Isabel Costa
 TA: ____/____ mmHg FC-____ bpm FR____ bpm SpO₂- ____% Data _____ Rúb _____

Auscultação Pulmonar Data 2/11/2011

- Murmúrio Mantido Diminuído Ausente
 - Ruídos- NÃO
 Roncos
 Sibilos
 Fervores

Auscultação Pulmonar Data 21/11/2011

- Murmúrio Mantido Diminuído Ausente
 - Ruídos - NÃO
 Roncos
 Sibilos
 Fervores

Auscultação Pulmonar Data _____

- Murmúrio Mantido Diminuído Ausente
 - Ruidos
 Roncos
 Sibilos
 Fervores

Observações 2/11/2011_ Utente apresenta amplitude respiratória normal; eupneico e sem cansaço a pequenos esforços. Não apresenta deformidades torácicas. Sem presença de tosse ou expectoração e sem recorrência a musculatura acessória.

21/11/2011-Utente mantém situação descrita em avaliação anterior. _____

Memorando:

- Amplitude respiratória; Dispneia (escala de Borg- ANEXO I); Uso musculatura acessória (abdominais, intercostais, supracostais); - Deformidades torácicas (escoliose, cifose, em tonel, em quilha); Tosse (produtiva, seca, eficaz e ineficaz); Secreções (Mucopurulenta, Hemoptóica, espessas, fluidas, escassas, moderadas, abundantes).

Programa de Reabilitação Funcional Respiratória

	2/11/2011	21/11/2011	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Reeducação diafragmática (global,anterior,posterior,hemicúpula dta e esq)	Global	Global			
Reeducação costal selectiva	X	X			
Reeducação costal global	X	X			
Drenagem postural	---	---			
Drenagem postural modificada	---	---			
Manobras acessórias	---	---			
CATR	---	---			
Tosse assistida	X	X			
Tosse dirigida	---	---			
Aspiração de secreções	---	---			
Atmosfera húmida/ Hidratação/Aerossoloterapia	---	---			
Rúbrica do Enfermeiro Especialista de Reabilitação	AER Isabel	AER Isabel			

ESCALAS (ANEXO I)

Escala de Coma de Glasgow		
Parâmetros	Resposta Observada	Pontuação
Abertura Ocular	Espontânea	4(O)
	Com estímulo verbal	3
	Com estímulo doloroso	2
	Nula	1
Resposta Verbal	Orientado	5(V)
	Confuso	4
	Palavras impróprias	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nula	1
Resposta Motora	Obedece a ordens	6(M)
	Localiza à dor	5
	Foge à dor	4
	Flexão anormal	3
	Responde em extensão	2
	Nula	1
PONTUAÇÃO (Score) (O+V+M) 3 a 15		

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

APÊNDICE VIII - Guião de Observação

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO

UNIDADE CÉREBRO VASCULAR

Elaborado por:

Isabel Margarida Costa- Aluna 2º Curso de Mestrado
em Enfermagem de Reabilitação (nº 3576)

Docente:

Professora Doutora Maria Manuela Gândara

Novembro 2011

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO

LOCAL A OBSERVAR	Unidade Cérebro vascular do [REDACTED]
QUEM OBSERVAR	Enfermeiro Especialista de Reabilitação
ASPECTOS A OBSERVAR	<p><u>DINÂMICA ORGANIZACIONAL</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Distribuição dos utentes na sala da UCV;• Posicionamento as camas face à zona de trabalho;• Horário das visitas;• Número de visitas por pessoa;• Procedimentos da equipa de enfermagem aquando a admissão do utente. <p><u>DINÂMICA FUNCIONAL DA UNIDADE NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Observar o percurso de referenciação dos utentes com AVC desde o incidente até ao internamento na Unidade;• Conhecimento dos instrumentos de registo/protocolos no serviço no âmbito da enfermagem de reabilitação;• Observar a articulação entre EER e a restante equipa multidisciplinar;• Observação da reunião diária multiprofissional e o papel do EER durante este momento:<ul style="list-style-type: none">- interacção entre os elementos;- assuntos abordados;- interacção com utente;- contexto/ambiente envolvente (nível de ruído, presença de outras pessoas não envolvidas na reunião);- registos efectuados;- intervenção do EER no decurso da reunião relativo ao plano terapêutico.

ASPECTOS A OBSERVAR

OBSERVAÇÃO DAS MEDIDAS TERAPÊUTICAS (TROMBÓLISE ENDOVENOSA E ENDOVASCULAR)

- Quais os profissionais intervenientes?
- Qual o desempenho de cada um?
- Como é realizada a abordagem ao utente?
- Há envolvimento de familiar nesta fase?
- Qual o registo efectuado e por quem?

FUNÇÕES/PAPEL DO EER NA EQUIPA DA UCV

Observação da abordagem do EER ao utente

- No primeiro contacto qual o grau de proximidade?
- Chama o utente pelo nome pelo qual gosta de ser tratado?
- Existe toque? De que natureza?
- Qual o tom de voz? Sobre o que falam? A conversação é pública ou privada?

Observação das intervenções do EER

- Proporciona ambiente harmonioso e de relaxamento?
- Como interage com a pessoa durante a intervenção? Dá conhecimento dos procedimentos a realizar? Valida a receptividade e compreensão?
- Solicita colaboração do utente para a consecução dos procedimentos?
- Mantém um diálogo durante o momento da intervenção?
- Fornece informação/formação durante as intervenções? Valida os momentos formativos? Envolve o familiar/cuidador nestes momentos?
- Incentiva o utente durante os procedimentos recorrendo ao reforço positivo?
- Qual o equipamento auxiliar de posicionamento/mobilizações que utiliza?
- Envolve/forma a equipa preconizando a continuidade de cuidados do EER? Como? Com sessões formativas? Observação directa?
- Como procede quando termina a intervenção? E quando deixa o utente?

ASPECTOS A OBSERVAR

Observação dos registos efectuados

- Utiliza escalas de avaliação? Quais? E instrumentos de avaliação neurológica e da funcionalidade? Com que periodicidade?
- Como é realizado o registo das intervenções do EER? Está incluído no processo do utente?

Observação da articulação entre o EER da UCV e o EER/equipa de enfermagem dos outros contextos de cuidados (internamento/domicílio/comunidade)

- É praticável ou não?
- Existe instrumento de registo para a continuidade dos cuidados? Como é realizado o contacto? por escrito? por telefone? via email? por familiar/cuidador?
- Qual a importância atribuída pelo EER da UCV à continuidade de cuidados desta unidade para outros contextos?

Guião de Observação elaborado por: Isabel Capelo Costa e [REDACTED] no âmbito do 2º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. *Orientado por:* Docente Maria Manuela Gândara. *Baseado em:* Manuel José Lopes(2006)- **A RELAÇÃO ENFERMEIRO-DOENTE COMO INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA-Proposta de uma teoria de médio alcance.**

APÊNDICE IX - Plano de Cuidados

Plano de Cuidados

AVC hemorrágico hemisfério direito

ENSINO CLINICO

Centro de Reabilitação [REDACTED]

Elaborado por:

Isabel Margarida Costa (nº 3576)

Docente:

Professora Doutora Maria Manuela Gândara

**Dezembro
2011**

NOTA INTRODUTÓRIA

O Trabalho de Projecto realizado no decurso do semestre anterior tem como temática *“Promoção da autonomia nas AVD mobilização, higiene e conforto e vestir e despir, na pessoa que sofreu acidente vascular cerebral”*, por forma a facilitar a adaptação desta à sua nova condição aquando o seu regresso a casa. Para o desenvolvimento deste projecto tornou-se relevante seleccionar um referencial teórico que fornecesse contributos importantes, por forma a justificar e enquadrar a temática seleccionada, pelo que me sustentei no pensamento de Marie-Françoise Collière.

