

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização


Enfermagem de Reabilitação

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na promoção da
transição para o papel de cuidador da pessoa
dependente no autocuidado**

Ana Catarina da Costa Maia

Lisboa, Abril, 2014

Não contempla as correcções resultantes da discussão pública.



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

**A Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na promoção da
transição para o papel de cuidador da pessoa
dependente no autocuidado**

Ana Catarina da Costa Maia

Orientador: Professor Dr. Miguel Serra

Lisboa, Abril, 2014



PENSAMENTO

“ Para nos aperfeiçoarmos num ofício ou para adquirirmos conhecimento, dispomo-nos a gastar tempo, a estudar, a trabalhar. Reflectimos sobre o que é prioritário, sobre o que conta mais para nós e, então, envidamos os esforços necessários à realização desse objectivo ou dessa aspiração.”

(Dalai Lama)

DEDICATÓRIA

A todas as pessoas que, neste percurso, se cruzaram no meu caminho, porque deixaram um pouco de si e levaram um pouco de mim, contribuindo para o meu crescimento enquanto pessoa e enfermeira.

AGRADECIMENTOS

Ao Rudolfo, pela cumplicidade e pela presença nas horas da minha ausência.

À minha família, pela compreensão e apoio incondicional.

Aos amigos, que estiveram sempre presentes.

Ao professor Miguel Serra pela disponibilidade, orientação e dedicação no decorrer do projecto e relatório.

Aos meus colegas de turma pela amizade e companheirismo, especialmente à Celina, Patrícia e Sofia.

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

Aos enfermeiros orientadores pelos conhecimentos transmitidos, pela sabedoria e disponibilidade.

Às minhas colegas de trabalho; à minha chefe e à enfermeira directora pela compreensão, pelo apoio e disponibilidade para que pudesse realizar este meu percurso.

Aos cuidadores e às pessoas dependentes no autocuidado que juntamente comigo partilharam o palco dos cuidados, por existirem e por fazerem parte da minha caminhada.

Por fim, a mim mesma pelo desafio a que me propus concretizar.

A todos, o meu mais profundo e sincero agradecimento!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES- Agrupamento dos Centros de Saúde

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD- Actividades de Vida Diária

CER- Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

CF- Conferência Familiar

CI- Cuidadores Informais

DGS- Direcção Geral de Saúde

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DRFR- Departamento de Reeducação Funcional Respiratória

EBM- Escala de Barthel Modificada

EC- Ensino Clínico

EC CI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE- Enfermeiro Especialista

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EM- Esclerose Múltipla

IA- Instrumentos de Avaliação

INE- Instituto Nacional de Estatística

RE- Relatório de Estágio

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

OE- Ordem dos Enfermeiros

UCC- Unidade de Cuidados Continuados

RESUMO

Face ao envelhecimento da população em Portugal e à prevalência da doença crónica assiste-se, cada vez mais, a um maior número de pessoas dependentes no seu autocuidado. Pelas actuais políticas de saúde, bem como pela realidade social, constatasse que a pessoa com dependência no autocuidado permanece no seu domicílio, na sua comunidade. Mediante os estudos realizados no nosso país na última década, observasse que são os familiares, nomeadamente, os seus cônjuges ou filhos, que asseguram a maior parte dos cuidados relacionados com a higiene, alimentação, transferências e eliminação vesical e intestinal. Na maioria das vezes, os cuidadores vivenciam a experiência do cuidar pela primeira vez, isto é, o processo de transição para o papel de cuidador, um processo complexo, que incorre na alteração da sua vida, ocorrendo o fenómeno da sobrecarga do cuidador.

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, pelas competências definidas e regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros, intervém junto da pessoa e do seu cuidador para facilitar a transição para o papel de cuidador e a promoção do autocuidado, estabelecendo uma relação de parceria.

O presente trabalho explana o percurso que desenvolvi para promover o papel de cuidador da pessoa dependente no autocuidado. Para o efeito concorreram o projecto de formação anteriormente elaborado; a realização dos ensinamentos clínicos, com supervisão de enfermeiro especialista; a pesquisa bibliográfica; e o pensamento reflexivo. Os cuidados de enfermagem de reabilitação assentaram no treino e supervisão de técnicas específicas do autocuidado quer para o cuidador, quer para o seu familiar; a supervisão das mesmas; o suporte emocional e referência para os serviços da comunidade. No decorrer dos ensinamentos clínicos a relação de proximidade estabelecida, permitiu uma boa adesão dos cuidadores e dos seus familiares aos cuidados de enfermagem de reabilitação, que se manifestou pela aquisição de habilidades e desenvolvimento de estratégias de *coping* pelos cuidadores.

Palavras-Chave: autocuidado; dependência; cuidadores informais; transição; enfermagem de reabilitação

ABSTRACT

Given the aging population in Portugal and the prevalence of chronic disease are witnessing, increasingly, a larger number of dependent people in their self-care. By current health policies as well as the social reality, it determined that the person dependency in self-care stays in your home, in your community. Through studies conducted in our country in the last decade, observe who are the family, including their spouses or daughters, significant that ensure most related to hygiene, feeding, transfers and disposal bladder and bowel care. Most often, caregivers, experience the care for the first time, that is, the process of transition to the caregiver role, a complex process that incurs a change in their life, with the phenomenon of caregiver burden.

The nurse specialist in Rehabilitation Nursing whose skills defined and regulated by the Order of Nurses, intervenes with the person and their carer to facilitate the transition to the caregiver role and the promotion of self-care, establishing a partnership.

This work explains the way that I developed to promote the role of caregiver self-care-dependent person. To this end the training project competed previously prepared; the achievement of clinical teaching, supervised by specialist nurse; the literature; and reflective thinking. Nursing care rehabilitation became the training and supervision of specific techniques of self-care for the caregiver wants, either for your family; the supervision of the same; emotional support and referral services both for the community. In clinical the close relationship established teachings, allowed good adhesion of caregivers and their relatives to nursing rehabilitation, which was manifested by the acquisition of skills and development of coping strategies for caregivers

Keywords: self-care; dependence; informal caregivers; transition; rehabilitation nursing

ÍNDICE

Introdução	10
1. O percurso de desenvolvimento de competências	25
1.1 Competências Comuns do EE	27
1.2 Competências Específicas do EEER	35
2. Considerações finais.....	59
3. Referências Bibliográficas	62

Apêndices

Apêndice I – Projecto de Formação

Apêndice II – Cronograma dos Ensinos Clínicos

Apêndice III- Sugestão de áreas temáticas

Apêndice IV- Normas de avaliação da força muscular; tónus muscular e equilíbrio, elaboradas para a ECCI

Apêndice V- Formação em serviço

Apêndice VI – Base de dados para registo de avaliação (Exemplo)

Apêndice VII- Jornal de Aprendizagem

Apêndice VIII- Guião de colheita de dados para avaliação das necessidades dos CI

Apêndice IX- Resultados da colheita de dados/necessidades dos cuidadores

Apêndice X- Escala de Zarit e resultados da aplicação da escala aos CI

Apêndice XI- Guião de colheita de dados de Enfermagem de Reabilitação

Apêndice XII- Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Apêndice XIII- Manual do CI

INTRODUÇÃO

A realização do presente relatório de estágio compreende o percurso de aprendizagem que desenvolvi no decorrer da frequência do Mestrado na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, assente na abordagem reflexiva do desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

A problemática em análise, emanada do projecto de formação, anteriormente realizado, relaciona-se com a intervenção do EEER na promoção da transição para o papel de cuidador da pessoa com dependência no autocuidado (Apêndice I).

A escolha desta área temática reside na motivação pessoal, na medida em que, no meu exercício profissional nos cuidados de saúde primários, especificamente, na equipa de cuidados de enfermagem domiciliários, constato a existência de um número considerável de cuidadores de pessoas com dependência no autocuidado. Por outro lado, acredito que do ponto de vista social, a reflexão e evidência das estratégias de intervenção do EEER permitirá ganhos em saúde quer para a pessoa que vivencia o fenómeno de dependência no autocuidado, quer para os seus cuidadores. Importa referir, que a realização prévia do projecto de formação abordava a dimensão da transição para o papel de cuidador da pessoa dependente no autocuidado, após o evento do AVC (Acidente Vascular Cerebral), contudo face à realidade e características dos utentes admitidos na equipa de cuidados continuados integrados (ECCI), na qual realizei o ensino clínico (EC) de maior duração, houve a necessidade de reorientar a problemática do projecto. Assim, optei por abranger o fenómeno da dependência do autocuidado nas várias situações em que possa ocorrer, não circunscrevendo apenas ao fenómeno do AVC. No sentido de operacionalizar o projecto de formação e desenvolver as competências comuns e específicas proclamadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), realizei o EC na equipa de ECCI integrada numa unidade de cuidados na comunidade (UCC) do

agrupamento de centros de saúde (ACES) de Oeiras, no período de 12 semanas, visando a prossecução das actividades e objectivos emanados da problemática referida, em contexto comunitário. Para complementar o desenvolvimento de competências na área respiratória e as respectivas actividades relacionadas com esta área incluídas no projecto de formação, realizei o EC no departamento de reeducação funcional respiratória (DRFR), durante 6 semanas, o qual se caracteriza pela especificidade e exclusividade de planeamento e intervenção de cuidados de enfermagem de reabilitação (CER) à pessoa com alteração da função respiratória

Assente no princípio de que o desenvolvimento de competências na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação compreende as orientações constantes nos regulamentos emitidos pela OE a elaboração do presente relatório pretende:

- Constituir uma abordagem reflexiva da operacionalização dos objectivos e actividades emanadas do projecto de estágio desenvolvido anteriormente;
- Demonstrar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER, no decorrer EC realizados em dois contextos: o primeiro estágio desenvolvido no ACES de Oeiras, numa ECCI, integrada numa UCC, e no DRFR de um dos hospitais de Lisboa tendo por base na articulação de saberes técnico-científicos e da prática clínica, de acordo com o cronograma (Apêndice II).
- Demonstrar o percurso realizado ao longo dos EC no processo de tomada de decisão enquanto futura EEER.

No sentido de operacionalizar o caminho desenvolvido ao longo dos EC, os quais constituíram a etapa fundamental no processo de ensino-aprendizagem de desenvolvimento de competências enquanto futura EEER, o presente relatório de estágio foi desenvolvido com base na metodologia de pesquisa bibliográfica e em bases de dados como EBSCOHost seleccionando como fontes as bases de dados CINHALL Plus With Full Text, MEDLINE with Full Text e Cochrane Database of Systematic Reviews. A abordagem da problemática escolhida encontra-se estruturada da seguinte forma: a presente introdução que constitui o enquadramento conceptual em torno das temáticas da dependência no autocuidado e na transição para o papel de cuidador, tendo por base o pensamento de Orem e de Meleis, bem

como dos resultados da investigação na área problemática; o segundo capítulo que demonstra o percurso desenvolvido para o desenvolvimento de competências enquanto futura EEER, que se traduz na forma como planeei, prestei e avaliei os cuidados de enfermagem de reabilitação; e o último capítulo que consiste nas considerações finais sobre o percurso desenvolvido e as perspectivas futuras.

Segundo os dados estatísticos do INE (Instituto Nacional de Estatística) (2009), cerca de 49% da população portuguesa, com mais de 65 anos apresentava um índice de dependência total. Corroborando estes dados, Figueiredo (2007) refere que não obstante o facto de o envelhecimento ser um factor de influência na instalação da dependência, a sua ocorrência pode acontecer em qualquer altura do ciclo vital associado a estados de doença ou de acidentes. O estudo desenvolvido por Martins (2011), circunscrito ao concelho de Lisboa, com o objectivo de avaliar a dependência no autocuidado dos utentes inseridos em contexto familiar, através do instrumento desenvolvido por Duque no ano de 2009 na sua tese de doutoramento, demonstra que cerca de 20% a 30% da população apresentava níveis elevados de dependência no autocuidado nos domínios tomar banho; vestir e despir-se; transferir-se; elevar-se e virar-se, necessitando de ajuda total na realização do autocuidado.

De facto, o fenómeno da dependência no autocuidado constitui, quer para a pessoa quer para o seu cuidador, um evento de grande significado pessoal, familiar, económico e social. Em termos conceptuais, a dependência refere-se

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

De facto, a dependência não é um fenómeno novo, sempre existiram pessoas dependentes, constituindo um problema com implicações sociais, psicológicas, económicas, políticas e financeiras, não só para a pessoa dependente mas também

para quem tem que dispor do seu tempo para ajudar a cuidar da mesma, ou seja, o seu cuidador (Araújo, Paul & Martins, 2011).

Na análise dos fenómenos do processo de dependência no autocuidado, bem como a transição para o papel de cuidador escolhi a Teoria do Autocuidado de Orem e a Teoria das Transições de Meleis, como constructo teórico para delinear e fundamentar as intervenções do EEER junto da pessoa com dependência no autocuidado e o seu cuidador. De facto, o EEER surge, como um elemento fulcral no auxílio da pessoa, ser holístico, e da família na fase de transição à sua nova condição. Na medida em que o cuidar dos EEER abrange necessariamente a informação, a orientação e a capacitação dos doentes e familiares na doença, na reabilitação, na readaptação e na reinserção familiar, social e laboral, compete-lhes desenvolver intervenções que vão de encontro às necessidades dos cuidadores permitindo, assim, a recuperação da pessoa com dependência no autocuidado (Hesbeen, 2001). Numa outra perspectiva, o EEER no processo de reabilitação estabelece uma relação de parceria num *continuum* de cuidados, agindo como o perito na prestação de cuidados à pessoa, família e comunidade na prevenção e na resolução de problemas no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação, capacitando-a para a gestão da situação (Planeamento do 4ºCMEER, ESEL, 2013).

Neste sentido, é importante para o EEER desenvolver competências que facilitem a integração da pessoa com dependência, sendo que os seus familiares, ou pessoas significativas irão desempenhar um novo papel, ou seja, o de cuidadores. Mediante esta situação, cabe ao EEER a concepção de planos de intervenção para promover as capacidades adaptativas com vista ao autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010b). Por outro lado, os EEER pela especificidade do processo de dependência da pessoa e no seu seio familiar, assumem o dever de avaliar os aspectos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade, bem como ensinar a pessoa e ou cuidador técnicas específicas de auto cuidado (OE, 2010b).

No desenvolvimento de tais competências, importa o estabelecimento de uma relação de parceria com os cuidadores visando a promoção do seu exercício do seu

papel indo de encontro às necessidades por eles demonstradas. Assim, a escolha da realização do EC em contexto comunitário, numa ECCI; revestiu-se de enorme importância no percurso que desenvolvi, não só pelo contacto próximo com a pessoa e os seus cuidadores, mas também pelo cimentar da importância da intervenção no EEER na comunidade. De facto, quer as questões económicas, como a diminuição dos custos associadas à reabilitação em contexto comunitário, quer a multiplicidade de papéis que integra na sua intervenção, propiciam ao reconhecimento e legitimidade da intervenção do EEER (Hoeman, 2011).

De facto, a criação das UCC constituiu uma missão para:

“ prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família” (Decreto de Lei nº28/2008, artigo 10º, p. 1184). Contudo, nas respostas do sistema de saúde português persistem carências ao nível das soluções oferecidas pelas instituições de saúde e de apoio social aos cuidadores, sendo que as políticas de saúde estão mais direccionadas para a pessoa com dependência (Andrade, 2009).

Como refere Petronilho (2012), face ao envelhecimento da população bem como à prevalência crescente das doenças crónicas é necessário que as políticas de saúde actuais sejam orientadas para a responsabilização, envolvimento, mestria dos cidadãos e das famílias para cuidarem-se a si próprios no que concerne às actividades de vida diária (AVD) bem como na procura de comportamentos de saúde com base em esquemas terapêuticos, cuja definição deverá ser conjunta com os profissionais de saúde.

Assim, o autocuidado surge como um fenómeno de enfermagem de particular interesse para os EEER, sendo um resultado sensível aos cuidados de enfermagem como refere Doran (2011), na medida em que a capacitação da pessoa ou do seu cuidador para o autocuidado traduz-se em ganhos em saúde, com principal enfoque na sua qualidade de vida. Neste sentido, considereei a Teoria do Autocuidado de Orem para delinear as intervenções de enfermagem, enquanto EEER, junto da

pessoa com dependência e do seu cuidador. A escolha desta teórica está relacionada com o facto de que a pessoa, ao longo do seu ciclo vital, experiencia eventos críticos, como os processos de doença, e a sua capacidade na satisfação das necessidades de autocuidado pode estar comprometida, o que a leva a necessitar da ajuda de outra pessoa, nomeadamente do seu cuidador.

O autocuidado é definido como:

“a prática de actividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar”, sendo “uma acção deliberadamente realizada pelas pessoas para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes. (...) Os adultos cuidam de si mesmos de forma voluntária. Os recém-nascidos, as crianças, os idosos e os incapacitados, necessitam de ajuda total ou parcial nas actividades de autocuidado” (Orem, 2001, p.43).

Por sua vez, Meleis (2010) considera o autocuidado numa perspectiva educativa cognitiva e comportamental, como uma forma de contribuir para a aquisição de habilidades e conhecimentos, face às tomadas de decisão decorrentes de momentos de transição ao longo do ciclo de vida.

Nesta linha de ideias, Orem (2001), refere que a pessoa pode ser o agente de autocuidado, sendo que quando não apresentam esta capacidade e necessita que esse cuidado seja realizado por alguém que aceita essa responsabilidade, é denominado de agente dependente de cuidados. A este propósito, a mesma autora menciona na sua teoria a existência de requisitos de autocuidado, isto é, acções que são realizadas pela pessoa ou para a pessoa, com o objectivo de controlo dos factores que são negativos para o funcionamento e desenvolvimento humano, os quais se categorizam em requisitos universais de autocuidado (necessidades humanas básicas, comuns a todas as pessoas); requisitos de autocuidado de desenvolvimento (surgem mediante o estadio de desenvolvimento da pessoa, o ambiente onde se desenvolve e as mudanças que possam ocorrer no seu desenvolvimento); requisitos de autocuidado por desvio de saúde (surgem mediante o processo de doença, incapacidade ou tratamento). Neste contexto, quando a pessoa, mediante a situação de doença ou incapacidade, é incapaz de realizar as suas acções de autocuidado, as suas necessidades são superiores à capacidade de autocuidar-se, surgindo o défice de autocuidado, sendo que o seu cuidador actua como agente de autocuidado ao dependente. Assim, o enfermeiro, perante a

avaliação do défice de autocuidado otimiza a sua intervenção face às necessidades identificadas pelo cuidador da pessoa, ou seja, o agente de autocuidado (Orem 2001).

Com base neste pressuposto, o EEER poderá desenvolver uma intervenção junto da pessoa com dependência e do seu cuidador, tendo por orientação a teoria dos sistemas de enfermagem, apresentada por Orem (2001) cuja classificação poderá ser de sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e sistema de educação-suporte. Para o efeito, e segundo as premissas teóricas da mesma autora, cabe ao EEER: iniciar e manter uma relação terapêutica com a pessoa e o seu cuidador, até que este não necessite de cuidados; determinar como a pessoa pode ser ajudada, através dos cuidados de enfermagem; prescrever, proporcionar e regular a ajuda directa à pessoa e aos seus cuidadores; coordenar e integrar os cuidados de enfermagem na vida diária da pessoa com dependência no autocuidado e na do seu cuidador.

Assim, enquanto futura EEER é necessário que o processo de desenvolvimento de competências compreenda o envolvimento dos cuidadores da pessoa dependente no autocuidado, no sentido de desenvolver uma relação de parceria que vá de encontro às necessidades dos mesmos, pelo que é necessário perceber quem são os cuidadores e o que os caracteriza. De acordo com Sequeira (2007) o contexto da prestação de cuidados pode ser desenvolvido no âmbito do cuidado formal, enquanto actividade profissional, mediante uma preparação específica para o desempenho deste papel, sendo uma actividade remunerada realizada pelos cuidadores formais; e no âmbito do cuidado informal, no qual a prestação de cuidados fica sob responsabilidade dos elementos da família, dos amigos, vizinhos ou outros, ou seja os cuidadores informais (CI), sendo que os cuidados são prestados de forma não antecipada, não remunerada, podendo abranger a totalidade ou apenas uma parte dos mesmos.

No presente trabalho opto por abordar a problemática do CI no âmbito do cuidar da pessoa dependente no autocuidado. Os estudos realizados em Portugal e a nível internacional demonstram que os CI da pessoa dependente são, na sua

maioria, um dos cônjuges, ou um familiar, neste caso os filhos, pela dinâmica de tradição relacional familiar que lhes incute o compromisso de cuidar dos pais (Martins, 2002; Lage, 2007; Shyu, 2000); em relação ao género, na maioria, os cuidados são prestados por mulheres, embora os estudos mais recentes evidenciem que os homens começam a assumir o papel de CI (Pereira, 2011; Leonardo, 2011). Em termos de actividade profissional, os estudos salientam que a maioria dos CI encontram-se em idade activa ou na situação de reforma e em faixas etárias semelhantes à pessoa que cuidam (Martins, 2002; Imaginário, 2004).

Neste sentido, a problemática da dependência no autocuidado é cada vez mais um fenómeno sensível aos cuidados de enfermagem, pois incorre numa alteração do bem-estar da pessoa na realização das suas AVD na sua qualidade de vida, bem como na readequação dos papéis no seio familiar e relacional. Como tal, o envolvimento dos cuidadores no processo de reabilitação constitui uma preocupação considerável, pois:

“à medida que o doente transita da reabilitação hospitalar para a comunidade, o envolvimento dos cuidadores na reabilitação torna-se cada vez mais importante. O treino formal aos cuidadores na prestação de cuidado reduz os custos em meios humanos e melhora a qualidade de vida”.

Fonseca, Henriques, & Ferro (2008, p. 77):

Assim, a experiência para a pessoa com dependência no autocuidado, implica que o mesmo seja iniciado pelos seus CI, os quais se assumem, simultaneamente, como agente de autocuidado do dependente, à luz da teoria do autocuidado de Orem, e o papel de prestador de cuidados, como é explanado na teoria das Transições de Meleis. Perante esta situação, importa reflectir de que forma os EEER intervêm junto dos cuidadores da pessoa dependente no autocuidado para promover a transição para o papel.

O conceito de transição encontra-se intimamente ligado à Teoria das Transições, introduzido por Schumacher & Meleis (1994), o que propiciou uma estrutura teórica para a disciplina de enfermagem, o qual é definido como

“ uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro (...) refere-se a ambos os processos e resultados de uma interacção entre pessoa e

ambiente. Pode envolver mais do que a pessoa e o seu envolvimento no contexto e na situação” (p. 256)

As mudanças na vida das pessoas geram processos de transição, tornando-as mais vulneráveis. Assim, este conceito constitui um novo modo de perspectivar o cuidar da pessoa, no decurso das diferentes etapas da sua vida, influenciando o seu processo de transição ao centrarmos as nossas intervenções na mesma e nas suas reais necessidades (Meleis, Sawyer, Eun-Ok, DeAnne, & Schumacher, 2000). As transições podem ser de três tipos: desenvolvimento (ocorrem ao longo do ciclo de vida), situacionais (são vivenciadas na alteração de papéis em contexto profissional ou educacional) e saúde-doença (o impacto no indivíduo e família têm sido explorados em inúmeros contextos). Contudo, Meleis (2010), após uma revisão da literatura, adiciona a categoria de transições organizacionais que podem ocorrer ao nível individual, entre duas pessoas, ao nível familiar ou ao nível do local em que trabalham e seus clientes.

Efectivamente, o processo de transição é único pelas variáveis pessoais e contextuais da pessoa e, só é passível de compreensão na perspectiva de quem a experiencia (Meleis, Sawyer, Eun-Ok, DeAnne, & Schumacher, 2000). Por outro lado, a natureza das transições sugere a necessidade dos enfermeiros considerarem o modelo de todas as transições significativas na vida da pessoa singular ou da família, em vez de focalizarem-se apenas num único tipo de transição.

Em 1994, Schumacher & Meleis, identificaram alguns factores que atuam sobre o processo da transição, nomeadamente os significados, expectativas, nível de conhecimento e capacidades, ambiente, nível de planeamento e bem-estar emocional e físico. Ainda na perspectiva da autora, as condicionantes acima referidas são comuns a todas as experiências de transição, independentemente do seu tipo. Meleis, Sawyer, Eun-Ok, DeAnne, & Schumacher (2000), definiram três principais tipos de condições de transição facilitadoras e inibidoras: pessoais, comunitárias e sociais.

Relativamente às condições pessoais, distinguem-se os significados atribuídos aos eventos que precipitaram a transição; as crenças e atitudes, quando

um estigma está associado a uma transição, podem influenciar a expressão das emoções relacionadas com a transição; o *status* socioeconómico; a preparação prévia para a experiência de transição e o conhecimento sobre o que se pode esperar durante o tempo da transição. Nas condições comunitárias diferenciamos a existência de apoio social ou de recursos instrumentais e nas condições sociais o apoio dos familiares e a representação social face à mudança, como condições facilitadoras e/ou inibidoras das transições (Meleis, Sawyer, Eun-Ok, DeAnne, & Schumacher, 2000).

No caso dos CI, os mesmos vivenciam uma transição do tipo situacional, pois adquirem um novo papel. A transição para o papel de cuidador tem por base um conjunto de factores motivacionais e de contexto, sendo que a forma como vivencia o processo de transição permitem ao EEER compreender a sua tendência para a saúde ou para a vulnerabilidade e risco (Meleis, Sawyer, Eun-Ok, DeAnne, & Schumacher (2000).

Assim, na análise do processo de transição é importante observar a experiência vivida pela pessoa e compreender todo o processo na sua perspectiva. Deste modo, Meleis, Sawyer, Eun-Ok, DeAnne, & Schumacher (2000) referem-se à existência de alguns padrões de resposta, que se subdividem em dois tipos de indicadores – processuais e de resultado – e que auxiliam a avaliação dos enfermeiros. Estes permitem ao enfermeiro visualizar a tendência dos seus clientes para a saúde ou para a vulnerabilidade e risco, possibilitando uma intervenção precoce e célere. No que concerne aos indicadores processuais, estes situam-se em quatro níveis essenciais: sentir-se e estar ligado, interacção, sentir-se situado e desenvolvimento da confiança e do *coping*. O sentir-se e estar ligado, reforça a importância das relações e dos contactos que se mantêm ou que se iniciam com os diversos intervenientes do meio envolvente, sendo importantes na supressão das necessidades de informação das pessoas e na prevenção do isolamento social (Schumacher & Meleis, 1994). Assim, os mesmos autores referem que o sentir-se ligado com o profissional de saúde constitui um indicador positivo na transição. A interacção analisa os estilos de comportamento que se desenvolvem entre os diversos elementos envolvidos no processo de transição, destacando-se o clima de

entreadjuada, colaboração e compreensão como indicadores de uma transição saudável (Schumacher & Meleis, 1994). O sentir-se situado é ser parte integrante do contexto em que se encontra inserido e implica a criação de novos significados e percepções, exigindo a reformulação das significações da própria pessoa em relação ao ambiente que a envolve (Meleis, Sawyer, Eun-Ok, DeAnne, & Schumacher, 2000). Esta reformulação remete-nos para a noção de adaptação ao meio envolvente ou, segundo referido por Meleis, Sawyer, Eun-Ok, DeAnne, & Schumacher (2000) para o desenvolvimento de confiança e *coping*, que se manifesta por sentimentos de segurança face à transição e pelo reconhecimento dos seus pontos fortes e recursos disponíveis, vivenciando assim uma melhor adaptação ao meio. Do trabalho desenvolvido pelos mesmos autores emergiram dois indicadores de resultados: a mestria (a conclusão do processo de transição é demonstrada pela mestria e competências desenvolvidas para gerir a nova situação); e o desenvolvimento de uma identidade flexível e integrada (ocorre quando se verifica uma integração da experiência de transição).

Neste sentido, importa compreender que a transição para o papel de cuidador da pessoa com dependência no autocuidado constituiu um momento exigente, no qual os EEER têm um papel fundamental na compreensão das necessidades dos CI.

O estudo desenvolvido por Shyu (2000) nos EUA, conclui que as principais necessidades dos cuidadores, relativamente aos profissionais de saúde, se centram em necessidades de suporte emocional, na aquisição de habilidade e competência para cuidar dos seus familiares, na informação para a vigilância em saúde e conhecimento sobre os recursos disponíveis na comunidade. No mesmo estudo, estão descritas três fases pelas quais os cuidadores passam, aquando do processo de transição para o desempenho do novo papel: a fase de envolvimento, a fase de negociação e a fase de estabilização. Em cada fase estão descritas as necessidades específicas sentidas por parte dos prestadores de cuidados, as quais são susceptíveis de intervenção por parte dos profissionais de enfermagem, nomeadamente os enfermeiros de reabilitação. A fase de envolvimento corresponde ao momento em que a pessoa ainda se encontra no internamento, surgindo antes da

alta hospitalar, em que os CI demonstram necessidades relativas à condição de saúde do seu familiar; ao controlo de sintomas; ao cuidar instrumental, ou seja, prestar cuidados no âmbito da higiene, transferências, posicionamentos, alimentação e eliminação; e gerir eventos que possam ocorrer. A fase seguinte, a fase de negociação, ocorre após a alta e é caracterizada pela adaptação ao seu novo papel de CI, sendo que, tal como na fase de envolvimento, continuam a necessitar de informação, embora mais direccionada para a execução do cuidar instrumental, no sentido de desenvolverem competências nesta dimensão, mas também é caracterizada pela necessidade de ensinamentos relacionados com o lidar das emoções da pessoa; por fim a fase de estabilização é caracterizada pela adaptação e estabilização do papel de cuidador, demonstrando necessidades de suporte emocional para continuar a exercer o seu papel.

No estudo desenvolvido por Turner, Fleming, Ownsworth, & Cornwell (2008), é referido que existem vários factores que influenciam o processo de transição para o papel de cuidador, no regresso a casa da pessoa dependente nomeadamente: o seu estado emocional; o seu bem-estar psicológico; capacidade para compreender a informação; e capacidade para procurar suporte social e técnico. Em relação às necessidades demonstradas pelos CI estas compreendem o saber cuidar instrumental, nomeadamente: a alimentação e cuidado com a SNG; a realização de posicionamentos e levante; os cuidados de higiene e vestuário; realizar aspiração de secreções; cuidados de eliminação vesical (cuidados com a algália); medicação; utilização de ajudas técnicas; e o cuidar emocional, ou seja, o saber lidar com o familiar, apoio emocional, estratégias de relaxamento e postura (Araújo, Paúl & Martins, 2008; Pereira & Silva, 2012). Contudo, importa mencionar que o processo de transição para o papel de prestador de cuidados é uma experiência vivenciada de forma diferente por cada cuidador, sendo que:

“apesar de em todos os cuidadores familiares apresentarem uma trajectória semelhante, os significados atribuídos ao exercício do papel traduziram para uns uma experiência compensadora, para outros uma experiência desgastante, no entanto, quer durante o internamento, quer em casa imperou a consciência de ser uma experiência absorvente e difícil pelo impacte que o exercício do papel teve no quotidiano de vida, na saúde e bem-estar do cuidador” (Pereira & Silva, 2012, p. 52) .”

Neste sentido, compreender de que forma os cuidadores vivenciam o processo de transição da pessoa com dependência em contexto domiciliário, permite ao EEER o estabelecimento de uma relação de suporte com o CI possibilitando ao cuidador *sentir-se ligado* com o profissional de saúde o que constitui um indicador positivo na transição, traduzindo o desenvolvimento da confiança no exercício do seu papel e a adopção de mecanismos e estratégias de *coping*, os quais representam os indicadores de resultado (Meleis, 2010). A facilitação da experiência de transição pode ser traduzida através da implementação de três intervenções principais, destacadas por Meleis (2010): avaliação da preparação, o papel de suplementação e a preparação. A avaliação da preparação corresponde a um esforço multidisciplinar, implica uma compreensão abrangente do cliente e requer uma avaliação das condições anteriormente descritas do processo de transição, com objectivo último de elaborar um perfil de preparação do cliente, cuja implementação não se circunscreve apenas ao início, mas sempre que possível e necessário e ao longo de todo o processo de transição. Relativamente ao papel de suplementação, a autora considera que os enfermeiros clarificam e promovem o desenvolvimento de novos conhecimentos e competências dos seus clientes e famílias em relação aos novos papéis e às novas relações que se estabelecem, quer sejam situações expectáveis ou não. Na última intervenção, a educação e surge como a modalidade primária para criar condições ideais na preparação das transições.

No sentido de promover a transição para o papel de CI podem ser implementadas estratégias para ajudar o prestador de cuidados da pessoa dependente, a assumir de forma saudável o seu papel nomeadamente: estabelecer uma parceria com o cuidador para partilharem estratégias; identificar quais os conteúdos e preocupações em que o cuidador está disposto a trabalhar, mesmo durante o internamento; ajudar o cuidador a encontrar força e gratificação no seu papel de cuidador ajudar o cuidador a encontrar e a utilizar os recursos da comunidade; ajudar o cuidador a identificar e gerir as suas respostas físicas e emocionais decorrentes do exercício do papel; utilizar sempre uma abordagem interdisciplinar para com a família (Messecar, 2012). Por sua vez, Turner, Fleming, Ownsworth, & Cornwell (2008), referem como estratégias de intervenção, que podem ser adoptadas pelo EEER: o programa de suporte após a alta hospitalar;

programas/serviços que permitam ao cuidador a vivência da transição ao longo do processo.

Na verdade, actualmente existem vários estudos que demonstram a importância relacionada com a transmissão da informação no âmbito do cuidar instrumental, apoio em termos sociais, o que torna pertinente sob o ponto de vista social a realizar deste projecto de formação assentado nesta temática. Lui, Lee, Greenwood, & Ross (2012) concluíram no seu estudo que os enfermeiros que desenvolvem a sua actividade junto dos CI da pessoa após o AVC assumem um papel fundamental no apoio para a resolução de problemas iniciado pelos cuidadores, sendo evidente uma relação entre esta capacidade e sentimentos de bem-estar, com diminuição de ansiedade e depressão. Shyu, Kuo, Chen, & Chen (2010, p. 1670), referem no seu estudo que a aplicação do programa denominado “*Caregiver-oriented intervention programme*”, destinados aos cuidadores da pessoa após o AVC após 12 meses do regresso a casa, teve resultados benéficos para os cuidadores, nomeadamente em termos de qualidade de vida. Para a pessoa na fase de sequelas de AVC, o mesmo estudo demonstrou ocorrer uma diminuição do número de reinternamentos, 6 meses após a alta hospitalar.

No seu estudo Temize & Gozum (2012), onde aplicaram as escalas, “*Caregiving difficulty determining scale*”; “*Caregiving knowledge level scale*”; “*The Zarit caregiver burden scale*” referem que no período de 1 semana, 1 mês e 3 meses após o regresso casa dos seus familiares após o AVC, existem benefícios no treino do cuidar instrumental pelos enfermeiros aos cuidadores no ambiente familiar, na realização de telefonemas e visitas domiciliárias de monitorização, nomeadamente: níveis diminuídos de sobrecarga do cuidador; melhor qualidade e maior facilidade na realização dos cuidados, concluindo que após a alta hospitalar os utentes e seus cuidadores não devem contar apenas com os seus próprios recursos nesta fase.

Por sua vez, Perrin, et al. (2010) referem que no período de 3 meses após a implementação do programa “*Transition Assistance Program for stroke caregivers*” constituído por treino de desenvolvimento de capacidades de cuidar instrumental; educação e suporte de problemas, ocorreu uma redução do *stress* e sintomas de depressão do cuidador, ocasionando uma sensação de bem-estar. Para a pessoa

cuidada, o mesmo estudo refere que o desenvolvimento do programa acima referido, junto dos seus cuidadores, permitiu uma melhoria da capacidade funcional, considerando contudo, que esta observação tem carácter subjectivo, dada a ausência de tratamento estatístico dos dados.

Portanto, o planeamento e intervenção de cuidados de enfermagem de Reabilitação que cabe ao EEER junto da pessoa com dependência no autocuidado e o seu cuidador requerem uma relação de parceria e empenho mútuos, que salvaguarde a qualidade de vida de ambos.

1. O PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Aquando da definição do projecto de formação fez-me sentido, não só compreender e desenvolver competências como futura EEER através do planeamento das intervenções direccionadas para o cuidador da pessoa com dependência no autocuidado, em contexto domiciliário, incluindo, de igual forma a pessoa com dependência, mas igualmente desenvolver competências e o processo de tomada de decisão enquanto futura EEER em contexto hospitalar, na área da RFR.

Assim, numa primeira fase do EC optei pela sua concretização numa equipa de ECCL, inserida numa UCC do ACES de Oeiras, como referi anteriormente, o qual traduz o percurso de desenvolvimento de competências e a operacionalização do projecto de formação, que foi readequado ao contexto de EC, nomeadamente os objectivos e as actividades delineadas no mesmo que concorreram o efeito.

A equipa de ECCL, integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), é

“ da responsabilidade das Unidades de Cuidados na Comunidade dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), cfr. n.º 4 do art. 11º do DL nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, direccionam a sua intervenção multidisciplinar a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento.”, (Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados, 2011, p. 10), e, simultaneamente, vai de encontro aos objectivos da RNCCI nomeadamente:

“a melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; a manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de perder, no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida (...); e o apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados. (Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados 2011, p. 8)

A equipa de ECCI onde desenvolvi o EC é constituída por 25 vagas para ingresso de utentes da área de abrangência da UCC, que integra várias freguesias, os quais devem reunir os requisitos para a admissão na RNCCI, cuja referenciação é realizada através do médico, enfermeiro e técnica de serviço social do centro de saúde onde os utentes se encontram inscritos. A ECCI é uma equipa multidisciplinar, sendo constituída por duas médicas, duas enfermeiras generalistas, três EEER, uma psicóloga e uma técnica de serviço social, sendo o papel de gestor de caso de cada utente atribuído ao enfermeiro.

De acordo com OE (2009, p.22 e 23), as equipas de ECCI devem estar dotadas de EEER: “*porque se dirige essencialmente á recuperação e á adaptação ou manutenção funcional da pessoa, ao treino do prestador de cuidados com o objectivo de preparar o regresso a casa, de que resultam ganhos em saúde significativos*”.

Correlacionando esta premissa com as competências específicas do EEER, o qual concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas, considero que a minha incursão na referida ECCI revestiu-se de um momento de aprendizagem e desenvolvimento de competências, articulando os saberes teóricos com os de índole prática.

Para a consolidação das competências do EEER, numa segunda fase, desenvolvi o EC no DRFR, de um dos hospitais de Lisboa, o qual tem como objectivo proporcionar cuidados especializados à pessoa com patologia respiratória, ao nível da prevenção e tratamento. O EEER inserido na equipa multidisciplinar presta cuidados especializados à pessoa com alteração da função respiratória, quer a nível de internamento dos restantes serviços do hospital, quer em regime de ambulatório onde se insere o DRFR.