No decurso do ensino clínico realizado no Centro de Reabilitação [REDACTED] no Serviço [REDACTED], para o qual defini como objectivo geral *“compreender o processo de reabilitação e prestar cuidados especializados à pessoa com AVC em fase de sequelas”*, propus-me realizar Planos de Cuidados aos utentes atribuídos, nos quais a recolha de informação fosse organizada tendo por base o pensamento do trabalho de projecto elaborado. Este constituiu-se num desses planos de cuidados e como tal irei proceder à utilização dos instrumentos de análise de situação, que nos ajudam na elaboração de um projecto de cuidados, segundo a perspectiva de Collière.

De acordo com esta autora as bases de um projecto de cuidados apenas poderão ser reais *“se analisadas e reagrupadas de forma significativa”* (1999, p.361), em detrimento de serem depreendidas apenas das informações conhecidas pelo prestador de cuidados. Para Collière *“não se trata de recolher informações sistematicamente, mas de compreender as que se recebem e estabelecer entre elas laços de significação”* a partir de grandes domínios com repercussão nos cuidados, sendo estes três e os quais servem de base ao projecto de cuidados, (1999, p.361).

O primeiro instrumento evidencia os três domínios, sendo estes segundo a autora: *“o que o pessoal que presta cuidados sabe da pessoa a quem os presta, dando atenção às consequências relativas à doença, às limitações que implica e às suas sequelas”, “o que o pessoal que presta cuidados conhece, com precisão acerca da doença (...) mas igualmente o que conhece das limitações funcionais causadas pela doença”* e *“o que o pessoal que presta cuidados conhece com precisão acerca do meio ambiente da comunidade”* (COLLIÈRE, 1999, p.361).

O segundo instrumento possibilita, tendo por base as informações obtidas através do primeiro, esclarecer o que a pessoa ainda pode realizar com ajuda ou aquilo que já não consegue realizar, sendo este um indicador da sua autonomia versus dependência. O plano de cuidados vai ser delineado a partir da ajuda a proporcionar ao que a pessoa pode fazer com ajuda ou aquilo que já não consegue realizar. Concomitantemente é tida em conta o que as pessoas que a rodeiam conseguem realizar sozinhas, com ajuda, ou que já não conseguem realizar (COLLIÈRE, 1999, p.361).

Ao elaborar um plano de cuidados a um utente internado no Serviço [REDACTED], com o diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) hemorrágico em fase de sequelas, procurei utilizar estes dois instrumentos de análise de situação na perspectiva de Collière, para agrupar as informações disponíveis e analisar as suas possibilidades de autonomia versus dependência, visando a elaboração de um plano de cuidados o mais adequado possível ao utente e família. Os problemas de enfermagem levantados no plano de cuidados foram no entanto formulados segundo o Modelo de Enfermagem de Nancy Roper, pois este é o modelo utilizado no Centro e é com base neste modelo que são realizados todos os registos de enfermagem do serviço, o que faz com que este plano tenha uma linguagem comum e adaptada à realidade do mesmo, tornando-o exequível.

INSTRUMENTO QUE AGRUPA AS INFORMAÇÕES

O QUE SABEMOS?

13/12/2011

DO UTENTE: Sr. J.R.C., raça caucasiana, natural de [REDACTED], sexo masculino, com 46 anos de idade, nascido a 11/08/1965, com o 5º ano de escolaridade, residente na [REDACTED]. É beneficiário do subsistema de saúde da segurança social e tem como profissão Informática e Bases de Dados, exercendo funções para uma empresa nacional até Julho de 2011. É divorciado de um primeiro casamento pelo que actualmente

habita em união de facto há aproximadamente 15 anos com a companheira, a qual constitui a cuidadora familiar. Por se encontrar desempregado desde a referida data foi residir para o Brasil com a companheira, em Agosto de 2011, tendo iniciado funções numa empresa multinacional na área Informática. No referente à lateralidade o Sr. J.R.C. é dextro.

No que reporta aos gostos pessoais aprecia ler, ver televisão e utilizar diariamente a internet. Em termos alimentares tem uma alimentação diversificada referindo preferência por legumes, lacticínios; pão e café, ingerindo cerca de 6 cafés por dia. Refere não gostar de fígado/iscas e carne de peru. Tem hábitos etanólicos moderados, ingerindo cerveja e algumas bebidas brancas em consumo social. Ingera pouca quantidade de água e tem preferência por líquidos frios. Tem um índice de massa corporal elevado para a sua estatura, com um peso actual de 108 Kg. Possui uma prótese fixa (ponte) no maxilar superior, não apresentando alterações da mastigação. Não apresenta alterações da acuidade visual ou auditiva, não possuindo qualquer dispositivo de compensação. Dorme habitualmente cerca de 7 a 8 horas por noite sem interrupção e sem hábitos de sono diurnos.

Actualmente, decorrente do AVC que sofreu com conseqüente hemiparesia esquerda, encontra-se com limitação motora significativa a qual compromete a sua autonomia na realização das Actividades de Vida Diárias (AVD). Apresenta alterações da dinâmica familiar, visto encontrar-se actualmente limitado no seu exercício profissional, bem como a companheira a qual passou a constituir a sua cuidadora. Detém um suporte afectivo adequado às suas necessidades, da companheira, família desta e amigos, encontrando-se no entanto presentemente confinado à sua habitação devido a todas as sequelas do AVC e sua implicação na sua independência e autonomia.

DA DOENÇA: O Sr. J.R.C. tem como antecedentes pessoais conhecidos de dislipidemia; hipertensão arterial e obesidade.

A 10/09/2011 no Brasil iniciou um quadro súbito de hemiparesia esquerda, tendo realizado TAC CE que revelou hemorragia tálamo-putaminal direita, sendo diagnosticado AVC hemorrágico hemisfério direito. Foi submetido a intervenção cirúrgica para drenagem endoscópica com conseqüentes complicações e posterior craniotomia. É-lhe diagnosticada como complicação meningite pós- operatória, permanecendo em regime de internamento até

30/10 num hospital de São Paulo com instituição terapêutica. Tem alta a 30/10 e regressa nesse mesmo dia a Portugal, ao domicílio, na companhia da “esposa”.

Ingressa a 13/12 no Centro de Reabilitação onde permanecerá internado por um período de 60 dias no serviço [REDACTED], tempo este afecto à patologia em questão e ao seu subsistema de saúde. À admissão no serviço foi realizado o exame objectivo em que o utente apresentava pele e mucosas coradas e hidratadas; pupilas isocóricas e reactivas; temperatura auricular de 36,9^o C; Frequência cardíaca de 72 bpm; TA de 148/89 mmHg; frequência respiratória de 18 ciclos por minuto com uma respiração mista e regular. À auscultação pulmonar apresentava murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares e sem ruídos adventícios. Tosse seca e eficaz. Apresentava integridade cutânea e sem presença de edemas. Abdómen volumoso, mas livre, depressível e indolor à palpação.