Em contexto de internamento os casos agudos mais frequentes são os de pneumonia; atelectasia e derrame pleural, os quais requerem cuidados de enfermagem de reabilitação, nomeadamente de reeducação funcional respiratória. No DFRF em regime de ambulatório o EEER desenvolve a sua intervenção junto da pessoa com doença crónica, sendo as mais frequentes a Doença Pulmonar

Obstrutiva Crónica (DPOC) e a Fibrose Quística, numa perspectiva de prevenção de complicações, nomeadamente, as infecções respiratórias recorrentes, a exacerbação de fenómenos de dispneia e sensação de fadiga.

No sentido de uma melhor compreensão do desenvolvimento de competências que me propus a desenvolver, optei o desenvolvimento e operacionalização das actividades emanada do projecto de formação, tendo por base as competências comuns do EE (Enfermeiro Especialista) e posteriormente, as competências específicas do EEER.

1.1 Competências Comuns do EE

As competências comuns do EE são

“partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2010^a, p.2)

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

Assim, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, considero que ao longo dos EC os CER que planeei e implementei à pessoa, e ao seu CI, assentaram no respeito pela sua autonomia e privacidade, tendo como premissa base o processo de tomada de decisão sustentada no saber técnico-científico dos cuidados e no estabelecimento de uma relação de parceria com a pessoa quer com o seu cuidador.

De facto, os EC realizados pautaram-se pelo respeito da pessoa e os CI tendo por base a deontologia profissional, que reflecte o conjunto de deveres que orienta o exercício profissional dos enfermeiros, a qual é contemplada no código deontológico dos enfermeiros e se assume como um pilar essencial na prática dos EEER pois visa o respeito pelos direitos dos cidadãos e das comunidades a quem

se dirigem os cuidados de enfermagem, bem como as responsabilidades que a profissão assumiu (Nunes & Gonçalves, 2005).

No caso do EC realizado na equipa de ECCI, o facto de os cuidados serem prestados em contexto domiciliário, cimentou a consciencialização de que a relação que estabeleci com a pessoa e os seus CI revestiu-se de dinâmica especial e única, na qual a proximidade existente entre todos implica o respeito pelo espaço e necessidades de cada um, sendo um processo de reajustes emocionais importantes e mutáveis, face a complexidade de cada situação. De facto, o alicerce dos cuidados domiciliários caracteriza-se pela inter-relação estabelecida entre os enfermeiros, a pessoa, e o seu ambiente familiar e social, o qual se reveste de um espaço onde a promoção da proximidade entre todos é uma realidade, sendo uma interacção de natureza pessoal e privada (Duarte, 2010).

No caso do EC na ECCI tomo como exemplo a realização de conferências familiares (CF). As CF constituem uma dinâmica de intervenção presente nas ECCI, que embora mais direccionadas para a pessoa e os seus cuidadores em cuidados paliativos, podem ser mobilizadas para os cuidados de ER, a qual tem por base a definição de objectivos e a um plano de intervenção permitindo não só orientar, sustentar e maximizar a eficácia das intervenções psicológicas assim como apoiar as famílias quando escasseiam os seus recursos para lidar com determinadas situações (Neto, 2003). No decurso do EC tive a oportunidade de participar em três conferências, familiares distintas, que não obstante o facto de terem objectivos similares (diminuir o efeito da sobrecarga do cuidador e minimizar os conflitos familiares) a forma de intervenção teve em conta a realidade de cada situação familiar (Hudson, Quinn, O'Hanlon, & Aranda, 2008).

Assim, na fase preparatória da CF os objectivos foram personalizados para o contexto familiar específico, tendo sido pensado no seio da equipa multidisciplinar em reunião de ECCI, os participantes da CF e o local onde iria decorrer. Tendo em conta, que o EEER assume a competência de gestor de caso, tive a oportunidade de conduzir uma das três conferências familiares em que participei, nas quais partindo do objectivo de diminuir a sobrecarga do cuidador, a minha intervenção incidiu na orientação do cuidador para os recursos existentes na comunidade; na análise dos pontos fracos e fortes do papel associado ao cuidar; bem como na definição de

estratégias a adoptar. A presente experiência constituiu um elemento fundamental no processo de desenvolvimento de competências enquanto futura EEER e na promoção de uma transição saudável para o papel de cuidador, pois constatei que a ocorrência das CF constituía para os CI um momento, em que fora do seu contexto domiciliário e familiar, a expressão das duas necessidades, dúvidas e medos ocorria de forma natural, sem pressão. De facto, os CI referiram que nas CF se sentiam mais à vontade do que em suas casas, pois tinham receio que o seu familiar se apercebesse da situação e ficasse constrangido.

Neste percurso, foi, igualmente, importante o contributo dos EEER no processo de supervisão clínica, da equipa de enfermagem e a restante equipa multidisciplinar, tendo permitido e facilitado o conhecimento da estrutura e organização de cada contexto onde desenvolvi o EC. A disponibilidade para o fornecimento de manuais e consulta de processos institucionais possibilitaram a integração nos dois campos de EC, o que ocasionou a sensação de acolhimento e sentimento de pertença das equipas.

No domínio da melhoria da qualidade dos cuidados considero que ao longo dos EC tive oportunidade de desenvolver actividades que concorreram para o desenvolvimento de competências neste domínio. De facto, durante os EC a promoção de um ambiente seguro e terapêutico quer para os utentes, quer para os seus cuidadores, nos diferentes contextos da prestação de cuidados, ou seja, no domicílio ou em ambiente hospitalar constitui um elemento basilar

De facto, em contexto de estágio na equipa de ECCI tive a oportunidade de colaborar com o EEER orientador na fase inicial da implementação de projecto, em contexto comunitário, na área específica de ER. Para esta actividade concorreram a análise dos dados estatísticos do Perfil de Saúde de Oeiras, desenvolvido por Oliveira (2009), relativos ao ano de 2009, tendo sido sugeridas actividades no âmbito da intervenção do EEER promoção da acessibilidade da pessoa idosa com incapacidade funcional/mobilidade reduzida no domicílio e Intervenção do EEER na promoção do bem-estar e autocuidado da pessoa idosa com DPOC (Apêndice III).

No decorrer do EC realizado na equipa de ECCI com vista a, por um lado, conceber e colaborar na melhoria contínua da qualidade, conforme o preconizado pela OE (2011) e por outro colmatar a necessidade da equipa na definição de normas de avaliação específicas para os cuidados de ER propus a elaboração das mesmas (Apêndice IV). Após ter identificado, juntamente com o EEER orientador, a importância de serem implementados instrumentos de avaliação (IA) que permitissem uma avaliação criteriosa e segura dos parâmetros da avaliação da força muscular; tónus muscular; equilíbrio, enquadradas na neuroavaliação, e AVD, efectuei a revisão da literatura relativa aos IA validados ou utilizados em estudos realizados em Portugal, tendo sido escolhidas as seguintes escalas: Escala de avaliação da força muscular de *Medical Research Council*; *Escala de Ashworth Modificada*; *Escala de Equilíbrio de Berg* e *Escala de Barthel Modificada* (EBM).

O objectivo da elaboração das normas, tendo por base os IA, não só contribui para a mensuração da evolução dos utentes seguidos pela equipa da ECCI, mas igualmente demonstra a qualidade dos cuidados prestados e os ganhos em saúde. De facto, a ER enquanto área específica da enfermagem exige conhecimentos específicos, a nível técnico e conceptual, pelo que necessita de instrumentos de avaliação da qualidade precisos. (Gomes, Martins, Gonçalves, Fernandes, 2012). Assim, a avaliação conjunta da força muscular, do tónus muscular, do equilíbrio e das AVD, nomeadamente as básicas e instrumentais, vai de encontro à premissa de que os IA utilizados nos CER incluem e combinam parâmetros de funções orgânicas, de actividade e participação, com vista a promoção do autocuidado da pessoa (Padilha et al, 2001; Hoeman, 2011).

Para complementar esta actividade realizei uma sessão formativa para a equipa de ECCI com o objectivo de enquadrar, sob o ponto de vista teórico e científico a adequabilidade da utilização de IA e a sua inclusão nas normas elaboradas, bem como apresentar estudos desenvolvidos na disciplina científica de enfermagem, nos quais foram aplicados os IA escolhidos (Apêndice V). Importa salientar que a equipa de ECCI dispõe do sistema de informação SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) onde são efectuados os registos dos cuidados de enfermagem, que embora contemple a avaliação dos parâmetros anteriormente

referidos o recurso a IA para a força muscular e tónus muscular ainda não é uma realidade. Assim, como complemento procedi à elaboração de base de dados em formato *Excel* que contemplasse os IA referidos, cujo objectivo reside na facilitação da introdução dos scores atribuídos e análise precisa e concisa dos mesmos ao longo do tempo de intervenção do EEER (Apêndice VI).

A realização desta actividade foi bem aceite e vista como elemento de mudança para a equipa de ECCI, visto que face ao actual momento de reestruturação do ACES e do próprio serviço nacional de saúde torna-se imperativo dar visibilidade aos ganhos em saúde que derivam da qualidade dos cuidados de enfermagem em geral, e neste caso particular dos CER.

Relativamente ao domínio da gestão dos cuidados, considero que nos EC realizados o desenvolvimento das competências nesta área baseou-se, essencialmente, na capacidade de gerir os cuidados, optimizando as repostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados. Em ambos os EC no planeamento dos cuidados de ER, a sua implementação e respectiva avaliação foi importante gerir os mesmos tendo em conta os recursos disponíveis, humanos e materiais, respeitando a metodologia da prática de cuidados implementada por cada equipa onde estagiei.

Na fase inicial dos EC foi fundamental a presença doo EEER enquanto elementos facilitadores e integradores do processo de tomada de decisão que desenvolvi. No caso do EC na ECCI, o EEER assumia a função de gestor de caso de 5 utentes que se encontravam a ser acompanhados pela equipa, sendo da sua responsabilidade, quer a implementação do programa de intervenção com o objectivo de potenciar o autocuidado da pessoa e o possibilitar aos prestadores de cuidadores a assunção do seu papel, quer a delineação temporal para a implementação e avaliação dos cuidados de ER.

Assim, no início do EC na ECCI os CER, que concretizavam o programa de intervenção, eram assegurados pelo EEER sendo que a reflexão e introdução de novas metodologias eram realizadas em conjunto. Posteriormente, a partir da

terceira semana de EC fui adquirindo maior autonomia e capacidade de processo de tomada de decisão tendo assumido a responsabilidade de gestora de caso de dois utentes, sob supervisão do EEER, o qual consistiu na redefinição do programa de intervenção; na convocação, preparação e realização de CF, como referi anteriormente; bem como a apresentação e discussão dos programas de intervenção redefinidos em duas reuniões da equipa multidisciplinar.

No que respeita ao EC realizado no DRFR, cuja metodologia de intervenção do EEER, foi anteriormente explanada, após a distribuição dos utentes por cada enfermeiro, planeava conjuntamente com o EEER os cuidados de ER em função das necessidades de cada utente; da sua evolução clínica e das características do serviço onde o utente se encontrava, como por exemplo, se no serviço de Medicina ou na Unidade de Cuidados Intensivos.

Tendo em conta que a situação clínica actual de cada utente era conhecida aquando da chegada do EEER do DRFR, ao serviço de internamento do utente, de forma antecipatória realizava a consulta de análises bioquímicas e exames complementares de diagnóstico (raio-X; ecografia; e tomografia computadorizada, no DRFR; no sentido de perceber a evolução do utente e perspectivar determinadas intervenções. Contudo, aquando da observação do utente, através do exame físico (estado de consciência, auscultação pulmonar, sinais vitais); da sua capacidade de colaboração; bem como da partilha de informação com os enfermeiros do serviço onde o utente se encontrava, os CER eram planeados e implementados de forma efectiva.

Assim, e tal como no EC na equipa de ECCI, na primeira semana de estágio era o EEER que prestava os CER sendo que o planeamento e a avaliação da intervenção realizada resultava de reflexão conjunta. À medida que o EC decorreu a aquisição de autonomia e desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão foi construída, sendo que o planeamento, intervenção e avaliação das intervenções eram realizados por mim.

De facto, o EE, no âmbito da gestão dos cuidados, desenvolve o processo de tomada de decisão relativa aos mesmos, tendo por base o julgamento clínico, conceito abordado por Tanner (2006) o qual se caracteriza por ser deliberado, complexo e flexível. Deliberado pois implica a interpretação ou conclusão sobre as necessidades, preocupações, ou problemas de saúde, e/ou a decisão de agir, modificar abordagens *standards*, ou improvisar outras, julgadas como apropriadas face às resposta do utente. Flexível pois requer capacidade diferenciada para reconhecer determinado aspecto clínico indefinido, bem como interpretar o seu significado e responder de forma adequada. Complexo na medida em que envolve a complexidade da situação clínica e dos padrões de resposta típicos de cada situação, tal como Meleis (2010) menciona, bem como o contexto onde os cuidados são prestados, dos quais salientam-se a dotação do número de enfermeiros e a prioridade de alta clínicas.

No que concerne ao domínio das aprendizagens profissionais, considero que, ao longo dos EC, desenvolvi competências para demonstrar capacidade de autoconhecimento que é central na prática de enfermagem, tendo em conta, que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, relevando a dimensão de SI e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional (OE, 2011).

De facto, a mobilização dos conteúdos teóricos e científicos para o contexto dos cuidados prestados nos EC resultou do aprofundamento e revisão de conteúdos desenvolvidos ao longo dos semestres anteriores, quer de índole específica de ER quer de outras unidades curriculares.

Assim, a prática reflexiva, elemento fundamental para o desenvolvimento desta competência, foi concretizada ao longo dos EC não só pela realização de reflexões semanais, mas também através de diários de aprendizagem. A elaboração dos referidos jornais de aprendizagem foi sustentada numa metodologia de reflexão estruturada, tendo por base o ciclo reflexivo de Gibbs (Apêndice VI) De facto, a reflexão estruturada em torno dos cuidados constitui um meio que contribui para a qualidade dos cuidados, pois é um processo de análise consciente e dinâmico,

baseado numa acção voluntária e intencional, implica a procura de nova evidência para sustentar o novo modo de pensar e agir, uma nova capacidade de aprender tendo por base a experiência (OE 2010, Santos & Fernandes 2004).

A operacionalização da prática reflexiva, em torno de situações concretas, com diferentes níveis de complexidade, foi enriquecedora não só a nível formativo, e profissional, mas também pessoal. Tendo em conta a singularidade de cada utente e sua família, na promoção do autocuidado face à situação de défice do mesmo, bem como na facilitação da transição para o papel de cuidador a realização das reflexões e diários de aprendizagem permitiram um olhar aprofundado sobre aspectos inerentes aos cuidados de ER, como por exemplo, a motivação como influência para o autocuidado, estratégias de *coping*, e meios de comunicação alternativa entre a pessoa e o seu cuidador.

Como tal, acredito e corroboro com Santos & Fernandes (2004), que a prática reflexiva permite ao enfermeiro a construção do saber sustentado no raciocínio do agir e na consciência do processo de tomada de decisão, os quais se traduzem no saber-fazer, saber-saber e saber-estar enquanto futura EEER.

No caso específico do EC realizado na ECCI saliento o conhecimento relativo à reorganização dos centros de saúde no novo modelo de ACES, bem como a compreensão do funcionamento da RNCCI, nomeadamente: as diferentes respostas que oferece (Unidades de Convalescença; Unidades de Média Duração e Reabilitação; Unidades de Longa Duração e Manutenção; Unidades de Cuidados Paliativos; Unidades de Dia e Promoção da Autonomia; Equipas de Cuidados Continuados Integrados; e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos); os critérios de referenciação à ECCI e respectivas unidades da rede; a apresentação da plataforma informática e processo de referenciação à equipa de coordenação local; o processo de admissão dos utentes na ECCI onde constam os diferentes registos a realizar pelos elementos da equipa de ECCI na plataforma informática, bem como a sua periodicidade; e o processo de referenciação ou transferência de utentes da ECCI para uma outra unidade da rede, caso se justifique.

1.2 Competências Específicas do EEER

A intervenção do EEER, no domínio das suas competências específicas compreende a promoção do diagnóstico precoce e acções preventivas de ER, a prevenção de complicações decorrentes da incapacidade e visa a minimização do impacto das incapacidades instaladas em termos das funções neurológica, respiratória, cardíaca, e ortopédica (OE, 2010b).

Partindo desta premissa os EC realizados no contexto de ECCI e no DRFR foram norteados pelo desenvolvimento de competências em torno de três eixos fundamentais, nomeadamente: o capacitar a pessoa com deficiência para a reinserção e exercício de cidadania; o cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; e o maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa, cuja análise reflexiva das actividades realizadas é, de seguida, explanada.

Consciente do elevado grau de complexidade, especificidade e rigor dos CER, dada a singularidade de cada pessoa com défice de autocuidado e o processo de transição para o papel de cuidador, os contributos da Teoria do autocuidado de Orem e a Teoria das Transições de Meleis, conjugados com a evidência dos dados da investigação, constituíram o fio condutor na sustentação no planeamento, prestação e avaliação dos cuidados que tive oportunidade de definir ao longo dos EC, os quais se revelaram estruturantes para otimizar a qualidade dos cuidados.

Tal como referi anteriormente no presente documento, a concretização de determinadas actividades possibilitaram comumente o desenvolvimento de competências comuns do EE e competências específicas do EEER; bem como a operacionalização dos objectivos e actividades propostos no projecto de formação realizado previamente.

No desenvolvimento da competência de capacitar a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, considero que a inclusão dos CI dos utentes com dependência no autocuidado no processo de cuidar; e a promoção da transição para o seu papel de cuidador constitui o elemento central, não só para dar resposta ao projecto de estágio que, inicialmente, me propus a realizar, mas também pelo facto de consolidar o desenvolvimento das competências específicas do EEER, como enunciado anteriormente.

De facto, a intervenção que desenvolvi enquanto futura EEER junto da pessoa com dependência no autocuidado, em contexto da equipa de ECCL, não se restringiu apenas ao planeamento, implementação e avaliação de programas de reeducação funcional, mas também à avaliação das necessidades dos seus cuidadores relativas ao cuidar diário dos mesmos, bem como o ensino e supervisão de técnicas adequadas.

Assim, no decurso do EC a minha intervenção enquanto futura EEER envolveu concomitantemente a pessoa com dependência e o seu cuidador, no sentido de facilitar o processo de transição para o papel, e por outro a promoção do autocuidado. Este processo de facilitação pode ser traduzido através da implementação de três intervenções principais, destacadas por Meleis (2010), nomeadamente: a avaliação da preparação, o papel de suplementação e a preparação.

Tendo por base o contributo teórico de Meleis, como referido anteriormente, foram adoptadas estratégias enquanto futura EEER no sentido de promover e facilitar a transição do CI para o papel de cuidador. Assim, numa fase inicial, e tendo por base a avaliação da preparação e o papel de suplementação foi realizado um guião de colheita de dados orientado para o CI, tendo como base o contributo dos trabalhos realizados por (Andrade 2009) e Leonardo (2011) o qual contemplou a caracterização sociodemográfica; a identificação das necessidades dos cuidadores; o tipo de suporte que a comunidade oferecia, ou seja, os recursos comunitários, e qual a relação estabelecida com o EEER (Apêndice VIII).

Para o efeito, na salvaguarda dos princípios éticos deontológicos do respeito da autonomia e privacidade dos utentes e dos seus cuidadores foi obtido o consentimento informado para a utilização do guião e respectivos dados obtidos apenas no presente relatório, sendo igualmente obtido o parecer positivo da utilização do mesmo pela coordenadora da UCC. O presente guião de colheita de dados foi utilizado junto dos cuidadores, num total de 5, dos quatro utentes a quem defini e implementei os programas de intervenção. Na fase posterior à realização da colheita de dados, procedi ao tratamento estatístico das respostas dos CI, através do programa *Excel*, no sentido de compreender qual o âmbito das necessidades apresentadas pelos cuidadores, ou seja, se relacionadas com o cuidar instrumental (cuidados de higiene, transferências; alimentação e eliminação, recursos da comunidade; produtos de apoio), ou relacionadas com o *stress* e sobrecarga associada ao cuidar (Apêndice IX).