- LIMITAÇÕES FUNCIONAIS LIGADAS À DOENÇA:

Aquando a admissão no Centro no referido serviço, o Sr. J.R.C. apresentava-se calmo, orientado no tempo, espaço e pessoa, com consciência plena, encontrando-se desperto, respondendo adequadamente a estímulos e atento ao meio envolvente. Apresenta uma resposta pupilar normal à avaliação da mesma. Apresenta as seguintes limitações funcionais:

-Comunicação- Após a doença o utente não apresenta alteração da acuidade auditiva e visual. Sem alteração da linguagem, apresentando um discurso fluente, nomeando e repetindo, com vocabulário rico e iniciativa para iniciar diálogo. No entanto apresenta períodos de labilidade emocional, relacionada com a incapacidade de realização de forma independente das AVD, apesar de ter um suporte afectivo “sólido”, emocionando-se com alguma facilidade mas sem períodos de agressividade. Sem outras alterações que comprometam a comunicação.

-Mobilidade- Actualmente apresenta **hemiparesia esquerda** de predomínio braquial, sem movimentos activos do membro superior esquerdo e com presença de movimentos activos do membro inferior do mesmo lado. Não apresenta edemas, dor ou limitação articular dos

membros do hemicorpo esquerdo. Apresenta alteração da força muscular deste hemicorpo, com os seguintes graus de força, à aplicação da *Escala de Lower*:

-Pescoço (Flexão/Extensão; Inclinação lateral; Rotação) - apresenta contração muscular e movimento grau 5/5.

-Membro superior direito:

Apresenta em todos os segmentos força grau 5/5.

-Membro superior esquerdo:

- *Escapulo umeral* - Flexão/ Extensão; Elevação / Depressão; Rotação interna e externa – apresenta força grau 1/5; Adução / Abdução- apresenta força grau 2/5;
- *Cotovelo* -Flexão/Extensão - apresenta força grau 1/5;
- *Punho* -Flexão/Extensão; Desvio radial / Desvio cubital; Circundução – apresenta força grau 0/5;
- *Antebraço* -Supinação/Pronação – apresenta força grau 0/5;
- *Dedos* -Flexão/Extensão; Adução / Abdução; Oponência– apresenta força grau 0/5.

-Membro inferior direito:

Apresenta em todos os segmentos força grau 5/5.

-Membro inferior esquerdo:

- *Coxo-femural* - Flexão/Extensão; - Adução/Abdução; Rotação interna/externa– apresenta força grau 2/5;
- *Joelho* - Flexão/Extensão- apresenta força grau 2/5;
- *Tibiotársica* -Flexão/Extensão; Inversão/Eversão – apresenta força grau 0/5;
- *Dedos* -Flexão/Extensão; Adução/Abdução - apresentam força grau 0/5.

O utente apresenta uma **parésia central facial esquerda** com conseqüente alteração do tônus no andar inferior da face esquerda que se manifesta por ligeira assimetria facial com desvio da comissura labial para a direita e discreto apagamento do sulco nasogeniano à esquerda, sem interferência na mastigação e deglutição, nem na comunicação.

Apresenta **depressão escapulo-umeral** à esquerda, quando avaliada força muscular bilateralmente ao nível do esternocleidomastóideo e trapézio, aplicada resistência e solicitada contração e movimento ao nível dos ombros e cabeça.

Apresenta **alterações de equilíbrio** dinâmico em pé, sendo este ineficaz e equilíbrio estático diminuído, relacionado com a hemiparesia esquerda. O equilíbrio estático e dinâmico sentado encontra-se mantido.

Mostra dificuldade em realizar a flexão anterior do tronco, relacionado com a obesidade, mantendo no entanto o equilíbrio quando o tenta executar.

Apresenta tonicidade mantida a nível dos membros superior e inferior direito e **hipertonicidade**, caracterizada por espasticidade acentuada a nível de todos os segmentos do membro superior esquerdo, avaliada mobilizando passivamente todos os segmentos articulares, que pouco depois de se ter iniciado o movimento a resistência aumenta cedendo por vezes bruscamente pouco tempo depois, fenómeno que é conhecido por reflexo da navalha de mola. Tonicidade mantida a nível polissegmentar no membro inferior esquerdo.

No que reporta à **coordenação de movimentos** não apresenta alteração na coordenação de movimentos do membro superior direito quando solicitado a realizar oposição do polegar; alternância palmar e conduzir dedo ao nariz, nem alteração da coordenação de movimentos nos membros inferiores do mesmo lado, testado quando deitado é incitado a percorrer com o calcanhar o trajecto da tíbia do membro oposto até ao joelho. Não foi possível testar a coordenação dos movimentos do lado esquerdo por apresentar parésia deste hemicorpo.

Consequências desta limitação (Mobilidade) sobre outras funções:

-Alimentação- Actualmente não apresenta alterações da mastigação e deglutição, não apresentando disfagia para sólidos ou líquidos. Apresenta alteração desta função visto não conseguir fraccionar os alimentos e descascar a fruta, decorrente da hemiparesia esquerda, necessitando de ajuda parcial (AP) para o realizar. Sem alteração do apetite, ingerindo a dieta ½ sal prescrita com agrado e tolerância.

-Eliminação- Actualmente controla esfíncteres, referindo no entanto ainda alguma sensação de urgência urinária recorrendo à casa de banho durante o dia e ao urinol no período da noite, mas já sem perdas de urina. Refere alteração do hábito intestinal, dado que evacuava diariamente e agora em dias alternados. Não considera obstipação. Necessita de uma ajuda total (AT) para usar a sanita e parcial para o uso do urinol.

-Higiene pessoal e Vestuário- Realiza os cuidados de higiene e conforto no WC em cadeira de banho encontrando-se dependente nesta função relacionado com a parésia do hemicorpo esquerdo. Necessita de uma ajuda parcial para vestir e despir da cintura para cima e uma ajuda total da cintura para baixo, bem com no calçado.

- Sensibilidade- Efectuada avaliação da **sensibilidade superficial** com estímulo doloroso, táctil e térmico no membro superior e inferior esquerdo, apresentando o Sr. J.R.C. a sensibilidade térmica diminuída em todos os segmentos do membro superior e mantida nos segmentos do membro inferior esquerdo, com excepção do pé. Avaliada sensibilidade táctil e dolorosa não apresentando alterações da mesma neste hemicorpo. Avaliada **sensibilidade profunda:** postural/proprioceptiva, em que o utente consegue perceber a posição em que se encontra. Testada em todos os segmentos do membro superior e inferior esquerdo, não apresentando alterações desta; testada sensibilidade Vibratória com diapasão, nas proeminências ósseas clavícula, olecrânio, Crista da tibia e maléolo, não apresentando o utente alterações da mesma.

Não apresenta alterações da sensibilidade nas extremidades contra laterais.

DOS QUE O CERCAM E DO MEIO

Família:

O Sr. J.R.C. é filho adoptivo, sem irmãos e tendo ambas as figuras parentais já falecido. Conhece a mãe verdadeira, no entanto não a vê há 15 anos, bem como a única irmã que conhece, não tendo qualquer relação afectiva com estas. Apenas faz parte da sua estrutura familiar um casal de tios (adoptivos), os quais habitam no Alentejo e com os mesmos não mantem uma relação próxima, visto estes nunca terem aceiteado positivamente a sua adopção. Não tem filhos, nem do primeiro casamento nem do actual relacionamento, manifestando no entanto vontade de ainda ser pai.

Companheira: Mulher com 40 anos de idade, raça caucasiana, professora do segundo ciclo, constituindo esta a sua cuidadora familiar. Actualmente encontra-se desempregada por ter

solicitado licença sem vencimento no colégio onde exerce funções e no qual integra o quadro de pessoal, quando foram viver para o Brasil. Não conseguiu rescindir ainda este período de licença por já se encontrar substituída por outra profissional, constituindo este facto uma preocupação para a mesma, a qual se encontra a procurar uma actividade laboral temporária.

Encontra-se muito optimista e com expectativas adequadas no referente ao internamento no Centro, visando a promoção da sua autonomia e independência, sem no entanto demonstrar expectativas excessivas. Não apresenta actualmente sinais evidentes de *stress* ou cansaço do cuidador negando mesmo quando abordada acerca desta problemática. Constituiu sem dúvida o grande suporte afectivo do utente bem como a família desta, integrada por pais, irmãos e sobrinhos, consistindo estes o suporte familiar sólido do utente.

Alojamento:

O Sr. J.R.C. habita, conjuntamente com a companheira, numa moradia com primeiro andar, onde possui a casa de banho com banheira, não existindo chuveiro ou banheira na casa de banho do piso térreo da moradia. Existem outras barreiras arquitectónicas, tais como escadas, protecção fixa de banheira e declives entre divisões com presença de dois a três degraus. Não existem lances de escadas no acesso ao piso térreo. As portas da moradia apresentam uma dimensão adequada para a passagem de uma cadeira de rodas (CR), nomeadamente a do utente a qual é maior em termos de largura, encontrando-se adequada ao peso e tamanho deste. Prevê-se que o uso de CR seja temporário, passando o utente a utilizar a marcha como meio de locomoção no futuro.

Recursos:

Os recursos económicos do utente e companheira encontram-se actualmente limitados à indemnização que o utente recebeu aquando o seu despedimento da empresa onde exercia funções antes de ir viver para o Brasil e a algumas economias que possuem. Não se encontram no entanto muito apreensivos no que refere a esta questão, visto a companheira reingressar a o seu local de trabalho em Agosto de 2012, data de término da sua licença sem vencimento.

INSTRUMENTO DE ANÁLISE DAS POSSIBILIDADES DE AUTONOMIA ↔ DEPENDÊNCIA

O que o Sr. J.R.C. pode fazer sozinho:

- Mobilizar o hemicorpo direito;
- Treino equilíbrio sentado, estático e dinâmico;
- Reposicionar-se na CR;
- Utilizar o computador;
- Comunicar verbalmente ou com linguagem escrita ou gestual. Ler.
- Dormir, sem recorrer ao uso de medicação indutora do sono;
- Permanecer sentado em CR cerca de 12 a 15 horas.

O que o Sr. J.R.C. pode fazer com ajuda

De uma pessoa:

- Mobilizar no leito e alternar decúbitos;
- Mobilizar activamente o membro inferior esquerdo (mobilizações activas assistidas);
- Realizar Actividades Terapêuticas no leito e no ginásio: Ponte; rolar para o lado afectado; carga no cotovelo; facilitação cruzada; treino de equilíbrio estático em pé;
- Deslocar-se em CR grandes distâncias;
- Vestir-se e despir-se da cintura para cima;
- Alimentar-se: fraccionar os alimentos e descascar fruta;
- Gerir terapêutica;
- Higiene parcial em frente ao espelho: lavar e secar o rosto; higiene oral; barbear-se, pentear-se.

De material adaptado:

- Deslocar-se em CR curtas distâncias;
- Uso do urinol no leito ou junto a este, quando colocado em suporte próprio;
- Calçar sapatos com calçadeira de cabo longo;
- Transferência entre superfícies com disco de transferência.

O que o Sr. J.R.C. já não pode fazer:

- Mobilizar activamente o membro superior esquerdo;
- Realizar posição de pé junto ao leito ou CR, bem como no ginásio junto ao colchão ou em *Standing- Frame*;
- Andar (dependente de CR);
- Realizar Actividades Terapêuticas no leito e no ginásio: rolar para o lado sã; treino de equilíbrio dinâmico em pé;
- Realizar cuidados de Higiene e Conforto no duche ou banheira;
- Vestir e despir da cintura para baixo;
- Usar o sanitário em cadeira de banho ou sanitária;
- Realizar cuidados de higiene e conforto após eliminação;
- Colocar dispositivo de segurança na CR (tábua);
- Subir escadas;
- Correr;
- Conduzir veículos motorizados e não motorizados.

A dependência do Sr. J.R.C. ocasionada pelas limitações motoras decorrentes do AVC orientam segundo Collière a acção de enfermagem em dois tipos de cuidados: **cuidados de recuperação ou tratamento**, nos quais o enfoque está na doença e na sua progressão de forma a conseguir erradicá-la ou atenuá-la, diminuindo o que constitui obstáculo à vida; **cuidados de conservação e manutenção**, os quais são entendidos como todas as actividades que permitem a continuidade da vida relacionadas com a alimentação, hidratação, eliminação, higiene e movimento, cada um destes interagindo entre si. Estas actividades não podem estar dissociadas do ambiente e de um contexto de crenças, costumes e hábitos de vida até porque os cuidados de recuperação ou tratamento só fazem sentido quando inseridos na amplitude da dimensão dos cuidados de manutenção da vida, os quais necessitamos permanentemente para a continuidade e desenvolvimento da vida (COLLIÈRE,1999).

A pessoa que sofreu um AVC irá necessitar numa primeira fase da doença, de ambos os cuidados, na medida em que necessita de ajuda que compense “ uma incapacidade parcial ou total, temporária ou definitiva” imprescindível para realizar as actividades que a pessoa ou família não pode suprir, isto é cuidados de manutenção da vida (1999,p.307). No entanto esta ajuda pode não ser suficiente para diminuir os efeitos da doença podendo carecer de cuidados que travem este processo ou seja cuidados de reparação (COLLIÈRE,1999).

Após a aplicação dos dois instrumentos de análise de situação para agrupar as informações disponíveis e analisar as suas possibilidades de autonomia versus dependência, segundo a perspectiva de Collière, levantei os seguintes problemas de Enfermagem de acordo com o modelo adoptado pelo Centro de Reabilitação e para os quais foram planeadas as respectivas intervenções, visando a elaboração de um plano de cuidados o mais adequado possível ao utente e família.