Assim, verifiquei que a maioria das necessidades dos cuidadores, no âmbito do cuidar instrumental, relacionava-se com a informação relativa os cuidados de higiene, posicionamentos e transferências. Pela análise das respostas do guião, foi também evidente que a informação sobre sinais e sintomas da doença, corresponde a uma das dificuldades sentidas no exercício do cuidar.

Estes dados vão de encontro aos demonstrados pela literatura consultada, por exemplo, no estudo desenvolvido por Hafsteinsdóttir, M., Lindeman, & Schuurmans (2011), os autores chegaram à conclusão que após duas semanas do regresso a casa os cuidadores da pessoa que vivenciou o episódio de AVC, demonstram necessidades de informação; comunicação e suporte emocional por parte dos enfermeiros. No mesmo estudo é referido que, em relação às necessidades educativas dos cuidadores, no que concerne ao cuidar instrumental, estas centram-se: na prevenção de quedas; manutenção de alimentação adequada; conhecimento dos sinais e sintomas de eventos adversos; gestão da medicação; e em relação ao cuidar emocional: estarem activos, gerir o *stress* e as emoções decorrentes da assunção do seu novo papel.

Por outro lado, o estudo desenvolvido por Cameron (2013), refere que a educação aos familiares da pessoa dependente após o AVC deve ir de encontro às necessidades na área sensório-motora e da respiração. Assim, cabe ao EEER a função de suporte relativo ao ensino e supervisão dos cuidados, na medida em que os cuidadores estando na fase inicial e de negociação para o papel referem como principais necessidades o saber cuidar do seu familiar no que concerne às AVD e conhecer sinais e sintomas de alerta da evolução da doença (Shyu, 2000).

Para os cuidadores o recurso a produtos de apoio na comunidade constitui, também, uma das necessidades referidas, embora dois dos cuidadores apresentassem cadeira de rodas e cama articulada, os quais necessitavam de revisão, sendo que a acessibilidade económica a produtos de apoio é referida como uma das principais dificuldades. De facto, a utilização de ajudas técnicas, cuja acessibilidade tem vindo a aumentar ultimamente, carece de melhor divulgação e informação entre potenciais utilizadores e entre os próprios profissionais de saúde fiquem, na medida em que constituem um elemento e um factor importante, quando devidamente utilizadas na recuperação de situações de dependência (Fernandes, Pereira, & Ferreira, 2002). O estudo desenvolvido por Leonardo (2011) demonstra que existe uma tendência para a maior utilização de produtos de apoio que auxiliem no autocuidado que relacionados com a alimentação; tomar medicação, usar o sanitário, e a mobilidade, sendo que os que se relacionam com o tomar banho, vestir-se e despir-se apresentam taxas de menor utilização. Assim, a minha intervenção enquanto futura EEER foi a de informar os CI sobre os produtos de apoio mais adequados às necessidades, e à dependência do seu familiar, bem como encaminhar para os serviços na comunidade que dispusessem dos referidos produtos. Como em determinados casos os CI mencionaram insuficiência económica para a aquisição dos produtos de apoio, as situações foram referenciadas à técnica de serviço social que integra a ECCL, no sentido de otimizar o processo.

Por sua vez, na análise das necessidades relacionadas com as questões emocionais relacionadas com o exercício do papel foram evidentes os sinais de *stress* e ansiedade, sobretudo numa fase inicial do exercício do papel, e a sobrecarga do cuidador, sendo esta a dimensão mais referida pelos cuidadores

como dificultadores do exercício do papel. A sobrecarga é definida como o conjunto das consequências que sucedem na sequência de um contacto próximo com um doente ou idoso dependente (Sequeira, 2007). De facto, o estudo desenvolvido por Pereira & Rebelo Botelho (2011), demonstrou que os cuidadores referem sentimentos de solidão, tristeza, culpa, sentimentos de ambivalência associados ao cuidar, em que por um lado prestam cuidados e assumem os mesmos, mas têm receio de falhar, sendo que o mesmo se passa com as questões económicas. No estudo apresentado por Cecil, et al., 2010, demonstra que os cuidadores, sobretudo do sexo feminino, no regresso a casa do seu familiar dependente, e nos meses seguintes, após o AVC, experimentam uma moderada sobrecarga no exercício do papel associados a um conjunto de alterações a nível psicológico, económico e social, nomeadamente, dificuldades financeiras e o abandono do seu emprego, que influenciam o seu processo de saúde, sendo necessário readequar as suas estratégias de *coping*. Por outro lado, os cuidadores podem desenvolver problemas de saúde como hipertensão, hérnias discais, úlceras gástricas e cefaleias, associados ao aparecimento de doenças crónicas e do foro emocional (Asiret & Kapucu, 2012).

Em termos de qualidade de vida os estudos desenvolvidos por Cunha (2010) e Félix (2010) referem que associado ao cuidado informal a qualidade de vida dos cuidadores diminui, correlacionando de forma directa com os baixos rendimentos e nível de dependência elevado da pessoa. No estudo desenvolvido por Acaster, Perard, Chauhan, & Lloyd (2013) e Peters, Jenkinson, Doll, Playford, & Fitzpatrick (2013) junto dos cuidadores da pessoa com Esclerose Múltipla (EM) e pessoa com doença de Parkinson referiram que a sua qualidade de vida e o seu bem-estar diminui significativamente após o início do exercício do papel, revelando que as questões do foro económico influenciam a percepção da qualidade de vida. Contudo, de acordo com McCullagh, Brigstocke, Donaldson, & Kalra (2005), no seu estudo desenvolvido junto dos cuidadores da pessoa com AVC demonstrou que ao longo do tempo os CI referem uma menor ansiedade relacionada com o exercício de cuidar, apesar de após 1 ano face ao apoio deficitário da restante família e ao desenvolvimento da depressão, a perda de qualidade de vida continua a ser uma realidade nas suas vidas.

Neste sentido, e face ao exposto, foram delineadas intervenções junto dos 5 cuidadores, respeitando as necessidades demonstradas de cada um deles, com o intuito de promover uma transição saudável para o papel de cuidador, sendo que as intervenções se enquadram na preparação, sendo a educação um elemento fundamental que o EEER deve desenvolver junto dos CI conforme é preconizado por Meleis (2010). Assim, no âmbito do saber cuidar instrumental incidiram sobre: informação relativa aos cuidados de higiene e transferências; treino de técnicas relacionadas para a promoção do autocuidado o autocuidado higiene; autocuidado vestir e despir; autocuidado transferir-se e autocuidado alimentação; supervisão dos cuidados prestados

Para o efeito foram realizadas visitas domiciliárias dirigidas aos CI, em média duas vezes por semana, nas quais foram implementadas as intervenções as quais incidiam sobre realização de ensinamentos relativos aos cuidados de higiene; alimentação; eliminação vesical e intestinal; demonstração de técnicas específicas do autocuidado (cuidados de higiene; transferências e levantes); realização conjunta e supervisão, mediante as necessidades demonstradas.

No sentido de otimizar os ensinamentos considero que o recurso a comunicação eficaz constituiu uma mais-valia, na medida em que a utilização de uma linguagem simples, directa e objectiva, que não comprometa a relação que se pretende estabelecer, é um passo fundamental no primeiro contacto com a família. Aquando da realização dos ensinamentos constatei que os mesmos permitiram que os cuidadores se consciencializassem não só da dependência do seu familiar, mas também das dúvidas relativas ao próprio exercício do seu papel, ou seja, como realizar as diferentes técnicas e como se iriam sentir a prestar cuidados ao seu familiar. De facto, pela experiência realizada com os ensinamentos considero que este é o momento essencial para a consolidação do papel de cuidador, sendo que o EEER desempenha uma importante função de facilitador do processo de transição, não só pela sua presença enquanto profissional detentor de conhecimento importante, mas pela função de parceria e suporte que exerce junto dos cuidadores. Efectivamente, constatei que a relação que estabeleceram comigo e com o EEER orientador

consolidava-se numa sinergia de cuidar interessante em que nos viam como um apoio e arrisco-me a afirmar, como uma tranquilidade e esperança.

No que concerne ao treino de técnicas específicas do autocuidado aos cuidadores considero que foi a intervenção suscitou mais dúvidas e constrangimentos junto dos CI, sobretudo pelo facto do tempo de exercício do papel ser relativamente curto, há excepção de uma cuidadora. De facto, constatei que apesar da grande maioria dos CI serem familiares da pessoa, a questão do “invadir” a privacidade e intimidade do corpo da outra pessoa é um aspecto importante nesta dimensão do cuidar. Efectivamente, os CI com exercício do papel há menos de 3 meses, referiram que, inicialmente, houve desconforto em prestar os cuidados de higiene ao seu familiar, porque não estavam preparados para o impacto emocional e até embaraço que inicialmente ocasionou. No entanto, a cuidadora que assumiu o papel de CI há mais tempo, há cerca de 1 ano, referiu que ao longo do tempo a sensação de abraço acaba por se desvanecer. Numa outra perspectiva, os CI referiram que associados aos cuidados de higiene e à realização de transferências, numa fase inicial apresentavam lombalgias e contracturas musculares, tendo recorrido a apoio médico, necessitando de realizar medicação analgésica, manifestando os mesmos sintomas, ao longo do tempo em que decorre o exercício do papel. Assim, a minha intervenção enquanto futura EEER em relação às situações mencionadas direccionou-se para a realização de ensinamentos, bem como à demonstração e supervisão das técnicas, promovendo uma adequada ergonomia dos cuidadores aquando da prestação de cuidados, que favorecesse a segurança do seu familiar e a prevenção de lesões músculo-esqueléticas, respeitando os princípios da realização de cada cuidado específico, nomeadamente, a higiene e transferências.

A sobrecarga associada ao exercício do papel foi, igualmente, uma das dificuldades mencionadas pela maioria dos cuidadores, manifestada por uma sensação de cansaço e por vezes sentimentos de insegurança associados ao cuidar do seu familiar. De facto, no sentido de perceber qual o nível de sobrecarga que os cuidadores apresentavam utilizei a Escala de Zarit Reduzida, visto que constitui o IA utilizado pela ECCEI, estando validada em Portugal. A Escala de Zarit Reduzida tem

como objectivo identificar os factores que levam à exaustão do cuidador para, posteriormente, se poder proporcionar respostas adequadas às suas necessidades (Ferreira et al, 2009). Neste sentido, utilizei a *Escala de Zarit Reduzida*, no início do EC, junto dos CI, após o consentimento informado verbal dos mesmos, sendo visível que todos os CI apresentaram sobrecarga associada ao exercício do papel (Apêndice X).

Face a esta situação, no sentido de otimizar a minha intervenção, enquanto futura EEER, mobilizei determinadas intervenções apresentados por Sequeira (2007), as quais foram adaptadas a cada caso em particular, nomeadamente:

- Orientar sobre a necessidade de cuidados;
- Orientar sobre a adopção de determinadas rotinas;
- Informar sobre importância de um ambiente adequado;
- Promover a utilização adequada dos serviços de apoio e outros profissionais (encaminhamento para a área de psicologia e projectos existentes no concelho onde se insere a UCC, para a pessoa e familiares portadores de deficiência)
- Proporcionar a verbalização de sentimentos e expectativas;
- Disponibilizar um espaço para escuta activa,
- Promover o treino de estratégias específicas, como ter um momento para o cuidador no seu dia.

De facto, a adopção das estratégias referidas revelou-se uma mais-valia na minha intervenção enquanto futura EEER na medida em que permitiu-me uma maior consciencialização de que, no contexto domiciliário, a intervenção junto dos CI debruça-se, maioritariamente, no ensino sobre os cuidados relacionados com a higiene, posicionamentos e transferências e na validação e supervisão do treino das habilidades dos CI neste âmbito. De facto, são aspectos importantes na aquisição da mestria pelos cuidadores, contudo o sentimento de confiança e sentir-se ligado, como refere Meleis (2000) é também um dos elementos importantes para que o EEER saiba que o processo de transição é desenvolvido de forma saudável.

Assim, foi interessante verificar que o resultado das referidas intervenções direccionadas para os CI, bem como das CF já referidas, possibilitou uma maior relação de proximidade com os mesmos permitindo-lhes uma conscientização das suas dificuldades no exercício do cuidar, mas também as suas potencialidades. De facto, considero que os CI no final do EC que realizei foram capazes de desenvolver estratégias de *coping* eficazes, como o ter tempo para si, ter uma boa relação com a pessoa que cuidavam, compreender a situação de dependência do seu familiar e incentivar ao autocuidado do mesmo, os quais constituem indicadores de resultado favoráveis ao processo de transição (Meleis, 2010; Peixoto & Santos, 2009).

Tal como referido anteriormente a intervenção do EEER, na equipa de ECCI é operacionalizada aquando do regresso a casa, após um período de internamento, hospitalar ou a nível da própria RNCCI, pelo que tive oportunidade no EC de desenvolver o plano de intervenção a uma utente na fase de recuperação de fractura da extremidade proximal do fémur esquerdo, aquando do ser regresso ao domicílio.

No contacto inicial a minha intervenção, sob supervisão do enfermeiro orientador, decorreu 2 dias após a alta duma unidade hospitalar, estando no domicílio a utente e os seus CI (filha e genro). A intervenção que delinee baseou-se essencialmente na avaliação da utente para a sua capacidade para o autocuidado e das necessidades dos CI, mobilizando os contributos do guião de colheita de dados no sentido de compreender como estariam a viver o processo de transição para o papel. No que se refere ao autocuidado, a utente apresentava o score de dependência severa, no total de 11, mediante a utilização da EBM. De facto, a pessoa idosa após a ocorrência do evento crítico de fractura da extremidade proximal do fémur, experiencia um grau de dependência grave, nas AVD, segundo a EBM. O estudo desenvolvido por Câmara (2011), no qual foi aplicada a EBM, demonstrou que cerca de 53 % dos utentes, após a o episódio de fractura da extremidade proximal, apresentavam dependência severa no autocuidado, nomeadamente em subir e descer escadas, tomar banho, cuidar da higiene pessoal, usar o sanitário, andar; vestir-se e despir-se; e transferir-se cadeira – cama.

Foi também importante ter validado junto dos cuidadores se, no período de internamento, foram realizados ensinamentos, nomeadamente, no que concerne à capacidade da sua familiar se autocuidar na higiene; no vestir; despir; transferir-se; no alimentar-se; e à capacidade de realizar uma eliminação intestinal e vesical adequada, tendo por base os requisitos do autocuidado de Orem. Os cuidadores referiram que, aquando da hospitalização da familiar, os ensinamentos realizados basearam-se na realização da transferência da cama para a cadeira de rodas, tendo demonstrado uma vez como deveriam proceder. Pela aplicação do guia de colheita de dados, foi perceptível que os cuidadores apresentavam necessidades relacionadas com cuidados de higiene (banho na casa de banho e na cama e mudança de fralda); transferência da cama para a cadeira de rodas, pelo que na primeira semana de intervenção, no total de 3 visitas, foram realizados ensinamentos relativos aos cuidados de higiene na cama e à transferência para a cadeira de rodas, respeitando os princípios de reabilitação da pessoa após fractura da extremidade proximal do fémur. De facto, a transição do hospital para o domicílio constitui uma situação de vulnerabilidade quer para a pessoa que inicia o fenómeno da dependência no autocuidado, mas também os familiares que subitamente se tornam cuidadores do seu familiar, sendo que, de acordo com a bibliografia nem sempre estão preparados para assumir este papel. Corroborando os trabalhos desenvolvidos por Martins (2002) e Petronilho (2010), na preparação para a alta existe a necessidade dos cuidadores serem envolvidos no processo do cuidar, visto que após 1 mês da alta do seu familiar manifestam necessidades relacionadas com o autocuidado higiene; transferências; alimentação e eliminação. De facto, o período pós-alta significa para os cuidadores sentimentos de desamparo, de dúvida e de *stress* pelo que é fundamental a construção de uma relação de parceria com os cuidadores, onde é importante o envolvimento dos mesmos nos cuidados à pessoa, mesmo em contexto de internamento (Pereira 2011).

No desenvolvimento da competência relacionada com o cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de cuidar, foi importante a experiência dos dois EC, que sendo em ambientes de prestação de cuidados diferentes, nomeadamente, no domicílio da pessoa e a nível hospitalar, possibilitaram duas experiências importantes.

De facto, no EC realizado na ECCI, tive a oportunidade de planear, prestar e avaliar os CER à pessoa com alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial; cognitivo; alimentação e eliminação a pessoas com doença do foro cerebrovascular, nomeadamente na fase de sequelas de AVC; do foro neuromuscular, nomeadamente esclerose múltipla (EM); e do foro ortopédico, nomeadamente, após fractura da extremidade proximal do fémur.

Para a construção do processo de tomada de decisão, como estudante da especialidade de ER, contribuíram a delineação de actividades que sustentaram o processo de cuidar, bem como a supervisão do enfermeiro orientador. Assim, a elaboração de um guia orientador de colheita de dados onde constasse a avaliação da funcionalidade (neuromotora cognitiva, cardiorespiratória, alimentação e eliminação) correlacionada com a sua capacidade para o autocuidado e para a realização das AVD, bem como aspectos psicossociais como o seu nível de ocupação, constitui um elemento essencial para a identificação das necessidades que careciam de intervenção especializada do EEER (Apêndice XI).

De facto, a colheita de dados com o objectivo da avaliação da funcionalidade e, por conseguinte, do autocuidado da pessoa, constitui um elemento essencial no processo de enfermagem de reabilitação. A funcionalidade refere-se a todas as funções do corpo, actividades e participação; de maneira similar, cuja avaliação da funcionalidade é caracterizada pela análise e medida de comportamentos específicos que ocorrem no ambiente real da pessoa, os quais são importantes para a vida e concretização de objectivos, sendo caracterizados pela realização de determinada tarefa e as condicionantes ambientais (Dias, 2012; Organização Mundial da Saúde, 2004). Por outro lado, a avaliação funcional permite compreender a dependência da pessoa no autocuidado, possibilitando a determinação do tipo de cuidados necessários, constituindo assim indicadores para um diagnóstico mais preciso de cuidados, fundamentados na resposta funcional da pessoa (Araújo, Paúl & Martins, 2011). De forma a complementar a avaliação funcional em termos do autocuidado, foi importante a mobilização da EBM, IA utilizado pela equipa de ECCI e implementado na mesma, constitui uma estratégia de recolha de informação, como refere a OE (2010). De facto, a EBM constitui umas das escalas validada em

Portugal para a compreensão do fenómeno de dependência nas AVD, constituindo o instrumento mais fidedigno para a avaliação da capacidade funcional para a realização das AVD, sendo importante para a avaliação da eficácia das intervenções e de ganhos em saúde (Araújo et al 2007; Ricardo, 2011).

Após a avaliação inicial dos CER que prestei aos utentes com défice de autocuidado, decorrentes do fenómeno de dependência funcional, centraram-se na concepção e implementação de programas de reeducação funcional motora e cognitiva; bem como da função da alimentação e da eliminação (vesical e intestinal) para a promoção do autocuidado nas áreas da mobilidade; alimentação e eliminação (vesical e intestinal), na medida em que de acordo com a avaliação inicial e a utilização de instrumentos de medida foram as áreas com maior índice de dependência.

Neste sentido, e visando por um lado a melhoria da qualidade dos cuidados, e a adopção da responsabilidade de gestor de caso dos utentes, como referi anteriormente, delinieie planos de intervenção para quatro utentes, integrados na ECCI, no contexto domiciliário, e respectivos CI, tendo como premissa a personalização dos cuidados e o respeito pela autonomia da pessoa e da sua capacidade de decisão. Os planos de intervenção foram elaborados em modelo próprio vigente na ECCI, que incide na reeducação funcional dos utentes, sendo que optei pela realização concomitante de planos de cuidados individualizados, tendo por base o guião de colheita de dados da pessoa dependente no autocuidado, e os contributos das teorias de Orem e de Meleis na implementação e avaliação das intervenções delineadas (Apêndice XII).