Alterações no desempenho das seguintes AVD:

- Alteração da AVD **Comunicação** relacionada com AVC, manifestada por labilidade emocional;
- Alteração da AVD **Alimentação** relacionada com hemiparesia esquerda, manifestada por dependência parcial na realização desta AVD;
- Alteração da AVD **Eliminação** relacionada com hemiparesia esquerda, manifestada por dependência parcial para o uso do urinol e dependência total no uso sanitário;
- Alteração da AVD **Higiene pessoal e Vestuário** relacionada a hemiparesia esquerda, manifestada por dependência total na realização dos cuidados de higiene e conforto no chuveiro ou banheira e no vestir/despir, com excepção da cintura para cima na qual requer uma ajuda parcial para a sua realização;
- Alteração da AVD **Mobilidade** devido a hemiparesia esquerda, manifestada por diminuição da força muscular no hemicorpo esquerdo;
- Alteração da AVD **Manter Ambiente Seguro** relacionada com a hemiparesia esquerda manifestada por risco de Quedas.

SITUAÇÃO DE CUIDADOS ACTUAL

O Plano de Cuidados elaborado, referente a um utente com o diagnóstico de AVC hemorrágico com alterações significativas decorrentes deste, corresponde ao período decorrido entre a admissão do utente a 13/12/2011 no Centro e a data de 15/01/2011, aproximadamente a data de término da minha incursão neste contexto de cuidados.

Como já referenciado anteriormente a recolha de informação acerca do SR. J.R.C. foi agrupada e organizada tendo por base o pensamento de Collière e a elaboração do respectivo plano de cuidados de acordo com o referencial teórico do Centro de Reabilitação e utilizado no Serviço.

Irei proceder a uma breve apreciação da evolução da situação deste utente no referido percurso, explanando a actual situação de cuidados do mesmo após intervenção de Enfermagem de Reabilitação na instituição onde se mantém internado.

Actualmente, seguindo a ordem de problemas levantados no plano de intervenção, o Sr.J.R.C. já não apresenta alteração da AVD Comunicação, pois já não se evidencia labilidade emocional nem alterações de humor relacionados com a incapacidade de realização autónoma das AVD.

No referente à AVD Alimentação mantém uma alteração da mesma relacionada com a hemiparesia esquerda e manifestada por uma necessidade de AP para fraccionar os alimentos e descascar a fruta, alimentando-se no entanto já sem ajuda com o membro superior direito. Actualmente apresenta uma perda ponderal de 6 Kg, sendo esta extremamente gratificante para o utente, repercutindo-se na sua mobilidade e na sua auto-imagem.

No que reporta à AVD Eliminação o utente actualmente apenas necessita de uma AP no uso do sanitário e é independente no uso do urinol, para o seu manuseamento e colocação em suporte próprio. Adquiriu hábitos intestinais e vesicais adequados ao seu padrão de eliminação, após formação e treino para o efeito, pelo que não são evidentes episódios de perdas involuntárias de urina ou obstipação. O seu padrão intestinal habitual de evacuar 1 vez por dia foi readquirido após treino intestinal, com baste agrado do utente. Mantém sensação de urgência urinária controlada pelo próprio sem consequências.

No que diz respeito à realização dos cuidados de higiene e conforto estes são realizados na casa de banho, no chuveiro ou banheira, com AP de terceiros em detrimento da AT inicialmente

prestada. Realiza a transferência CR/banheira e banheira/CR com recorrência à tábua de transferência respectiva e já com interiorização de todos os procedimentos e técnicas ensinadas. Mantém alteração da sensibilidade térmica, a qual se encontra diminuída no membro superior esquerdo em todos os segmentos e pé esquerdo, com especial cuidado à temperatura da água do banho, realizando a preparação deste adequadamente. É independente com supervisão nos cuidados de higiene parciais, ou seja na higiene da face, oral, no barbear-se e no pentear-se na enfermaria em frente ao espelho.

Necessita de ajuda de terceiros no vestuário da cintura para baixo e calçado o qual realiza com calçadeira de cabo longo, apresentando no entanto melhoria na flexão anterior do tronco, relacionada com a perda de peso e realização frequente dos respectivos exercícios e é independente com supervisão no vestuário da cintura para cima. Apresentou gradualmente maior autonomia para a realização da AVD vestir e despir e demonstrou bastante interesse em realizar autonomamente tudo aquilo que consegue, bem como na aprendizagem. A aquisição de maior grau de independência nesta AVD também se deve ao facto de o utente ter recuperado algum grau de força a nível do membro superior.

Mantém alteração da Mobilidade decorrente do AVC, com conseqüente hemiparesia esquerda de predomínio braquial. Mantém-se sem edemas, dor ou limitação articular deste hemicorpo e com menor grau de hipertonicidade do membro superior, no qual é colocada diariamente Tala Pneumática para promover a extensão deste e redução da espasticidade.

Desloca-se em CR sem ajuda de terceiros percorrendo já distâncias significativas. Apresenta actualmente equilíbrio em pé estático presente e dinâmico diminuído. Realiza marcha com AT de uma pessoa e transferência entre superfícies com AP recorrendo ao disco ou tábua de transferência. Necessita de AP para realizar posição de pé em *Standing Frame* e para o levante para CR, na enfermaria ou ginásio ao invés da anterior AT para a sua realização.

Realiza Actividades Terapêuticas no ginásio ou leito diariamente com AP: Ponte; facilitação cruzada; rolar lado são e lado afectado; carga no cotovelo e treino de equilíbrio em pé.

A assimetria facial é quase imperceptível com boa adesão do utente à realização dos exercícios faciais cerca de 3 vezes ao dia.

Não houve registo de novo episódio de quedas, para além do episódio descrito em plano sem conseqüências e sem repercussão na tranquilidade do utente, encontrando-se este e a

cuidadora muito conscientes acerca das medidas de segurança e prevenção de quedas a adoptar. Mantem um risco médio para quedas com um score de 35 à aplicação da escala de Morse.

O Sr. J.R.C. mantém um suporte afectivo sólido por parte da companheira e restante família, indo frequentemente passar os fins-de-semana a casa. Encontram-se actualmente a adaptar a moradia à nova realidade e condições do utente, minimizando as barreiras arquitectónicas visando a promoção do maior grau de autonomia possível.

Procurei direccionar toda a minha actuação de enfermagem de reabilitação aos objectivos do utente e cuidadora, direccionando a minha intervenção para a promoção da sua independência e autonomia, adaptando-os à nova realidade e reinserção na família e sociedade.

Mais uma vez foi notória a evolução da situação de cuidados deste utente após intervenção especializada de reabilitação, a qual teve o seu início o mais precocemente possível aquando o ingresso do utente no Centro de Reabilitação, implicando a pessoa como parceira activa do processo de cuidados, nunca deixando à margem a individualização da pessoa como um todo, inserida numa família, numa comunidade, numa sociedade e atendendo às suas particularidades. Como diz Collière “ não poderia ser de outra maneira” porque os cuidados de enfermagem são indissociáveis das condições de vida das pessoas” e há que reconhecer nelas as “características permanentes que terão que se ajustar a situações mutantes” (1999, p.234).

Apenas em determinados momentos da nossa vida iremos necessitar de uma substituição, seja inerente ao próprio processo de envelhecimento ou em presença de qualquer circunstância inesperada, como é o AVC. Collière refere que “o campo de competência da enfermagem situa-se como um prolongamento, uma substituição daquilo que os utilizadores dos cuidados não podem, temporariamente, assegurar por si próprios” ou é assegurado por quem o cerca (1999, p.287). Torna-se necessário identificar, conjuntamente com a pessoa qual o tipo de ajuda a desencadear, por forma a promover a sua máxima autonomia na realização das AVD. Na perspectiva da autora surge a necessidade de clarificar qual o tipo de substituição necessária, considerando também “tudo o que situa a pessoa em relação à complexidade, à gravidade do seu estado, e às capacidades e recursos dos que o cercam para as suprimir” (1999,p.287).