Assim, no âmbito da reeducação funcional motora foram realizados exercícios terapêuticos, quer para os utentes na fase de sequelas de AVC quer para os utentes com EM, respeitando a especificidade de cada pessoa e o seu contexto, sendo os mesmos adaptados mediante a avaliação inicial realizada em cada visita Hoeman (2011). De salientar que as visitas eram realizadas em média 3 vezes por semana, com uma duração de 45 minutos, as quais contemplavam a realização de exercícios terapêuticos; treino de equilíbrio; treino de transferências e levante; sendo adaptados às necessidades da pessoa em cada visita, após a avaliação inicial. Os

exercícios terapêuticos são essenciais para a pessoa com alteração da mobilidade, pois permitem desenvolver, melhorar e restaurar a função, no sentido de prevenir contracturas ou atrofia muscular, para manter o tónus muscular, a força e a função; e consistem em contracções isotónicas ou isométricas; passivas ou activas, mediante a força e tónus muscular que a pessoa apresenta (Hoeman, 2011; Kisner & Colby, 2009). Assim, os exercícios terapêuticos foram realizados através de técnica musculó-articular activa ou passiva, mediante a avaliação inicial da força e tónus muscular, respeitando a amplitude máxima de cada articulação; os planos e o tipo de movimento de cada articulação; o limiar de dor tolerável e fadiga de cada pessoa; sendo realizadas de forma coordenada, controlada e repetida, até ao máximo de 10 repetições, nos segmentos corporais dos membros inferiores (coxofemoral; joelho; tibiotársica; e dedos dos pés); e dos membros superiores (escapulo-umeral, cotovelo, antebraço, punho; dedos); e adequadas a cada pessoa. De acordo com Menoita (2012), os exercícios devem ser realizados 2 a 3 vezes por dia; repetidas no mínimo 10 vezes em cada movimento; executadas até ao limite da dor, fadiga cumulativa, tolerância de acordo com a reacção da pessoa; realizadas de forma coordenada e repetida, sendo essencial este aspecto para a formação do engrama motor na pessoa na fase de sequelas de AVC; controladas, segurando o segmento a mobilizar em torno das articulações; efectuadas do segmento distal para o proximal. No caso dos utentes com sequelas de AVC, segundo a mesma autora, os exercícios terapêuticos devem ser realizados num segmento do hemicorpo, enquanto que o outro deve estar em posição antiespática, sendo este princípio respeitado aquando da intervenção que direccionei para uma utente após o AVC. Foram implementados, igualmente, exercícios para situações específicas nomeadamente o treino do equilíbrio para os utentes com AVC e EM, como refere Hoeman (2011). De facto, o treino de exercícios de equilíbrio tem como principais objectivos a reeducação do mecanismo reflexo-postura; inibir a espasticidade estimular a sensibilidade postural ao fazer carga no membro superior e inferior; estimular a acção voluntária dos músculos do tronco e preparação para a marcha.

De uma forma geral, na realização dos exercícios terapêuticos houve uma significativa adesão dos utentes, sendo que quando a pessoa apresentava capacidade para iniciar um exercício terapêutico activo era incentivada a realizá-lo,

embora ocasionalmente intervisse no sentido de adequar a amplitude articular que o movimento induzia, para evitar lesões musculares. Num dos casos, foi necessário o reajuste da terapêutica analgésica, visto que a realização dos exercícios ocasionava dor intensa. Assim, foi possível observar que a realização dos exercícios terapêuticos permitiu pequenos ganhos para cada pessoa, nomeadamente aumento do grau da força e normalização do tónus muscular, no caso da utente após o AVC e da utente após a fractura da extremidade proximal do fémur. No caso dos utentes com EM; foi visível a manutenção do grau da força muscular e do tónus muscular. Ambas as situações concorreram para um melhor equilíbrio estático e dinâmico, embora a realização desta intervenção tenha sido realizada conjuntamente do com o EEER orientador para possibilitar ao utente maior confiança.

No caso da realização de transferências, foram adoptadas a técnica de transferência por elevação e técnica de transferência em *pivot* mediante o grau de dependência de cada utente. A técnica de transferência, segundo a mesma autora, deve garantir segurança, tanto do enfermeiro como da pessoa a transferir, pelo que é fundamental a avaliação prévia da capacidade cognitiva e física da pessoa, bem como a vontade da mesma em colaborar. A transferência por elevação requer a colaboração de dois cuidadores, sendo indicada para a pessoa com um nível de dependência moderado em relação à mobilidade, que permita a sua transferência para a cadeira de rodas, embora não consiga realizar carga nos membros inferiores por diminuição da força ou comprometimento do tónus muscular. Neste caso, os CI da pessoa que necessitasse da realização deste tipo de transferências, foram envolvidos neste procedimento. Por sua vez, a técnica de transferência *pivot* está indicada para utentes que apresentem capacidade para realizar carga nos membros inferiores e que apresentem equilíbrio de tronco. Neste caso, o utente é ajudado a sentar-se num dos lados da cama e coloca os braços à volta do pescoço dos ombros do cuidador. (Hoeman, 2011). No âmbito da realização das transferências, sempre que tive oportunidade realizei o levante da pessoa, o qual tem por objectivos: prevenção de complicações da imobilidade; incentivar o autocuidado; treinar o equilíbrio; e preparar para o treino de marcha, sendo também realizados ensinios aos CI (OE 2013).

Nos utentes com alteração da capacidade da deambulação foi realizada técnica de treino de marcha controlada, no caso dos utentes com sequelas de AVC; e treino de marcha com recurso a dispositivo de apoio, nomeadamente o andarilho (Menoita, 2012). A preparação para a deambulação foi realizada através da manutenção da amplitude de movimentos articulares, posicionamentos adequados no leito e levante precoce, seguindo todas as indicações descritas anteriormente. Antes de iniciar a deambulação é imprescindível que sejam definidas metas realistas, que a segurança do ambiente seja avaliada (eliminando possíveis obstáculos) e que se definam pontos de repouso, em caso de necessidade. Se a pessoa não apresentar bom equilíbrio estático de pé, deve ser considerado se será o melhor *timing* para iniciar a deambulação, sendo estes aspectos respeitados na intervenção que realizei, No caso de a pessoa necessitar de auxiliares de marcha, o equilíbrio deve ser avaliado, para uma melhor adequação do produto de apoio. De facto, o treino de marcha controlada, através da ajuda do enfermeiro, tem como objectivos readquirir o padrão de marcha perdido e promover a independência a nível da deambulação e segurança a um dispêndio de energia razoável, sendo que a mesma deve ser introduzida depois de a pessoa conseguir ficar de pé, manter o equilíbrio e ter consciência do seu corpo de forma a prevenir posturas incorrectas (Menoita, 2012; OE, 2013). No caso do treino de marcha com auxílio do dispositivo de apoio andarilho é importante que a pessoa apresente equilíbrio de tronco e força muscular a nível dos membros superiores e inferiores, segundo uma sequência lógica de: deslocar o andarilho para a frente; dar um passo em frente com o membro inferior afectado; a seguir dar um passo com o membro inferior saudável, não ultrapassando a base do auxiliar de marcha (OE 2013).

Para a realização destas actividades concorreram a intervenção prévia aquando da realização dos exercícios terapêuticos; do treino de equilíbrio; e o treino das transferências e levante para que o utente se sentisse confortável e seguro, pelo que cada etapa, cada intervenção, foi definida no decurso das visitas que realizei e adequadas às necessidades da pessoa.

No caso da pessoa na fase de sequelas de AVC foram realizadas actividades específicas, que contribuem para a promoção do autocuidado na função da

mobilidade, nomeadamente a realização de actividades terapêuticas como o rolar; a ponte e rotação controlada da anca as quais baseiam-se no desenvolvimento motor adquirido pelos bebés rolar; sentar, ficar na posição ortostática) (Menoita 2012; Braga, Marta, & Janeiro, 2006). A realização de tais actividades tem por base a premissa de que a direcção do desenvolvimento de movimento voluntário é do sentido proximal para o distal, sendo que o controlo dos movimentos do tronco superior, do ombro e do tronco inferior e da articulação coxofemoral deve ser restabelecido primeiro. Estas estratégias foram implementadas à uma utente, após o AVC, conjuntamente com os exercícios terapêuticos referidos anteriormente, o que se revelou uma mais-valia para a mesma. De facto, foram visíveis pequenos, mas progressivos ganhos na utente no que concerne à força muscular na articulação coxofemoral, que permitiu um melhor equilíbrio estático e dinâmico, bem como uma maior confiança na realização do levante.

No que concerne a estratégias de reeducação funcional cognitiva como intervenção do EEER reporto-me a uma situação ocorrida com uma utente que na sequência do AVC desenvolveu afasia de Broca, na qual a intervenção realizada contemplou, de igual forma, a CI da utente, De facto, as afasias têm um enorme impacto na vida das pessoas e nos seus familiares uma vez que interfere na capacidade de comunicar, na sua integração familiar, profissional e social, portanto na sua qualidade de vida (Menoita, 2012). De facto, Matos (2012), no seu estudo refere que nas pessoas com afasia ocorrem: a perda de auto-estima; as alterações na auto-imagem e as alterações de humor e a depressão. Em relação à vivência da depressão, no estudo desenvolvido por Laska, Mårtensson, Kahan, Von Arbin, & Murray (2007) é referido que em 30 % dos doentes com AVC é diagnosticada a depressão, sendo esta mais evidente nas pessoas com alteração/ dificuldade na comunicação, e que apresentam o problema de afasia. Numa outra linha de ideias, o estudo desenvolvido por (Grawburg, Howe, Worrall, & Scarinci, 2013) os familiares/cuidadores da pessoa com AVC apesar de experienciarem emoções positivas com a pessoa afásica, como uma maior aproximação da pessoa, em determinadas situações podem desenvolver situações de ansiedade e episódios de depressão associados a outras condições de saúde como hipertensão e insónias e isolamento social. Assim, as intervenções de enfermagem, segundo Hoeman (2011)

passam por oferecer ao utente um ambiente de apoio terapêutico; demonstrar comportamentos de suporte; e implementar técnicas de facilitação para melhorar a comunicação. Segundo Caldas et al (1995), cit. por Menoita (2012, p. 148-149) existem vários métodos da reeducação da afasia, nomeadamente: o método didático; o método da estimulação; o método pragmático; o método neoclássico; e o método da neuropsicologia, A comunicação suplementar ou comunicação alternativa tem sido, igualmente, mencionada como uma das estratégias com maior eficácia junto das pessoas afásicas. Este tipo de comunicação é definida como qualquer modo ou canal de comunicação que substitui ou apoia os sistemas de discurso e/ou escrita e incluem gestos, linguagem gestual, quadros de imagem ou palavras, quadros alfabéticos e sistemas de discurso sintetizado ou digitalizado (Hoeman, 2011, p. 545). De facto, o estudo desenvolvido por Chun (2010) refere que a comunicação alternativa possibilitou maior participação dos participantes no estudo em diversas situações de comunicação e contribuiu para a maior qualidade das interacções linguísticas e sociais do grupo estudado, sendo visível que esta estratégia favorece a linguagem em várias dimensões, constituindo um importante recurso de apoio visual para a pessoa afásica. Por sua vez, Johansson (2011), referem que, na comunicação alternativa, a utilização do recurso de voz digitalizada e edição de textos é benéfico para um paciente com afasia, pois favorece a neuroplasticidade. No presente caso, a intervenção decorreu com a introdução de estratégias de comunicação alterativa, nomeadamente, a criação de um pictograma para a pessoa, referente ao autocuidado vestir e despir e a utilização de pictogramas já existentes na ECCI, nomeadamente para o autocuidado higiene; e para o autocuidado alimentar-se; bem como estratégias que promovessem um ambiente mais tranquilo e acolhedor: evitar aumentar o volume de voz com a utente; diminuir ruídos, como a televisão. Inicialmente foi visível uma certa dificuldade por parte da cuidadora e da utente adopção da estratégia da utilização do pictograma, devido à incompreensão de como utilizar este sistema, contudo, após a explicação do sua utilização revelou-se uma forma simples e até divertida para a CI e a utente comunicarem, manifestando boa adesão a esta intervenção.

No que concerne a intervenção do EEER para a pessoa com alteração da função intestinal reporto-me a uma situação ocorrida junto de um utente com EM,

que apresentava incontinência fecal, tendo ocorrido a necessidade de colocar fralda. Tal situação representou para o utente um momento gerador de *stress*, perda de auto-estima e conflito relacional com a sua cuidadora que ocasionou a necessidade de intervenção célere e eficaz. As estratégias de intervenção basearam-se na terapia comportamental, nomeadamente, nas orientações relativas à alimentação (alimentos ricos em fibras) e a referenciação da situação à médica assistente para e reavaliação da terapêutica. De facto, no estudo desenvolvido por Levinthal et al (2013), cerca de 15,2% dos utentes com EM desenvolvem incontinência fecal, já Norton & Chelvanayagam (2010) referem que pode ocorrer em cerca de 50% dos casos. Na operacionalização de estratégias a adoptar destacam-se o controlo da alimentação; a realização de medicação, como as mais aceites pelas pessoas com EM, sendo que as técnicas de *biofeedback* têm bons resultados, embora a pouca motivação e adesão dos utentes com EM, ocasionados pela sensação de fadiga podem comprometer (Norton & Chelvanayagam, 2010); Bywater & While, 2006).

A implementação desta intervenção, inicialmente, revelou-se constrangedora para a mãe do utente, a sua CI, pois, na maioria das vezes, o utente manifestava descontentamento pela utilização da fralda, sendo que a alteração na alimentação potenciava a manifestação da sua incapacidade e dependência, recusando determinadas vezes esta estratégia. Assim, foi necessário dirigir a intervenção para o utente, no sentido de criar proximidade, confiança e espírito de entreatajuda, que se revelou eficaz duas semanas após o início da intervenção.

No que diz respeito à intervenção do EEER na delineação de programas que visavam a reeducação da função da eliminação urinária, foi implementado um programa a uma utente que na sequência do AVC, desenvolveu incontinência urinária, nomeadamente, bexiga neurogénica desinibida. A bexiga neurogénica desinibida resulta de uma lesão cerebral por disrupção do feixe corticorregulador, a qual se caracteriza por capacidade vesical normal ou diminuída com ausência do controlo voluntário da micção, volume residual nulo, apesar do reflexo de micção se manter intacto, motivo pelo qual a pessoa refere urgência, polaquiúria e noctúria (Hoeman, 2011). De facto, a utente apesar de conseguir urinar espontaneamente, e conseguir ter a sensação de urgência, apresentava perdas involuntárias de urina, motivo pelo qual se encontrava com fralda, sendo que de acordo com a cuidadora

no período nocturno apresentava maior débito urinário. Assim, foi realizada uma intervenção individualizada junta da utente, para o qual foi importante a colaboração da sua cuidadora, a qual se baseava na instituição da terapia comportamental, com realização de treino vesical, isto é, que a utente e a sua cuidadora percebem-se a diferença entre a percepção da necessidade de urinar e a micção em si, possibilitando a ida ao WC, caso fosse possível ou, em último caso, na fralda. Como complemento, foram realizados ensinamentos relativos à redução da ingestão hídrica a partir da hora do jantar e a ida à casa de banho, de duas em duas horas, durante o dia para a que a utente desenvolvesse a sua capacidade para a micção temporizada, tendo estas intervenções sido bem aceites por ambas. Inicialmente, o controlo da micção foi difícil, contudo, à medida que se foi registando o horário das micções tornou-se mais facilitador a ida à casa de banho. De facto, são vários os estudos que demonstram a pertinência e eficácia do programa de reeducação da função vesical, tendo por base a terapia comportamental (Booth, Kumlien, Zang, Gustafsson, & Tolson, 2009; Jordan, Mackey, Coughlan, Wyer, Allnutt, & Middleton, 2010) promoção da ingestão de líquidos adequada, com restrição horária (Booth, Kumlien, Zang, Gustafsson, & Tolson, 2009); bem como treino de idas regulares à casa de banho (Booth, Kumlien, Zang, Gustafsson, & Tolson, 2009; Catanguí & Slark, 2012).

De salientar, que todas as avaliações e intervenções realizadas no âmbito da reeducação funcional motora; reeducação funcional cognitiva; reeducação da função da eliminação vesical e intestinal, dos utentes a quem prestei cuidados foram devidamente registados no programa informático SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) que a ECCI dispunha, para possibilitar a continuidade de cuidados.

No EC realizado no DRFR o desenvolvimento de competências enquanto futura EEER baseou-se no planeamento e intervenção de cuidados de ER que visaram a maximização da função respiratória, a qual também influencia a capacidade para o autocuidado. Assim, na incursão que realizei no EC com duração de 4 semanas, foi importante o aprofundamento dos saberes técnico-científicos no domínio das doenças respiratórias, com maior incidência nas seguintes: pneumonia; derrame pleural e DPOC, visto serem as patologias com maior incidência junto das

peças a quem desenvolvi a minha intervenção. No DRFR, pela sua especificidade o EEER presta cuidados de reeducação funcional respiratória, deslocando-se até ao serviço onde a pessoa se encontra internada, contribuindo para a estabilização da função respiratória e para o bem-estar físico e psicológico da pessoa, em colaboração com os enfermeiros do serviço.

Os CER que tive oportunidade de planear e implementar junto da pessoa com pneumonia tiveram como objectivo: a reexpansão pulmonar do lado afectado; a drenagem de secreções e a promoção de tosse eficaz, prevenindo complicações que pudessem condicionar futura e permanentemente o autocuidado da pessoa. De facto, de acordo com a DGS (2013), a mortalidade associada às pneumonias, no período de 2007 a 2011 aumentou significativamente, bem como a morbilidade associada a este evento. Desta forma, o EEER tem o papel preponderante na promoção do autocuidado da pessoa com pneumonia, como é explanado no trabalho desenvolvido por Januário (2013), o qual demonstra que face ao diagnóstico de pneumonia, a pessoa desenvolve o défice de autocuidado sobretudo no que concerne à mobilidade. Desta forma, os CER junto da pessoa com pneumonia pautaram-se pela observação prévia dos dados disponíveis da pessoa no DRFR; na consulta do processo clínico no internamento; avaliação do estado de consciência; na auscultação pulmonar, na avaliação da saturação periférica de oxigénio, e na avaliação da pessoa para colaborar nos cuidados. No início de cada intervenção foram explicados os propósitos da intervenção; bem como promoção de um ambiente calmo e seguro, tendo por base o respeito pela privacidade do utente. Posteriormente, utilizava-se a técnica de relaxamento, a qual promove o relaxamento dos músculos acessórios da respiração, cintura escapular e membros superiores, facilitando a respiração diafragmática (Heitor, 2003). Na promoção da expansão pulmonar foram utilizadas a técnica de reeducação diafragmática e a técnica de reeducação costal. A técnica de reeducação diafragmática consiste na realização de exercícios da porção anterior e porção posterior do diafragma; e hemicúpula diafragmática direita e esquerda, consoante o lado afectado pela área de condensação, com o intuito de corrigir assinergias ventilatórias, como acontece nos casos de patologia restritiva, como a pneumonia (Cordeiro & Menoita, 2012). Por sua vez, a reeducação costal engloba: a reeducação costal da porção anterior, com maior ênfase na reeducação costal superior, a qual se revela ser eficaz em

peças com hiperinsuflação e broncorreicas, na medida em que promove uma melhor oxigenação e permite uma melhor drenagem de secreções; e a reeducação costal global, a qual promove a expansão torácica, melhorando a distribuição e a ventilação alveolar, podendo ser utilizada com o recurso a um bastão (Cordeiro & Menoita 2012). Por sua vez, com o objectivo da drenagem de secreções, foram utilizadas as manobras acessórias, nomeadamente a técnica de percussão e de compressão, tendo em conta as especificidades de cada utente e a sua situação clínica, e a técnica de ensino de tosse, tosse dirigida ou assistida. De salientar que em relação à manobra acessória compressão foram tidas em consideração as contra-indicações existentes, nomeadamente: osteoporose; situações de pneumotórax espontâneo não controlado; edema agudo do pulmão; cardiopatias valvulares (Heitor, 1988). A escolha da técnica do ensino da tosse teve por base a capacidade de colaboração da pessoa e a sua situação clínica, sendo que o ensino da tosse dirigida está contra-indicado em determinados casos, nomeadamente: presença de aumento da pressão intracraniana; cirurgia oftálmica; e no pós-operatório. Nas situações em que a pessoa apresentava capacidade de colaboração e compreensão foi realizado o ensino de tosse dirigida e incentivada a realizar o mesmo método aquando da sua alta, no sentido de promoção do seu autocuidado para a promoção de uma ventilação eficaz.