Collière reforça que a necessidade de assegurar cuidados de enfermagem nunca poderá estar relacionada apenas com o grau de gravidade de uma doença ou limitação, consideradas separadamente, “mas à inter-relação que existe entre as possibilidades, capacidades e recursos da pessoa” no momento da vida em que se encontra, bem como “às dos que a cercam e do seu ambiente e à limitação ou dificuldade de que sofre ou às consequências funcionais das lesões devidas à doença” (1999, p.287-288). A doença deve ser tida em conta mas não representa a acção de cuidados na sua totalidade ou seja “ocupar-se apenas da doença pode fazer calar as forças da vida se não tiver cuidado, tratando dela sem deixar morrer o que dinamiza a pessoa atingida por essa doença” (1999,p.297).

PLANO DE CUIDADOS

CENTRO DE REABILITAÇÃO [REDACTED] Serviço de Reabilitação [REDACTED]				
<u>IDENTIFICAÇÃO</u>				
Nome: J.R.C. Sexo: Masculino Idade: 46 anos Data de Admissão: 13/12/2011				
Diagnóstico clínico: AVC hemorrágico do hemisfério direito				
DATA	PROBLEMAS REAIS E/OU POTENCIAIS	OBJECTIVO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
13/12/2011	<p>➤ Alteração da AVD Comunicação relacionada com AVC, manifestada por labilidade emocional</p> <p>Alteração do humor por se emocionar com facilidade mas sem períodos de agressividade, relacionada com incapacidade de realização autónoma das AVD</p>	Promover a estabilidade emocional	<p>-Prestar apoio emocional diário:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentar junto do utente; • Usar o toque; • Usar um discurso interrogativo acerca das suas preocupações por forma a estimular a verbalização de sentimentos e preocupações; • Esclarecer as suas dúvidas, medos e receios; <p>- Mostrar disponibilidade e interesse em escutar o utente quando este solicita informações ou verbaliza emoções;</p> <p>- Dar reforço positivo, valorizando sempre os pequenos progressos.</p>	<p>18/12- São cada vez menos frequentes os períodos de labilidade emocional.</p> <p>3/01/2012- O utente já não apresenta labilidade emocional.</p>

<p>13/12/2011</p>	<p>➤ Alteração da AVD Alimentação relacionada com hemiparesia esquerda, manifestada por dependência parcial na realização desta AVD.</p> <p>Não consegue fraccionar os alimentos e descascar a fruta de forma autónoma</p> <p>- força grau 0/0 no antebraço, punho e dedos</p>	<p>Promover autonomia funcional na Alimentação</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar tabuleiro junto do utente no refeitório do serviço, bem como colocar ao seu alcance todos os utensílios que necessita para se alimentar; - Preparar os alimentos: fraccionar alimentos e descascar a fruta; -Incentivar o utente a alimentar-se sozinho com o membro superior direito; -supervisionar refeições e certificar que o utente se alimenta adequadamente da dieta fornecida; -Incentivar à ingestão hídrica, cerca de 1,5L por dia; -Certificar que o utente cumpre a dieta instituída pela dietista visando a perda de peso. 	<p>Até 19/12 mantém uma ajuda parcial na alimentação. Necessita de ajuda para descascar fruta; fraccionar os alimentos.</p> <p>-Apresenta uma perda de peso de 4Kg.</p> <p>15/01/2012- Mantém uma AP para fraccionar os alimentos e descascar a fruta, alimentando-se no entanto sem ajuda com o membro são.</p> <p>Apresenta uma perda de peso de 6 kg, com grado do utente.</p>
-------------------	---	--	---	---

<p>13/12/2011</p>	<p>➤ Alteração da AVD Eliminação relacionada com hemiparesia esquerda, manifestada por dependência parcial no uso do urinol e dependência total no uso do sanitário</p> <p>Conhecimento não demonstrado pelo utente/cuidadora acerca do uso da sanita em cadeira própria e prevenção de quedas</p> <p>Conhecimento não demonstrado pelo utente sobre treino intestinal e vesical</p> <p>-Apresenta sensação de urgência urinária, já controlada pelo utente sem perdas consequentes de urina</p> <p>-Apresenta alteração ao padrão intestinal habitual, deixando este de ser diário para ser em dias alternados (constituindo problema para o utente)</p>	<p>Promover uma eliminação vesical e intestinal eficaz e em segurança</p>	<p>-Fornecer uma Ajuda Total (AT) no uso do sanitário na eliminação intestinal;</p> <p>-Proporcionar Ajuda Parcial (AP) na eliminação vesical no uso do urinol, assistindo na sua aplicação e colocando este à disponibilidade do utente em suporte para o efeito junto ao leito, em local acessível;</p> <p>-Certificar que o urinol permanece em local acessível, em suporte próprio, no período nocturno, por forma a evitar possíveis perdas de urina;</p> <p>-Instruir o utente acerca da importância de reduzir a ingestão hídrica a partir do fim do dia, visando evitar perdas de urina no período nocturno;</p> <p>-Instruir o utente acerca do treino vesical e sua pertinência, estabelecendo um horário para micções o mais adaptado ao seu horário habitual, evitando perdas de urina e realizando o respectivo registo;</p> <p>-Controlar frequência das dejectões;</p> <p>-Instruir o utente sobre a importância de promover uma hora habitual para evacuar por forma a educar o intestino, de acordo com o seu hábito intestinal;</p> <p>-Instruir utente/cuidadora sobre o uso sanitário, por forma a promover a sua autonomia e reduzir o risco de quedas;</p> <p>-Treinar com o utente o uso do sanitário em cadeira de banho/sanitária;</p> <p>-Assistir nos cuidados de higiene após eliminação, com uma AT.</p>	<p>13/12- Refere sensação de urgência urinária, no entanto já controlada, sem perdas de urina.</p> <p>Instruído acerca do treino vesical e intestinal.</p> <p>15/12-AP no uso urinol apenas na colocação em suporte próprio. Instruído utente e cuidadora acerca do uso do sanitário e prevenção de quedas</p> <p>16/12- Pequena queda no WC ao realizar transferência para cadeira de banho sem solicitar ajuda do enfermeiro. Sem consequências. Vivenciou o episódio com tranquilidade.</p> <p>Até 19/12 Mantem o mesmo nível de ajuda. Sem obstipação e sem perdas de urina.</p> <p>3/01/2012- Independente no uso do urinol e AT no uso sanitário.</p> <p>15/01- AP no uso sanitário e independente no uso urinol.</p>
-------------------	--	---	---	---

<p>13/12/2011</p>	<p>➤ Alteração da AVD Higiene e Conforto e Vestuário relacionada com hemiparesia esquerda manifestada por:</p> <p>1- Dependência total na realização dos cuidados de higiene e conforto no chuveiro ou banheira e dependência parcial nos cuidados parciais: higiene da face; higiene oral; barbear-se e pentear-se.</p> <p>- Sensibilidade térmica diminuída em todos os segmentos do membro superior e pé esquerdo e mantida nos restantes segmentos do membro inferior</p> <p>- Conhecimento não demonstrado pelo utente/cuidadora acerca das técnicas utilizadas para a realização dos cuidados de higiene e conforto no chuveiro e banheira</p>	<p>Promover autonomia na realização dos cuidados de higiene e conforto</p>	<p>-Fornecer uma AP na realização dos cuidados de higiene e conforto parciais do utente na enfermaria em frente ao espelho, tais como: lavar e secar o rosto; higiene oral; barbear-se, pentear-se.</p> <p>-Fornecer uma AT na realização dos cuidados de higiene no chuveiro em cadeira de banho;</p> <p>-Ensinar/Instruir o utente/cuidadora acerca da realização dos cuidados de higiene, tendo em conta as condições habitacionais do utente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter atenção à temperatura da água do banho, temperando a água abrindo primeiro a água fria, visando prevenção de queimaduras; • Técnicas de entrada na banheira pelo lado sã com colocação de CR paralela à banheira e saída pelo afectado com colocação da CR lado contrário à entrada, com tábua de transferência; • Técnica de transferência para cadeira de banho em segurança; • Importância de lavar o seu lado afectado, bem como usar o lado esquerdo com auxílio do lado direito; • Ter especial atenção à higiene oral; unhas; cabelos; barba e pele; • Importância de se visualizar ao espelho, por forma a facilitar a reintegração da sua imagem corporal e aumentar a capacidade de se cuidar; • Antes da realização dos cuidados de higiene proceder à remoção das barreiras arquitectónicas existentes, tais como tapetes e pequeno móvel de apoio existente no WC. <p>- Sugerir ao utente e cuidadora a utilização das ajudas técnicas e produtos de apoio adaptados à sua realidade: barras de apoio de banheira; cadeira ou banco de banheira; esponja de cabo flexível; chuveiro ajustável e tapete anti-derrapante.</p> <p>-Realizar demonstração com os produtos existentes no serviço, visto o utente ainda não ter adquirido os seus;</p> <p>-Treinar com o utente as diversas técnicas ensinadas para a realização dos cuidados de higiene no chuveiro e banheira, validando a sua aprendizagem.</p>	<p>13/12- AP higiene na enfermaria e AT cuidados de higiene no WC.</p> <p>Instruído utente/companheira visando a promoção da autonomia nesta AVD e prevenção de quedas, em diversos momentos formativos.</p> <p>Até 19/12 utente requer uma ajuda total nos cuidados de higiene e conforto no WC e apenas de supervisão para realizar a higiene parcial em frente ao espelho.</p> <p>3/01/2012- Independente com supervisão na higiene da face; oral; barbear-se e pentear-se e AP nos cuidados de higiene no chuveiro e banheira.</p> <p>15/01- Mantem nível de ajuda anterior.</p>
-------------------	--	--	---	--

	<p>2-Dependência total no vestir e despir da cintura para baixo e calçado e dependência parcial da cintura para cima</p> <p>-Realiza com dificuldade a flexão anterior do tronco, relacionado com a obesidade e receio de queda, o que compromete o vestuário da cintura para baixo e calçado</p> <p>-Conhecimento não demonstrado pelo utente/cuidadora acerca das técnicas para vestir/despir e calçar</p>	<p>Promover a autonomia no vestir e despir</p>	<p>-Fornecer uma AP no vestuário da cintura para cima;</p> <p>-Fornecer uma AT no vestir/ despir da cintura para baixo e calçar;</p> <p>-Ensinar/Instruir e treinar com o utente/cuidadora no referente à realização da AVD vestir/despir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sugerir adaptações ao vestuário, recorrendo ao uso de vestuário prático, por forma a facilitar a sua realização: mais largo; com elasticidade; que deslize com facilidade; sempre que necessário substituir botões por fecho éclair; vestuário do tronco abotoado à frente; casas do botões alargadas e substituir botões pequenos por grandes; sapatos de tamanho adequado, fechado, com sola antiderrapante e se possível com autocolantes ou elásticos. • Recorrer à técnica de vestuário do hemiplégico. Vestir sempre primeiro o afectado e despir o lado são; instruir sobre como vestir/despir camisa, camisola ou casaco, calças, meias e sapatos; • Treinar vestir/despir calças na CR; • Treino do calçado com o utente, recorrendo ao uso de calçadeira de cabo longo ou S do serviço, visto este apresentar alguma dificuldade na flexão anterior do tronco; • Treinar conjuntamente com o utente abotoar sapatos com atacadores recorrendo à técnica do hemiplégico; • Treinar vestir/despir e calçar no ginásio do serviço com o utente e cuidadora. <p>-Incentivar o utente e cuidadora a adquirirem os produtos de apoio necessários para promover a sua autonomia no vestuário, de acordo com os seus recursos;</p> <p>- Treinar exercícios de flexão anterior do tronco com o utente, gerindo com este as medidas de segurança, visando a prevenção de quedas e diminuição do receio do utente.</p>	<p>13/12- Utente apresenta receio de queda da CR ao realizar flexão anterior do tronco.</p> <p>-Instruído utente/cuidadora acerca do vestir/despir com técnica de vestuário do hemiplégico e calçado com dispositivos em diversos momentos formativos.</p> <p>Até 19/12 o utente mantém mesmo nível de dependência nesta AVD.</p> <p>-Realiza com menor dificuldade a flexão anterior do tronco e com menos receio de queda.</p> <p>15/01/2012- Independente com supervisão no vestuário da cintura para cima e AP da cintura para baixo e calçado.</p> <p>Melhoria na realização da flexão anterior do tronco.</p>
--	---	--	---	---