Por sua vez, os CER à pessoa com derrame pleural tiveram como objectivo impedir a formação de aderências pleurais, que limitem a mobilidade torácica e pulmonar e diafragmática; e impedir ou corrigir as deformações antálgicas defeituosas e as suas consequências nomeadamente as deformações posturais e limitação da articulação escapulo-umeral, o que consequentemente poderá ter efeitos no autocuidado (Cordeiro & Menoita, 2012). Neste sentido, foram optimizadas estratégias que promovessem a expansão pulmonar, nomeadamente a respiração diafragmática, referida no parágrafo anterior, e a realização de ensino de terapêutica de posição. O ensino de terapêutica de posição à pessoa com derrame pleural foi realizado logo na fase aguda do derrame a todos os utentes, o qual teve por base o posicionamento para o decúbito sobre o lado sã, ou seja: decúbito semidorsal, para prevenir a formação de aderências anteriores e decúbito lateral para prevenir a formação de aderências laterais (Heitor, 1988). De salientar, que

pode ser realizado o ensino à pessoa para o posicionamento em decúbito semiventral, para evitar a formação de aderências contudo, a maioria dos utentes a quem prestei cuidados aderiram pouco a este posicionamento, na medida em que o mesmo lhes era desconfortável. Neste sentido, foi introduzida a técnica de reeducação costal selectiva tendo para o lado do hemitórax comprometido pelo derrame, no sentido de recuperar a mobilidade costal e prevenir limitações funcionais da articulação escapulo-umeral do lado comprometido. Para complementar a reeducação funcional respiratória no derrame pleural, a uma das utentes foi introduzida a utilização do espirómetro de incentivo. O espirómetro de incentivo pode facilitar o esforço da inspiração e da tosse, sendo que a sua utilização promoveu uma melhoria significativa do quadro clínico da pessoa, que se revela através de uma melhoria na auscultação pulmonar, com auscultação do murmúrio vesicular que se encontra diminuído na fase aguda do derrame pleural. (Hoeman, 2011; Cordeiro & Menoita, 2012).

De um modo geral, foi possível observar que, após a implementação das intervenções, os utentes apresentaram melhoria da função respiratória, com aumento de saturação periférica de oxigénio em 2%; a diminuição de ruídos adventícios (roncos e ferveores), bem como através de melhorias de raio-X diminuição de áreas de condensação, no caso dos utentes com pneumonia, e melhor visualização dos seios costofrénicos do lado de hemitórax onde o derrame pleural se localizava.

No que concerne à intervenção que realizei junto da pessoa com DPOC, a mesma ocorreu em ambulatório, no DRFR, tendo a oportunidade de prestar cuidados a um utente. Os CER à pessoa com DPOC, na fase de estabilização, é realizada em contexto de ambulatório tendo como objectivos: a melhoria da qualidade de vida; a redução da ansiedade e depressão; a redução da dispneia e fadiga; melhoria da capacidade e tolerância ao exercício; melhoria da capacidade funcional na realização das AVD, diminuição das exacerbações; redução do declínio funcional; e diminuição do número de internamentos e idas ao serviço de urgência (Soares & Carvalho, 2009; Cordeiro & Menoita, 2012). A avaliação inicial das pessoas que receberam cuidados de ER no DRFR incidiu no exame físico; nas

dúvidas que tenha em relação à medicação e oxigenoterapia que realiza no domicílio; e na realização de ensinamentos adequados às necessidades da pessoa que podem incluir questões como a gestão do regime terapêutico; exercícios de reeducação funcional respiratória; treino de exercício e técnicas de conservação de energia. Posteriormente foram implementadas intervenções de reeducação funcional respiratória nomeadamente: posição de relaxamento e descanso; reeducação diafragmática; o treino de expiração com os lábios semicerrados e o ensino de autodrenagem de secreções, tendo por base a drenagem postural clássica, caso não houvesse contra-indicações, ou a drenagem postural modificada.

De um modo geral, o utente colaborou no programa de reeducação funcional respiratória implementado, e colaborando com proactividade nos ensinamentos realizados, sendo que há cerca de 6 meses não apresentava exacerbações da doença

No âmbito do desenvolvimento da competência maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa considero que a minha intervenção enquanto futura EEER junto dos CI da pessoa dependente no autocuidado constituiu uma mais-valia, não só para a promoção do exercício do papel, mas também para a promoção do autocuidado da pessoa com dependência.

De facto, a relação de parceria que estabeleci ao longo do EC realizado na ECCCI permitiu uma relação de proximidade entre mim, os CI e a pessoa dependente no autocuidado, que constitui o elemento fundamental para a obtenção de ganhos para os CI e para a pessoa.

Para os CI sublinho a aquisição de competências no âmbito cuidar instrumental, o saber fazer, nos cuidados anteriormente referidos; o incentivo demonstrado junto dos seus familiares para o autocuidado; a consciencialização das suas vicissitudes enquanto cuidadores; e o sentimento de cooperação e interajuda com a equipa de ECCI. Para o efeito, concorreram a delineação e operacionalização das actividades desenvolvidas junto dos CI, como foi anteriormente explanado no presente trabalho e a função de suporte cimentada nas intervenções realizadas.

No caso das pessoas dependentes no autocuidado, não obstante a constatação do mesmo nível de dependência, no início e no final do estágio, na maioria dos casos, verifiquei que foram obtidos “pequenos” ganhos de funcionalidade, sobretudo a nível

motor, com melhorias a nível da força muscular, sobretudo no caso da pessoa no pós-AVC, que se traduziu na capacidade de tolerar melhor o levantar, e início de treino de marcha com dispositivo de apoio. O caso que explicitarei da pessoa com dependência no autocuidado após a fractura da extremidade do fémur constitui o exemplo de como a intervenção junto dos CI e do seu familiar traduz ganhos para ambos, sobretudo, se implementada após o regresso a casa imediato. De facto, a motivação do utente e o apoio da família e/ou cuidadores vão determinar o grau da recuperação da funcionalidade do mesmo pois se ao desempenharem as suas AVD, forem estimulados pela família ao autocuidado, pode fazer a diferença, comparativamente com uma família que substitui o doente, pensando que é o melhor para lhe assegurar bons cuidados (Barbosa, 2012)

Numa outra perspectiva, o facto da não ocorrência de eventos críticos como reinternamentos da pessoa com dependência, como o caso das quedas, e o agravamento da dependência constitui directamente um indicador de qualidade de cuidados dos CI e do EEER, como foi possível verificar na revisão bibliográfica. A realização do manual de cuidador revelou-se uma estratégia interessante para a manutenção e promoção da funcionalidade da pessoa com dependência no autocuidado e da capacidade dos CI para o exercício do papel, pois abrange as dimensões do cuidar que, segundo a literatura e os próprios dados obtidos pelo guião de colheita de dados, os mesmos apresentam maior necessidade, nomeadamente: alimentação; higiene; posicionamentos; transferências; controlo de sinais e sintomas; e exercício de relaxamento para o cuidador, o que traduziu uma intervenção próxima e adequada aos CI. (Apêndice XIII)

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ser CI da pessoa dependente no autocuidado reveste-se de uma dinâmica de aprendizagem de habilidades, no âmbito do cuidar instrumental da pessoa, mas também de competências relacionais, de saber estar e ser com o seu familiar ou amigo. É um processo exigente e complexo, para o qual concorrem vários factores, desde características pessoais, familiares, relacionais, e socioeconómicas. Assim, a compreensão da vivência do fenómeno de transição para o papel de CI, da pessoa que inicia o processo de dependência no autocuidado, constitui um fenómeno de particular interesse para os EEER.

Assim, o percurso que desenvolvi ao longo dos EC teve como ponto de partida a perspectiva de desenvolver competências enquanto futura EEER através no projecto designado por “A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da transição para o papel de cuidador da pessoa dependente no autocuidado”.

Para o desenvolvimento de competências foi necessário realizar um período de EC, em contexto domiciliário, numa ECCL, tendo sido planeados, implementados e avaliados CER quer à pessoa com dependência no autocuidado, quer aos seus CI, no sentido de facilitar o processo de transição para o papel de cuidador. As intervenções que delineeii tiveram como pilar a relação de parceria com o CI, tendo em conta as suas características pessoais, o seu contexto familiar e social, e os recursos que a comunidade dispunha, perspectivando o respeito ético e deontológico de cada pessoa e CI, bem como a garantia da sua qualidade de vida.

No decorrer do EC, constatei que para promoção da transição para o papel de CI foi necessário desenvolver junto do CI: treino de técnicas específicas do autocuidado, nomeadamente, os cuidados de higiene, transferências e levante; realizar a supervisão da aquisição de habilidades no que concerne a estes domínios de autocuidado; suporte emocional, no âmbito de promover a adopção de

estratégias de *coping* e melhor relação entre os CI e os seus familiares; e referenciação para entidades da comunidade, no que concerne à aquisição de produtos de apoio. As intervenções delineadas e implementadas junto da pessoa com dependência no autocuidado, contribuíram, de igual forma, para que a relação de parceria e proximidade nos CER fosse efectiva, potenciando o envolvimento dos CI no processo de cuidar.

Durante o período de EC constatei que a continuidade de cuidados entre o contexto hospitalar e a EC, na preparação do regresso a casa, reveste-se, frequentemente, de determinadas falhas, nomeadamente no que concerne ao envolvimento dos CI nos cuidados ao seu familiar. De facto, incluir a pessoa com dependência no autocuidado e o seu CI nos CER, tendo em conta as suas particularidades e o seu potencial, propicia um clima de cuidado holístico. Paralelamente, a promoção do treino de técnicas de autocuidado junto da pessoa e do seu CI, de acordo com os objectivos estabelecidos, é uma condição determinante de todo o processo de desenvolvimento de independência funcional bem como da transição para o papel de CI. Efectivamente, os pequenos ganhos graduais adquiridos pela pessoa com dependência no autocuidado em termos de funcionalidade, promovendo a participação do próprio e do seu CI nas AVD, constituiu um elemento facilitador para o processo de transição de ambos durante todo o desenvolvimento do processo de reabilitação.

Numa outra perspectiva, desenvolvi competências como EEER, mobilizando os conhecimentos adquiridos anteriormente, bem como os novos que surgiram decorrentes de situações específicas com que me deparei nos EC, como por exemplo os CER à pessoa com EM e o seu CI. A aprendizagem profissional, emergente dos EC que realizei assente na prática reflexiva dos cuidados e os conhecimentos complementaram-se de forma considerável no desenvolvimento e construção de competências.

A colaboração com as equipas de enfermagem dos dois EC no âmbito da melhoria contínua e qualidade dos cuidados, nomeadamente, no que concerne à formação em serviço realizada, à elaboração de normas, ao instrumento de registo,

bem como ao exemplo de manual de cuidador, constitui em si mesma uma estratégia da promoção da filosofia dos CER, com vista à mudança da metodologia de intervenção do EEER, na ECCI, através da criação de indicadores sensíveis aos cuidados prestados.

Tendo em conta que exerço funções numa equipa de cuidados domiciliários e face à constatação da realidade do considerável número de pessoas dependentes no autocuidado e, portanto, de CI que cuidam, na maioria das vezes permanentemente dos seus familiares urge repensar a estratégia de intervenção do EEER no sentido de promover favoravelmente a transição para o papel de cuidador. A concretização dos objectivos e actividades emanados do projecto fundamentados no processo de desenvolvimento de competências permitiu a constatação de que, face ao estudos já desenvolvidos em Portugal sobre a problemática dos CI é importante dar o outro passo, isto é, repensar modelos de intervenção juntos dos mesmos, sendo que os EEER estão dotados de competências específicas que permitem acção nesta área. Assim, creio que operacionalizar o objectivo, emanado do projecto de formação, relacionado com a criação de uma consulta de enfermagem de reabilitação com o intuito de promover o papel de cuidador, tendo por base o conceito de *telehealth* é um projectos futuros a reformular e a concretizar.

Por fim, creio que o percurso curricular efectuado, bem como os respectivos EC constituíram o início do meu percurso como futura EEER, sendo que o caminho presente e futuro incute uma necessidade de prática baseada na evidência, de índole reflexiva, que salguarde a qualidade e excelência dos CER e a sua importância para as pessoas.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, C. (2009). Transição para o prestador de cuidados-sensibilidade aos cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 13(1), pp. 61-69. Acedido em 10-05-2013. Disponível em:
http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_61-71.pdf
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (Jun./Jul. 2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 5.
- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (Out. 2008). Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: do hospital à comunidade um desafio. *Referência*, pp. 43-53. Acedido em 12-06-2013. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=38797624&site=ehost-live>
- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (2011). *Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado*. Acedido em 03/11/2013, Disponível em:
<http://www.scielo.br/reeusp>
- Araújo, I., Paúl, M., & Martins, M. (Dez. 2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: a sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 45-53. Acedido em 06/06/2013. Disponível em:
http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400005

- Asiret, G., & Kapucu, A. (Setembro de 2012). Burden of caregivers of stroke patients. *Turkish Journal of Neurology*, 19(1), pp. 5-10. DOI: 10.4274/Tnd.60234
- Barbosa, M. (2012). *Custos e efectividade da reabilitação após Acidente Vascular Cerebral- Uma revisão sistemática*. (Tese de Mestrado) Coimbra: Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra.
- Booth, J., Kumlien, S., Zang, Y., Gustafsson, B., & Tolson, D. (2009). Rehabilitation nurses practices in relation to urinary incontinence following stroke: a cross-cultural comparison. *Journal of Clinical Nursing*, 1049-1058. DOI:10.1111/j.1365-2702.2008.02688.x
- Bywater, A., & While, A. (2006). Management of bowel dysfunction in people with multiple sclerosis. *British Journal of Community Nursing*, 11(8), 333–4, 336–7, 340–1. Acedido em 17/10/2013. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2009274810&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Braga, R., Marta, S., & Janeiro, L. (Junho de 2006). Reabilitar a pessoa com AVC. *Enformação* .
- Câmara, P. (2011). *Atitude do idoso face à dependência no autocuidado para andar* . (Tese de Mestrado). Disponível no RCAAP
- Catangui, E. J., & Slark, J. (2012). Nurse-led ward rounds: a valuable contribution to acute stroke care. *British Journal of Nursing*, 801-805. Acedido em 11/12/2012. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2011637941&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Cameron, V. (2013). Best practices for stroke patient and family education in the acute care setting: a literature review. *Medsurg Nursing*, 22(1), pp. 51-56. Acedido em 12/05/2013. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2011909474&lang=pt-br&site=ehost-live>

Cecil, R., Parahoo, K., Thompson, K., McCaughan, E., Power, M., & Campbell, Y. (2010). 'The hard work starts now': a glimpse into the lives of carers of community-dwelling stroke survivors. *Journal of Clinical Nursing*, 20, pp. 1723-1730. DOI:10.1111/j.1365-2702.2010.03400.x

Chun, R. (2010). *Processos de significação de afásicos usuários de comunicação suplementar e/ou alternativa*. Acedido em 25/10/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v15n4/a21v15n4.pdf>

Cordeiro, C., & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Principios e Técnicas*. Loures: Lusociência.

Cunha, M. (2012). *O impacto do cuidado informal na qualidade de vida do cuidador*. (Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem). Disponível no RCAAP:

Decreto de Lei nº101/2006 de 06 de Junho (2006.). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República I-A Série, Nº109 (24-05-2006) 3856-3865.

Decreto de Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro (2008). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República I Série, Nº 39 (13-02-2008) 1182-1189.

Dias, L. (2012). *Avaliação funcional da pessoa pós fratura do colo do fémur*. (Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Direcção Geral de Saúde (2013). *Portugal: Doenças Respiratórias em Números, 2013*. Lisboa: DGS.

- Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes: the state of science* (2 ed.). Sudbury: Jones & Bartlett Learning.
- Duarte, S. (2010). *Continuidade em Cuidados Domiciliários: O Papel do Enfermeiro*. (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Disponível no RACAAP.
- ESEL. (2013). *Planeamento do 4ªCMEER*. Lisboa.
- Félix, A. (2010). *Quem cuida do cuidador? O custo invisível do acto de cuidar*. (Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde) . Disponível no RCAAP:.
- Fernandes, M., Pereira, M., & Ferreira, M. (Jul. 2002). Sobrecarga Física, Emocional e Social nos Cuidadores Informais de Doentes com AVC. *Sinais Vitais*, 43, pp. 31-35.
- Ferreira, F., Pinto, A., Laranjeira, A., Pinto, A., Lopes, A., Viana, A., . . . Fonseca, C. (2009). Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3, pp. 13-19.
- Figueiredo, D. (2007.). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com ou sem demência. Abordagem multidimensional das (dis)semelhanças*. (Tese de Doutramento em Ciências da Saúde). Disponível no RCAAP.
- Fonseca, A., Henriques, I., & Ferro, J. (2008). *Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico e do Acidente Isquémico Transitório- Versão Portuguesa*. Heidelberg: The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee. Acedido em 12/05/2013. Disponível em: http://www.congrex-switzerland.com/fileadmin/files/2013/eso-stroke/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf

- Grawburg, M., Howe, T., Worrall, L., & Scarinci, N. (2013). A qualitative investigation into third-party functioning and third-party disability in aphasia: Positive and negative experiences of family members of people with aphasia. *Aphasiology*, pp. 828-848. DOI:10.1080/02687038.2013.768330
- Gomes, J., Martins, M., Gonçalves, M., & Fernandes, C. (Dez. 2012). Enfermagem de reabilitação: percurso para a avaliação da qualidade em unidades de internamento. *Revista de Enfermagem Referência.*, pp. 29-38. Acedido em 24/10/2013. Disponível em:
http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000300003
- Hafsteinsdóttir, T., M., V., Lindeman, E., & Schuurmans, M. (2011). Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: a systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 85, pp. 14-25. Acedido em 06/05/2013. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2011261058&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Heitor, M. (1988). *Reeducação Funcional Respiratória* (2ª ed.). Lisboa: Boehringer Ingelheim.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem-pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Hudson, P., Quinn, K., O'Hanlon, B., & Aranda, S. (2008). Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines. *BMC Palliative Care*, 7, 12. DOI:10.1186/1472-684X-7-12

Imaginário, S. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.

Instituto Nacional de Estatística (2010). *Indicadores Sociais 2009* INE: Lisboa.

Januário, J. (2013). *Resultados das Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa Internada no Serviço de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. (Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde). Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Johansson, B. (2011). Current trends in stroke rehabilitation. A review with focus on brain plasticity. *Acta Neurologica Scandinava*(125), pp. 147-159. DOI: 10.1111/j.1600-0404.2010.01417.x

Kisner, C., & Kolby, L. (2009). *Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnicas* (5ª ed.). São Paulo: Manole.

Jordan, L.-A., Mackey, E., Coughlan, K., Wyer, M., Allnutt, N., & Middleton, S. (2010). Continence management in acute stroke: a survey of current practices in Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 94-104. DOI:10.1111/j.1365-2648.2010.05480.x

Lage, M. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. (Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem) . Porto: Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Laska, A., Mårtensson, B., Kahan, T., Von Arbin, M., & Murray, V. (2007). Recognition of Depression in Aphasic Stroke Patients. *Cerebrovascular Diseases*, pp. 74-79. Acedido em 02/11/2013. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17519547&lang=pt-br&site=ehost-live>

- Leonardo, V. (2011). *Famílias que integram dependentes no autocuidado:recursos utilizados pelos prestadores de cuidados*. (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem). Disponível no RCAAP.
- Levinthal, D. J., Rahman, A., Nusrat, S., O'Leary, M., Heyman, R., & Bielefeldt, K. (2013). Adding to the burden: gastrointestinal symptoms and syndromes in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis International*, 2013, 319201. doi:10.1155/2013/319201
- Lui, M., Lee, D., Greenwood, N., & Ross, F. (2012). Informal stroke caregivers' self-appraised problem-solving abilities as a predictor of well-being and perceived social support. *Journal of Clinical Nursing*, 21, pp. 232-242. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03742.x
- Martins, M. (2002). *Uma crise acidental na família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins, R. (2011). *A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho de Lisboa- abordagem exploratória à dimensão do fenómeno*. (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem). Disponível no RCAAP:
- McCullagh, E., Brigstocke, G., Donaldson, N., & Kalra, L. (2005). Determinants of caregiving burden and quality life in caregivers of stroke patients. *Stroke: Journal of the American Stroke Association*, 36, pp. 2181-2186. Acedido em 30/04/2013. Disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2009296236&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

- Meleis, A., Sawyer, L., Eun-Ok, I., DeAnne, M., & Scumacher, K. (2000). Experiencing transitions: emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), pp. 12-28. Acedido em 14/11/2012. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2000060332&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusodidacta.
- Messecar, D. (Ago. 2012). *Nursing standard of practice protocol: family caregiving*. Acedido em 04/06/2013. Disponível em http://consultgerirn.org/topics/family_caregiving/want_to_know_more.
- Neto, I. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*(74), pp. 68-74.
- Norton, C., & Chelvanayagam, S. (2010). Bowel problems and coping strategies in people with multiple sclerosis. *British Journal Of Nursing*, 19(4), 220. Acedido em 27/10/2013. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2010581205&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Nunes, L., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Oliveira, E. (2009) - *Perfil de Saúde do Concelho de Oeiras*. Oeiras: Município de Oeiras. Acedido em: 10/10/2013. Disponível em: <http://www.jf-carnaxide.pt/perfil-de-saude-do-concelho-de-oeiras.html>
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Referencial do Enfermeiro*. OE: Lisboa. Acedido em 04/11/2013. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20%20Abril%202009.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 04/01/2013. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 04/01/2013 Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 06/06/2013. Disponível em;

<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boas práticas -Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade-posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 12/01/2014. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf

Orem, D. (2001). *Nursing- Concepts of Practise* (6ª ed.). St.Louis, Missouri: Mosby.

Organização Mundial da Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* Lisboa: DGS. Acedido em 12/11/2013.

Disponível em: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf

- Padilha, J., Guardado, A., Pinto, V., Queirós, P., Henriques, F., Alves, M., . . . Costa, M. (2001). *Enfermagem em Neurologia*. Coimbra: Formasau.
- Peixoto, M., & Santos, C. (2009). Estratégias de Coping na família que presta cuidados. *Revista Cadernos de Saúde*, pp. 87-93.
- Pereira, S. (2011). *Do hospital para casa: estrutura da ação de enfermagem. Uma teoria de Médio Alcance*. (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Disponível no RCAAP.
- Pereira, E. (2011). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado. Relevância da definição dos cuidados prestados*. (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem). Disponível no RCAAP.
- Pereira, H. R., & Rebelo Botelho, M. A. (2011). Sudden informal caregivers: the lived experience of informal caregivers after an unexpected event. *Journal of Clinical Nursing*, 20(17-18), 2448–57. DOI:10.1111/j.1365-2702.2010.03644.x
- Pereira, I., & Silva, A. (2012). Ser cuidador familiar: a perceção do exercício do papel. *Pensar Enfermagem*, 14(1), pp. 42-54. Acedido em 03/05/2013. Disponível em:
http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2012_16_1_42-54.pdf
- Perrin, P., Johnston, A., Vogel, B., Heesacker, M., Vega-Trujillo, M., Anderson, J., & Rittman, M. (2010). A culturally sensitive Transition Assistance Program for stroke caregivers: examining caregiver mental health and stroke rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 47(7), pp. 605-616. DOI:10.1682/JRRD.2009.10.0170
- Petronilho, F. (Fev. 2010). A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um membro dependente no auto

cuidado: uma revisão da literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp. 43-58.

Peters, M., Jenkinson, C., Doll, H., Playford, E. D., & Fitzpatrick, R. (2013). Carer quality of life and experiences of health services: a cross-sectional survey across three neurological conditions. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 103. DOI:10.1186/1477-7525-11-103

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado. Conceito Central da Emfermagem . .* Coimbra: Formasau.

Ricardo, R. (2012). *Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o Índice de Barthel, nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta, com intervenção de Enfermagem de Reabilitação.* (Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Disponível no RCAAP.

Santos, E., & Fernandes, A. (Mar. 2004). Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Revista Referência* , pp. 61-64. Acedido em 06/12/2013. Disponível em:
http://www.esenfc.pt/site/index.php?module=rr&target...id_artigo...%E2%80%8E

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

Shumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transition a central concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship.*, 26(2), pp. 119-127. Acedido em 05/12/2012. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8063317>

Shyu, Y. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing.*, 3(32), pp. 619-625. Acedido em 04/06/2013. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=11012804&lang=pt-br&site=ehost-live>

Shyu, Y.-I., Kuo, L.-M., Chen, M.-S., & Chen, S.-T. (2010). A clinical trial of an individualised intervention programme for family caregivers of older stroke victims in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 19,(11-12) pp. 1675-1685. DOI:10.1111/j.1365-2702.2009.03124.x

Soares, S., & Carvalho, C. (2009). Intolerância ao exercício em pacientes com doença pulmonar obstrutiva. *Revista Ciências Médicas Campinas*. Acedido em 15/12/2013. Disponível em:
<http://www.puc-campinas.edu.br/centros/ccV/revistacienciasmedicas/artigos/v18n3-3.pdf>,
acedido a 12/12/2013

Tanner, C. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *The Journal of nursing education*, 45(6), 204–11. Acedido em 06/12/2012. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16780008>

Temize, H., & Gozum, S. (2012). Impact of nursing care initiatives on the knowledge level and perception of caregiving difficulties of family members providing home care to stroke patients. *Journal of Society for development in new net environment i B&H*, 6(8), pp. 2681-2688.

Turner, B., Fleming, J., Ownsworth, T., & Cornwell, P. (2008). The transition from hospital to home for individuals with acquired brain injury: a literature review and research recommendations. *Disability and rehabilitation*, 30(16), pp. 1153-1176. Acedido em 17/05/2013. disponível em:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=34280701&lang=pt-br&site=ehost-live>

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011). *Manual do Prestador. Recomendações para a melhoria contínua*. UMCCI: Lisboa. Aceidido em 23/10/2013. Disponível em:
http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/UMCCI-RNCCI_Manual_do_Prestador.pdf

APÊNDICES

Apêndice I – Projecto de Formação



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

Projecto de Formação

- A transição para o papel de cuidador da pessoa dependente após o AVC, no regresso a casa:

A intervenção do EEER-

Ana Catarina da Costa Maia, nº4829

Lisboa, Julho de 2013



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

Projecto de Formação

- A transição para o papel de cuidador da pessoa dependente após o AVC, no regresso a casa:

A intervenção do EEER-

Estudante: Ana Catarina da Costa Maia, nº4829

Orientador: Professor Dr. Miguel Serra

Lisboa, Julho de 2013

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

PENSAMENTO

” *O projecto é o rascunho do futuro.* ”

(Jules Renard, 1864-1910),

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVD- Actividades de vida diária

████████████████████

CI- Cuidadores informais

DGS- Direcção Geral de Saúde

EE-Enfermeiro Especialista

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EUA- Estados Unidos da América

████████████████████

SAPE- Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

UC- Unidade Curricular

████████████████████

ÍNDICE

Introdução	
1 Descrição dos locais de estágio	
2 Enquadramento teórico-conceptual	
2.1 A transição para o papel de cuidador da pessoa com AVC no regresso a casa e meses seguintes.....	
2.2 A intervenção do EEER como facilitador do processo de transição.....	
3 Plano de trabalho, objectivos e métodos	
4 Conclusão.....	
5 Bibliografia.....	
Apêndices	
Apêndice I	
Apêndice II	
Apêndice III	
Apêndice IV	

INTRODUÇÃO

O presente projecto de formação foi elaborado no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação e enquadra-se na unidade curricular Opção 2, o qual será desenvolvido no 3º semestre maioritariamente no [REDACTED], no período de 11/11/2013 a 14/02/2013, mas também no serviço de [REDACTED], no período de 30/09/2013 a 08/11/2013.

O projecto de formação visa responder a um conjunto de objectivos, no sentido de permitir a integração e interacção enquanto especialista de enfermagem de reabilitação na prática de cuidados, nomeadamente;

- Constituir um guia de orientação para o período de formação na [REDACTED]
- Formular os objectivos específicos a concretizar no estágio;
- Orientar o desenvolvimento do estágio, tendo em conta os objectivos delineados;
- Planear as actividades, no sentido de realizar e concretizar os objectivos previamente definidos;
- Organizar os cuidados de enfermagem tendo em conta os conhecimentos adquiridos ao longo do curso de especialização, bem como os contributos da literatura que foi mobilizada para a concretização do presente projecto de formação;
- Constituir um instrumento de avaliação da UC.

O presente projecto constitui um fio condutor na aquisição e desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista de reabilitação, partindo da seguinte questão: *de que forma as intervenções do enfermeiro especialista de reabilitação são facilitadoras do processo de transição nos cuidadores da pessoa dependente, após o episódio AVC, no seu regresso a casa?*

De facto, considero que a importância atribuída ao desenvolvimento do presente projecto nesta área temática reside na motivação pessoal, na medida em que, no meu exercício profissional nos cuidados de saúde primários, especificamente, na equipa de cuidados de enfermagem domiciliários, constato a existência de um número considerável de CI de pessoas após o AVC que

necessitam de uma intervenção de enfermagem mais específica tendo em conta as suas necessidades. Por outro lado, acredito que do ponto de vista social, a reflexão e evidência das estratégias de intervenção do EEER permitirá para a pessoa após o AVC e para os seus cuidadores ganhos em saúde, possibilitando a fundamentação da importância destas intervenções. Neste sentido, com o presente projecto, tendo em conta os contributos teóricos, pretendo: compreender o processo de transição para o papel de cuidador, nomeadamente: como é vivenciada pelo cuidador a integração de uma pessoa dependente; quais as dificuldades sentidas pelo cuidador no regresso a casa e nos meses seguintes; quais as estratégias dos enfermeiros especialistas de reabilitação que podem facilitar ao cuidador a assunção do seu papel e de que forma beneficiam das mesmas.

O fenómeno do AVC constitui um importante problema de saúde que acarreta consequências para a pessoa que o vivencia, mas também para os seus cuidadores, nomeadamente os cuidadores informais, que podem ser os seus familiares, designados por prestadores de cuidados ¹, vizinhos ou amigos, à pessoa com necessidade de cuidados instrumentais, ou pessoais, nas actividades de vida diária, constituindo a sua rede de cuidado informal (Imaginário, 2003, p.59). Assim, no presente trabalho o termo cuidador tem em conta tais definições, não se restringindo apenas aos familiares.

Efectivamente, o AVC constitui a segunda principal causa de morte, conforme é referido no estudo desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009), sendo, segundo o mesmo estudo, a principal causa de incapacidade, onde permanecem sequelas físicas, mentais e sociais, restringindo a funcionalidade, particularmente ao nível da independência nas AVD. A este facto, segundo a mesma fonte, (p.6) acresce o custo económico, geralmente elevado, associado quer pela incidência de mortes prematuras, quer pelo nível de incapacidade associado, e à sua repercussão nos cuidadores.

De facto, o cuidador experiencia um processo de transição do tipo situacional, conceito definido por Chick & Meleis (1986) ao assumir o papel de cuidador. No trabalho desenvolvido por Shyu (2000), é demonstrado que o cuidador vivencia um

¹ Segundo a CIPE, o prestador de cuidados, é “aquele que assiste na identificação, prevenção, ou tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família” (ICN, 2006, p.176).

processo de transição aquando do momento da alta e regresso a casa do seu familiar que iniciou o processo de transição. Corroborando esta ideia, o trabalho de revisão de literatura desenvolvido por Petronilho (2010), é referido que a transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores, de forma a dar respostas às necessidades dos seus membros dependentes, não termina no momento da alta hospitalar do familiar dependente, o que remete para a necessidade da continuidade dos cuidados no contexto familiar.

McCullagh, Brigstocke, Donaldson, & Kalra (2005), referem que os cuidadores da pessoa que iniciou o processo de dependência após o AVC, devem ser envolvidos no processo de reabilitação para que possam ocorrer ganhos em saúde, nomeadamente em termos de qualidade de vida, para a pessoa que sofreu o AVC, maior recuperação funcional, e diminuição da sobrecarga pelos cuidadores. Ainda, nesta linha de ideias, Messecar (2012), refere que no processo de transição para o papel de cuidador as suas necessidades relacionam-se com: informação sobre a condição de saúde da pessoa que cuidam; competência para monitorizar sinais e sintomas; domínio de habilidades nos seus cuidados pessoais; suporte emocional; apoio da equipa de cuidados domiciliários.

Desta forma, o EEER surge, assim, como um elemento fulcral no auxílio da pessoa, ser holístico, e da família na fase de transição e de adaptação à sua nova condição. Na medida em que o cuidar dos EEER abrange necessariamente a informação, a orientação e a capacitação dos doentes e familiares na doença, na reabilitação, na readaptação e na reinserção familiar, social e laboral, compete-lhes desenvolver intervenções que vão de encontro às necessidades dos cuidadores permitindo, assim, a recuperação da pessoa após o AVC (Hesbeen, 2001). Numa outra perspectiva, o EEER no processo de reabilitação estabelece uma relação de parceria num continuum de cuidados, agindo como o perito na prestação de cuidados à pessoa, família e comunidade na prevenção e na resolução de problemas no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação, capacitando-a para a gestão da situação (Planeamento do 4ºCMEER,ESEL, 2013).

Neste sentido, é importante para o enfermeiro especialista de reabilitação desenvolver competências que facilitem a integração da pessoa dependente após o AVC no regresso a casa, sendo que os seus familiares, ou pessoas significativas

irão desempenhar um novo papel, ou seja, o de cuidadores. Mediante esta situação, cabe ao enfermeiro especialista de reabilitação a “ *concepção de planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto-controlo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade*” (Ordem dos Enfermeiros- Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação., 2010, p.4). Por outro lado, os enfermeiros especialistas em reabilitação, pela especificidade da ocorrência fenómeno do AVC na pessoa e no seu seio familiar, assumem o dever de “*avaliar os aspectos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade*”, bem como “*ensinar a pessoa e ou cuidador técnicas específicas de auto cuidado*” (OE, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação, 2010, p.5). No desenvolvimento de tais competências, importa o estabelecimento de uma relação de parceria com os cuidadores visando a promoção do seu exercício do seu, indo de encontro às necessidades por eles demonstradas.

No sentido de otimizar o caminho que pretendo desenvolver no estágio, que constitui uma etapa fundamental no processo de ensino-aprendizagem de desenvolvimento de competências enquanto futura EEER, o presente projecto de formação encontra-se estruturado da seguinte forma: a presente introdução; a descrição dos locais de estágio, tendo por base os guiões prévios das entrevistas realizadas e a análise dos dados das mesmas; o enquadramento teórico-conceptual, que consiste numa revisão da literatura sobre o processo de transição para o papel de cuidador da pessoa dependente após o AVC, no regresso a casa; o plano de trabalho onde são contemplados os objectivos gerais e específicos que pretendo atingir durante a realização do ensino clínico, bem como as actividades delineadas para a sua concretização, tendo por base as competências gerais do EE e específicas do EEER, bem como os contributos da revisão da literatura contextualizadas no enquadramento teórico-conceptual; e, por fim, a conclusão, onde é analisada a importância da realização do mesmo e as expectativas e perspectivas futuras,

DESCRIÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Os locais de estágio escolhidos para a realização dos ensinamentos clínicos incidiram sobre o [REDACTED] no período de 30/09/2013 a 08/11/2013 onde irei desenvolver competências enquanto EEER, especificamente na área da reeducação funcional respiratória, e no [REDACTED], de 11/11/2013 a 14/02/2013, local que irá permitir o desenvolvimento de competências na área sensório-motora, e permitir o desenvolvimento do projecto de formação (ver apêndice I- Cronograma de Planificação dos Estágios).

No sentido de otimizar a descrição dos locais de estágio foram realizados estágios de observação aos locais de ensino clínico, no mês de Abril de sendo elaborados guiões de entrevista para os dois campos de estágio (ver apêndice II) para consolidar as visitas realizadas. Pelas circunstâncias relacionadas com a autorização para a realização do estágio na [REDACTED], não foi possível a concretização da visita ao local de estágio, pelo que neste ponto é descrito o resultado decorrente das entrevistas realizadas aquando da incursão realizada ao campo de estágio do [REDACTED].

O [REDACTED], em termos de equipa espaço físico tem dotação para 14 utentes em regime de internamento, que em média são 9 dias, e para 4 utentes no hospital de dia, sendo constituído por: 4 Enfermarias (1 isolamento); Hospital de dia; Unidade de transplante pulmonar (cirurgia torácica linear), sendo o único O processo de referenciação dos utentes para o [REDACTED] tem por base os encaminhamentos provenientes de: Urgência geral; Consulta externa de Pneumologia; Consulta da Especialidade Torácica. Relativamente às doenças mais frequentes dos utentes que são admitidos no serviço destacam-se: DPOC; Bronquiectasias; Fibrose Pulmonar e patologias onde um dos critérios de tratamento relaciona-se com o transplante pulmonar.