<p>13/12/2012</p>	<p>➤ Alteração da AVD Mobilidade devido a hemiparesia esquerda, manifestada por diminuição da força muscular hemicorpo esquerdo:</p> <p>-Apresenta no membro superior força muscular grau 1/5 no ombro e cotovelo com excepção da adução/abdução escapulo umeral com 2/5 e força grau 0/5 no antebraço, punho e dedos,</p> <p>-No membro inferior apresenta força muscular grau 2/5 na coxo-femural e joelho e força 0/5 na tibiotársica e dedos;</p> <p>-Apresenta equilíbrio em pé estático diminuído e dinâmico ineficaz.</p>	<p>Conservar a amplitude articular, aumentar o grau de força muscular, desfazendo gradualmente o padrão espástico instalado</p> <p>Que o utente adquira equilíbrio em pé eficaz</p>	<p>-Gerir ambiente;</p> <p>-Informar/Instruir utente acerca das mobilizações; posicionamentos; actividades terapêuticas; transferências entre superfícies com e sem dispositivos de apoio e levante;</p> <p>- Realização de Reeducação Funcional Motora, diariamente de acordo com a tolerância do utente e quando este se encontra no serviço (turno da tarde), do hemicorpo esquerdo de todos os segmentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilizações passivas do membro superior; • Mobilizações passivas da tibiotársica e pé; • Mobilizações activas assistidas da coxo-femural e joelho com AT; <p>- Ensinar/Instruir sobre as Actividades terapêuticas a realizar: ponte; rolar para o lado são e lado afectado; facilitação cruzada; carga no cotovelo e carga no membro superior; treino de equilíbrio estático e dinâmico em pé;</p> <p>-Treinar e assistir na realização das Actividades Terapêuticas no leito e ginásio do serviço, diariamente no turno da tarde, quando o utente se encontra no serviço;</p> <p>- Instruir e incentivar à realização de automobilizações, cerca de 3 vezes ao dia, de acordo com a tolerância do utente;</p> <p>-Treinar e assistir nas automobilizações diariamente, no turno da tarde, de acordo com a tolerância do utente (cerca de 30 minutos);</p> <p>-Colocação de tala pneumática de braço no membro superior esquerdo, promovendo a extensão deste e redução da espasticidade, cerca de 20 minutos diariamente, no turno da tarde (quando o utente está no serviço).</p> <p>-Ensino sobre a realização de treino de equilíbrio estático e dinâmico em pé com apoio;</p> <p>-Treinar equilíbrio em pé, estático e dinâmico, no ginásio do serviço com mesa de apoio e em <i>Standing Frame</i>, duas vezes ao dia de acordo com a tolerância do utente;</p> <p>- Iniciar treino de marcha assim que o utente adquira equilíbrio em pé eficaz e aumento da força muscular no membro inferior esquerdo.</p>	<p>13/12 Realizadas mobilizações planeadas. Realizadas actividades terapêuticas ponte; rolar; carga no cotovelo; automobilizações e treino de equilíbrio em pé no ginásio cm AT. Realizou verticalização em <i>Standing Frame</i> com AT.</p> <p>Até 9/01 realizada Reeducação Funcional Motora planeada e Actividades terap. com AP.</p> <p>Até 19/12 realiza treino de equilíbrio em pé, estático e dinâmico diariamente no ginásio com mesa de apoio ou em <i>Standing Frame</i> com AP, o qual se mantém diminuído.</p> <p>15/01 Equilíbrio em pé estático presente e dinâmico diminuído</p>
-------------------	--	---	--	--

13/12/2011	<p>-Apresenta Parésia Central Facial esquerda com consequente alteração do tónus no andar inferior da face esquerda que se manifesta por ligeira assimetria facial com desvio da comissura labial para a direita e discreto apagamento do sulco nasogeniano à esquerda</p>	Que o utente recupere o tónus muscular da hemiface esquerda com recuperação da simetria facial	<p>-Ensinar/Instruir sobre a realização dos exercícios faciais e qual a sua importância para a recuperação da força muscular da hemiface:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unir as sobrancelhas; • Enrugar a testa; • Elevar as sobrancelhas; • Fechar os olhos com firmeza; • Sorrir; • Mostrar os dentes; • Assobiar; • Encher a boca de ar; • Depressão lábio inferior; • Massagem da face. <p>-Treinar com o utente os respectivos exercícios diariamente;</p> <p>- Supervisionar a realização dos exercícios, incentivando à frequência de 3 a 4 vezes ao dia.</p>	<p>Realiza cerca de 3 vezes por dia os exercícios faciais com interesse</p> <p>19/12 -Assimetria facial apenas perceptível quando incitado a sorrir.</p> <p>15/01- assimetria facial quase imperceptível. Utente mantém a realização dos exercícios faciais.</p>
	<p>[9/01/2012]</p> <p>-Apresenta no membro superior força muscular grau: 2/5 na escapulo umeral; cotovelo com 1/5 à flexão e 2/5 à extensão; antebraco 1/5 e força grau 0/5 no punho e dedos;</p>	Conservar a amplitude articular, aumentar o grau de força muscular, desfazendo gradualmente o padrão espástico instalado	<p>- Realização de mobilizações passivas do membro superior esquerdo, diariamente de acordo com a tolerância do utente;</p> <p>-Treinar e assistir nas automobilizações e restantes actividades terapêuticas, diariamente no turno da tarde, de acordo com a tolerância do utente (cerca de 30-45 minutos).</p>	<p>9/01- Realizadas mobilizações planeadas e actividades terapêuticas.</p> <p>15/01- Mantem Reabilitação funcional motora diária.</p>

<p>13/12/2011</p>	<p>-No membro inferior apresenta força muscular grau 3/5 coxo-femural e joelho; 1/5 na tibiotalar e 0/5 nos dedos.</p> <p>[15/01/2012]</p> <p>Mantem mesmo nível de força hemicorpo esquerdo</p> <p>➤ Alteração da AVD Manter Ambiente Seguro relacionada com parésia do hemicorpo esquerdo, manifestada por risco de Quedas</p> <p>À aplicação da escala de Morse o utente apresenta um risco médio para quedas com um score de 35.</p>	<p>Prevenção de quedas</p> <p>Diminuição das desvantagens</p>	<p>-Realização de mobilizações, diariamente de acordo com a tolerância do utente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • passivas da tibiotalar e pé; • activas assistidas da coxo-femural e joelho com AP ; <p>-Incentivar realização de Actividades terapêuticas no leito e ginásio do serviço.</p> <p>-Mantem programa de reabilitação funcional motora diário.</p> <p>➤ Acções descritas em plano de prevenção de quedas protocolado no Centro de reabilitação:</p> <p>-Monitorizar risco de cair, com aplicação da escala de risco de quedas, de 7 em 7 dias (periodicidade protocolada para o médio risco);</p> <p>-Avaliar conhecimento do utente/cuidador sobre medidas de segurança;</p> <p>-Gerir medidas de segurança;</p> <p>-Educar/instruir utente e família/cuidador sobre medidas de segurança na prevenção de quedas: esclarecer sobre a localização das áreas de acesso permitido; ensinar a utente/familiares sobre a importância de manter as grades da cama subidas; manter colocada a superfície de trabalho, quando na CR; colocar objectos pessoais acessíveis; garantir cama e cadeira com rodas travadas; regular a altura da cama de forma a posicionar a um nível baixo; adequar o calçado; informar a pessoa/família sobre a necessidade de solicitar assistência do enfermeiro para mobilização/locomoção.</p> <p>-Informar, Instruir, Aplicar e Vigiar dispositivo de segurança: Grades de protecção no leito;</p> <p>-Instruir sobre dispositivo de chamada: campainha aquando deitado no</p>	<p>16/12- Utente com história de pequena queda no internamento actual, sem consequências.</p> <p>19/12 Utente mais desperto para as medidas de segurança a adoptar.</p> <p>Até 15/01 sem registo de qualquer novo episódio de quedas. Utente muito consciente sobre medidas de segurança e prevenção de quedas.</p>
-------------------	--	---	---	---

			<p>leito;</p> <ul style="list-style-type: none">-Ensinar/instruir/treinar técnica de erguer-se;-Assistir no erguer-se;-Ensinar/instruir/treinar uso de cadeira de rodas;-Supervisionar e assistir no uso de cadeira de rodas;-Verificar estado de conservação e funcionalidade dos produtos de apoio cadeira de rodas; cama e tábua de transferência;-Assistir no usar o sanitário e no aplicar do urinol;-Providenciar o acompanhamento às áreas de tratamento e diagnóstico;-Organizar o espaço (manter passagens desobstruídas e iluminadas; retirar equipamento desnecessário);-Garantir que os pavimentos estão secos e sem irregularidades;-Utilizar dispositivos anti-derrapantes sempre que necessário;-Sinalizar unidade da pessoa com médio e elevado risco de quedas.	
--	--	--	---	--