Em termos de dinâmica de equipa esta é multidisciplinar, sendo constituída pela equipa de enfermagem; equipa médica com as especialidades de Pneumologia e Medicina Interna); fisioterapia; dietista e psicologia. Em relação à equipa de enfermagem, esta é maioritariamente jovem, com uma média de idades de 30 anos, sendo constituída por 18 enfermeiros, dos quais 6 são EEE, sendo a prática laboral assegurada em 3 turnos: manhã: (08h-16:30h); tarde (16h-23h); noite (22:30h-08). A formação em serviço é uma realidade presente na equipa de enfermagem, sendo

sustentada com planos de formação para todos os enfermeiros; reuniões informais e passagem de turno, onde se discutem os planos instituídos, visando a partilha de intervenções; e a implementação de projectos de enfermagem no serviço. Os cuidados de ER são prestados visando os cuidados na plenitude, a recuperação das limitações funcionais, com maior ênfase na reeducação funcional respiratória, e a gestão das expectativas face à doença, nomeadamente: a alteração da imagem corporal, dispêndio de energia, adesão à terapêutica. De salientar que os EEER neste serviço prestam também cuidados gerais, sendo que pela especificidade das suas competências, têm oportunidade de se dedicarem aos utentes com maior necessidade em termos de reabilitação, e, dentro dos possíveis asseguradas pelos EEER no turno da manhã. No que concerne aos registos de enfermagem estes assentam no modelo de cuidados gerais, sendo informatizados (SAPE®), com recurso à utilização de escalas preconizadas pela DGS (manuais). Existe, também, uma bases de dados dos utentes, cujo objectivo é permitir a actualização do processo de reabilitação do utente para a compreensão dos ganhos em saúde obtidos. Um dos outros aspectos que importa referir relaciona-se com o planeamento da alta o qual é realizado tendo por base a realização de ensinamentos ao utente e à sua família, sendo a articulação com a comunidade realizada através da disponibilização de uma carta administrativa.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

De acordo com a Sociedade Portuguesa do AVC (2008), todos os anos cerca de 15 milhões de pessoas em todo o mundo são vítimas de AVC e destas, 5 milhões morrem e outros 5 milhões ficam incapacitados, constituindo a terceira causa de morte nos países desenvolvidos. Segundo a mesma fonte, cerca de 50% das pessoas após o AVC ficam com limitações nas AVD, sendo que cerca de 10% das pessoas ficam totalmente dependentes, e apenas 30% recuperam sob o ponto de vista sensório-motor.

Perante esta situação, importa reflectir acerca das implicações que o AVC tem para a pessoa, para os seus cuidadores e para os profissionais de saúde.

De acordo com a DGS (Direcção Geral de Saúde, 2001) após um AVC, a reacção de cada pessoa, o tempo e grau de recuperação são variáveis., sendo que no conjunto dos doentes que sofreram um AVC: aproximadamente metade vai ficar independente no que se refere aos seus cuidados, como comer, vestir, lavar, andar; uma parte menor (1 em cada 3) ficará com alguma incapacidade; alguns doentes (1 em cada 5) ficarão dependentes, mesmo para cuidar de si próprios. Segundo a mesma fonte, a esta evolução estão associados quatro factores fundamentais: a gravidade do AVC; as expectativas do doente; a participação do doente e da família; a qualidade dos cuidados de saúde recebido. Tal situação vai de encontro ao que refere Marques, no seu estudo, (2005, p. 139) ao mencionar que:

“Apesar das taxas de incidência do AVC não apresentarem um aumento muito significativo, a mortalidade diminui com conseqüente aumento da esperança de vida, o que implica um maior número de doentes com sequelas e a necessitar de cuidados, tornando este um problema de saúde pública, nas suas vertentes de integração biopsicossocial, custos à sociedade e à própria família do doente”.

Com base nesta premissa, é possível afirmar que, perante o início do processo de dependência da pessoa após o AVC, actualmente existem determinadas estratégias no âmbito das políticas de saúde que têm como objectivo constituir um suporte para os CI da pessoa, visto que nem todas as pessoas ficam dependentes. Por exemplo, a criação da Rede Nacional de Cuidados Integrados (Decreto de Lei nº101/2006, artigo 4º, p.3858), tem, entre outros objectivos: *“A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio*

social (...),o apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados.”, Por outro lado, a criação das Unidades de Cuidados na Comunidade (Decreto de Lei nº28/2008, artigo 10º, p. 1184) constituiu uma missão para: *“prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família”*. Contudo, segundo Andrade (2009, p. 63)

“ nas respostas do sistema de saúde português persistem carências ao nível das soluções oferecidas pelas instituições de saúde e de apoio social aos prestadores de cuidados. As políticas de saúde que têm sido adoptadas (...) estão, na sua essência, dirigidas aos doentes”.

Assim, enquanto futura EEER é necessário que o processo de desenvolvimento de competências compreenda o envolvimento dos prestadores de cuidados da pessoa após o AVC, no sentido de desenvolver uma relação de parceria que vá de encontro às necessidades dos mesmos.

Na verdade, as consequências do AVC constituem um problema fulcral para os doentes, respectivas famílias e cuidadores informais, uma vez que podem comprometer as actividades de vida diária, devido à alteração da sua motricidade, o discurso, as emoções, mesmo a sua memória, predispondo os doentes a graves riscos de saúde e de bem-estar (Martins, 2006).

Neste sentido, a ocorrência do evento crítico do AVC traduz-se, em certa medida, na incapacidade funcional, para um conjunto de pessoas, pelos dados epidemiológicos já referidos, o que incorre numa alteração do seu bem-estar, na realização das suas actividades de vida diária, na sua qualidade de vida, bem como na readequação dos papéis no seio familiar e relacional.

O envolvimento dos cuidadores no processo de reabilitação constitui uma preocupação considerável conforme referem Fonseca, Henriques, & Ferro (2008, p. 77):

“À medida que o doente transita da reabilitação hospitalar para a comunidade, o envolvimento dos cuidadores na reabilitação torna-se cada vez mais importante. O

treino formal aos cuidadores na prestação de cuidados, reduz os custos em meios humanos e melhora a qualidade de vida”.

Assim, para a pessoa o processo de dependência após o AVC implica que o seu cuidado seja realizado por outras pessoas, que podem ser familiares ou seus significativos, que assumem o papel de cuidadores. Um aspecto importante a referir relaciona-se com o facto de que os prestadores de cuidados quer sejam familiares, amigos ou parceiros, contribuirão significativamente para o sector da saúde, quer ao nível económico, quer na prestação de cuidados (Battams, 2005, p. 4).

A vivência do episódio do AVC pela pessoa e os prestadores de cuidados constitui um “ *processo intenso e disruptivo face ao funcionamento habitual, com um importante impacto ao nível daqueles que rodeiam o individuo e que origina múltiplas fases de adaptação à nova situação*” (Serra, 2010, p. 21). Na mesma linha de pensamento, Araújo; Paúl & Martins (2008) afirmam que, numa família, quando um dos elementos sofre um AVC a dinâmica familiar pode ser alterado pelo grau de dependência que o evento crítico do AVC acarreta.

De facto, no estudo desenvolvido por Sit et. al. (2004, cit. por Petronilho 2010) a necessidade de cuidados de enfermagem para os cuidadores de doentes com acidente vascular cerebral vai para além da alta hospitalar, sendo que para a garantia dos cuidados prestados pelos membros da família em contexto domiciliário é necessário que estes estejam preparados, e tenham apoio através de um plano de intervenção da rede formal que abranja todos os membros da família, em especial no período imediato ao regresso à casa.

Contudo, uma das conclusões que surge no estudo desenvolvido por Araújo, Paúl & Martins (2008), a continuidade de cuidados ainda não é uma realidade, na medida em que os ensinamentos, orientações, treinamentos não vão de encontro às necessidades expressas pelos cuidadores, centrando o seu cuidado na pessoa dependente e descurando-se do cuidador principal.

Perante esta situação, importa reflectir de que forma os EEER intervêm junto dos cuidadores aquando do regresso a casa e que estratégias utilizam para permitir que a transição para exercício do papel de cuidadores decorra de uma forma saudável, compreendendo que o processo de reabilitação, vai de encontro ao que refere Barbosa (2012, p. 34):

“A motivação do paciente e o apoio da família e/ou cuidadores também vão determinar o grau da recuperação da funcionalidade, pois se ao desempenharem as suas AVD, forem estimulados pela família ao auto cuidado, pode fazer a diferença, comparativamente com uma família que substitui o doente, pensando que é o melhor para lhe assegurar bons cuidados.”

2.1 A transição para o papel de cuidador da pessoa com AVC no regresso a casa e meses seguintes, contributo da Teoria das Transições

O conceito de transição encontra-se intimamente ligado à “Teoria das Transições” desenvolvida por Schumacher & Meleis (1994), o que propiciou uma estrutura teórica para a disciplina de enfermagem. Para Meleis, Sawyer, Eun-Ok, DeAnne, & Schumacher (2000), as mudanças na vida das pessoas geram processos de transição, tornando-as mais vulneráveis. Assim, este conceito constitui um novo modo de perspetivar o cuidar, no qual cuidamos a pessoa no decurso das diferentes etapas da sua vida, influenciando o seu processo de transição ao centrarmos as nossas intervenções na pessoa e nas suas reais necessidades.

O estudo desenvolvido por Shyu (2000) nos EUA, conclui que as principais necessidades dos cuidadores, relativamente aos profissionais de saúde, se centram em necessidades de suporte emocional, na aquisição de habilidade e competência para cuidar dos seus familiares, na informação para a vigilância em saúde e conhecimento sobre os recursos disponíveis na comunidade. No mesmo estudo, estão descritas três fases pelas quais os cuidadores passam, aquando do processo de transição para o desempenho do novo papel: a fase de envolvimento, a fase de negociação e a fase de estabilização. Em cada fase estão descritas as necessidades específicas sentidas por parte dos prestadores de cuidados, as quais são susceptíveis de intervenção por parte dos profissionais de enfermagem, nomeadamente os enfermeiros de reabilitação.

De facto, o assumir do papel de cuidador tem por base um conjunto de factores motivacionais e de contexto, sendo que a forma como vivencia o processo de transição, ou seja, através dos dados relativos aos indicadores de processo de transição nomeadamente permitem ao EEER compreender a sua tendência para a

saúde ou para a vulnerabilidade e risco, possibilitando uma intervenção (Meleis, Sawyer, Eun-Ok, DeAnne, & Schumacher (2000).

De acordo com Meleis (2010), a forma como a pessoa vivencia os processos de transição tem tradução nos seus padrões de resposta que podem ser analisados através de indicadores de processo ou de resultado. Schumacher et al (2000) referem como indicadores de capacidade para que o cuidador exerça o seu papel: a monitorização, monitorização; interpretação tomar decisões; agir; fazer ajustamentos; mobilizar recursos; negociação com o sistema de saúde; providenciar cuidados instrumentais; relacionar-se com a pessoa dependente.

Neste sentido, importa compreender que a transição para o papel de cuidador de uma pessoa dependente após o AVC constituiu um momento exigente, no qual os EEER devem têm um papel fundamental.

No estudo desenvolvido por Turner, Fleming, Ownsworth, & Cornwell (2008), é referido que existem vários factores que influenciam o processo de transição para o papel de cuidador no regresso a casa da pessoa dependente nomeadamente: o seu estado emocional; o seu bem-estar psicológico; capacidade para compreender a informação; e capacidade para procurar suporte social e técnico.

Em relação às necessidades demonstradas pelos prestadores de cuidados estas compreendem o saber cuidar instrumental, nomeadamente: a alimentação e cuidado com a SNG; a realização de posicionamentos e levante; os cuidados de higiene e vestuário; realizar aspiração de secreções; cuidados de eliminação vesical (cuidados com a algália); medicação; utilização de ajudas técnicas; e o cuidar emocional, ou seja, o saber lidar com o familiar, apoio emocional, estratégias de relaxamento e postura. (Araújo, Paúl & Martins, 2008; Pereira & Silva, 2012)

Na mesma linha de ideias, Hafsteinsdóttir, M., Lindeman, & Schuurmans (2011), no seu estudo de revisão sistemática da literatura, chegaram à conclusão que após duas semanas do regresso a casa os cuidadores da pessoa que vivenciou o episódio de AVC, demonstram necessidades de informação; comunicação e suporte por parte dos enfermeiros. No mesmo estudo é referido que, em relação às necessidades educativas dos cuidadores, no que concerne ao cuidar instrumental encontram-se: a prevenção de quedas; manter uma adequada nutrição; conhecer os sinais e sintomas de eventos adversos; gestão da medicação; e em relação ao

cuidar emocional: estarem activos, gerir o *stress* e as emoções decorrentes da assunção do seu novo papel. Por outro lado, o estudo desenvolvido por Cameron, (2013), refere que a educação aos familiares da pessoa dependente após o AVC deve ir de encontro às necessidades na área sensório-motora e da respiração.

Os cuidadores, sobretudo do sexo feminino, no regresso a casa do seu familiar dependente, e nos meses seguintes, após o AVC, experimentam uma moderada sobrecarga no exercício do papel associados a um conjunto de alterações a nível psicológico, económico e social, nomeadamente, dificuldades financeiras e o abandono do seu emprego, que influenciam o seu processo de saúde, sendo necessário readequar as suas estratégias de *coping* (Cecil, et al., 2010). Por outro lado, os cuidadores podem desenvolver problemas de saúde como hipertensão, hérnias discais, úlceras gástricas e cefaleias, associados ao aparecimento de doenças crónicas e do foro emocional (Asiret & Kapucu, 2012).

Contudo, importa mencionar que o processo de transição para o papel de prestador de cuidados é uma experiência vivenciada de forma diferente por cada cuidador, sendo que segundo Pereira & Silva (2012, p. 52) :

“Apesar de em todos os cuidadores familiares apresentarem uma trajectória semelhante, os significados atribuídos ao exercício do papel traduziram para uns uma experiência compensadora, para outros uma experiência desgastante, no entanto, quer durante o internamento, quer em casa imperou a consciência de ser uma experiência absorvente e difícil pelo impacte que o exercício do papel teve no quotidiano de vida, na saúde e bem-estar do cuidador”.

Neste sentido, compreender de que forma os cuidadores vivenciam o processo de transição da pessoa dependente após o AVC no regresso a casa e nos meses seguintes, permite ao EEER o estabelecimento de uma relação de suporte com o prestador de cuidados, indo ao encontro do que referem Schumacher & Meleis, 1994), possibilitando ao cuidador sentir-se *ligado* com o profissional de saúde o que constitui um indicador positivo na transição, traduzindo o desenvolvimento da confiança no exercício do seu papel e a adopção de mecanismos e estratégias de *coping*.

2.2 A intervenção do EEER como facilitador do processo de transição

A facilitação da experiência de transição pode ser traduzida através da implementação de três intervenções principais, destacadas por Schumacher & Meleis (1994): avaliação da preparação, o papel de suplementação e a preparação. Segundo Meleis, (2010), a avaliação da preparação corresponde a um esforço multidisciplinar, implica uma compreensão abrangente do cliente e requer uma avaliação das condições anteriormente descritas do processo de transição, com objectivo último de elaborar um perfil de preparação do cliente. Esta intervenção, corresponde à primeira etapa do processo de enfermagem, não se limita a ser implementada apenas no seu início, mas sempre que possível e necessário e ao longo de todo o processo de transição. Relativamente ao papel de suplementação, a autora (2010) considera que os enfermeiros clarificam e promovem o desenvolvimento de novos conhecimentos e competências dos seus clientes e famílias em relação aos novos papéis e às novas relações que se estabelecem, quer sejam situações expectáveis ou não. Na última intervenção, a educação surge como a modalidade primária para criar condições ideais na preparação das transições (Schumacher & Meleis, 1994). Uma preparação adequada necessita de tempo suficiente para uma assunção gradual das novas responsabilidades e competências (Ladden, 1990; Paterniti, 1987, citado por Meleis A. I., 2010, p.46)

Nesta perspectiva, e fazendo a ponte com as competências do EEER nomeadamente em *“avaliar os aspectos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade”*, bem como *“ensinar a pessoa e ou cuidador técnicas específicas de auto cuidado”* (OE - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação, p. 4), importa reflectir sobre o que a literatura nos diz sobre as estratégias que podem ser adoptadas pelo EEER.

Assim, Messecar (2012), refere que podem ser implementadas estratégias para ajudar o prestador de cuidados da pessoa dependente, a assumir de forma saudável o seu papel nomeadamente: estabelecer uma parceria com o cuidador para partilharem estratégias; identificar quais os conteúdos e preocupações em que o cuidador está disposto a trabalhar, mesmo durante o internamento; ajudar o

cuidador a encontrar força e gratificação no seu papel de cuidador ajudar o cuidador a encontrar e a utilizar os recursos da comunidade; ajudar o cuidador a identificar e gerir as suas respostas físicas e emocionais decorrentes do exercício do papel; utilizar sempre uma abordagem interdisciplinar para com a família.

Turner, Fleming, Ownsworth, & Cornwell (2008, p. 1154) referem como estratégias de intervenção, que podem ser adoptadas pelo EEER: programa de suporte após a alta hospitalar; programas/serviços que permitam ao cuidador a vivência da transição ao longo do processo.

Na verdade, actualmente existem vários estudos que demonstram a importância relacionada com a transmissão da informação no âmbito do cuidar instrumental, apoio em termos sociais, o que torna pertinente sob o ponto de vista social a realizar deste projecto de formação assentado nesta temática. Lui, Lee, Greenwood, & Ross (2011) concluíram no seu estudo que os enfermeiros que desenvolvem a sua actividade junto dos CI da pessoa após o AVC assumem um papel fundamental no apoio para a resolução de problemas iniciado pelos cuidadores, sendo evidente uma relação entre esta capacidade e sentimentos de bem-estar, com diminuição de ansiedade e depressão.

Shyu, Kuo, Chen, & Chen (2010, p. 1670), referem no seu estudo que a aplicação do programa denominado “*caregiver-oriented intervention programme*”, destinados aos cuidadores da pessoa após o AVC após 12 meses do regresso a casa, teve resultados benéficos para os cuidadores, nomeadamente em termos de qualidade de vida. Para a pessoa no pós AVC, o mesmo estudo demonstrou ocorrer uma diminuição do número de reinternamentos, 6 meses após a alta hospitalar.

No seu estudo Temize & Gozum (2012), onde aplicaram as escalas, “*Caregiving difficulty determining scale*”; “*Caregiving knowledge level scale*”; “*The Zarit caregiver burden scale*” referem que no período de 1 semana, 1 mês e 3 meses após o regresso casa dos seus familiares após o AVC, existem benefícios no treino do cuidar instrumental pelos enfermeiros aos cuidadores no ambiente familiar, na realização de telefonemas e visitas domiciliárias de monitorização, nomeadamente: níveis diminuídos de sobrecarga do cuidador; melhor qualidade e maior facilidade na realização dos cuidados, concluindo que após a alta hospitalar os utentes e seus cuidadores não devem contar apenas com os seus próprios recursos nesta fase.

Por sua vez, Perrin, et al. (2010), referem que no período de 3 meses após a implementação do programa “*Transition Assistance Program for stroke caregivers*” constituído por: treino de desenvolvimento de capacidades de cuidar instrumental; educação e suporte de problemas, ocorreu uma redução do stress e sintomas de depressão do cuidador, ocasionando uma sensação de bem-estar. Para a pessoa cuidada, o mesmo estudo refere que o desenvolvimento do programa acima referido, junto dos seus cuidadores, permitiu uma melhoria da capacidade funcional, considerando contudo, que esta observação tem carácter subjectivo, dada a ausência de tratamento estatístico dos dados.

Importa também referir e pensar na rede social, que segundo Figueiredo (2007), cit. por Araújo, Paúl & Martins (2010, p.51) é sinónimo de família, e diz respeito, aos amigos, vizinhos, comunidade, pode ser mobilizada junto dos cuidadores da pessoa após o AVC, na medida em que tem sido demonstrado que as famílias com redes sociais mais alargadas obtêm mais apoio nos momentos de crise, permitem um melhor bem-estar para as famílias. Contudo, importa mencionar que, face às limitações da rede de apoio social, como por exemplo, o apoio domiciliário orientado pelos serviços sociais na maioria das comunidades funciona de 2ª a 6ª feira, limitada muitas vezes a uma vez por semana, com ausência de cuidados durante o período nocturno. Para os mesmos autores, é de todo o interesse que sejam reunidos os contributos das equipas multidisciplinares, com profissionais de saúde e serviço social, com a finalidade de se criarem respostas efectivas que promovam a saúde integral das famílias e comunidades (p.52).

Uma das estratégias que têm sido desenvolvidas junto dos cuidadores relaciona-se com a mobilização dos recursos de novas tecnologias, nomeadamente, o recurso ao *tele-care*.

O estudo desenvolvido por Grant, Weaver, Bartolucci, & Giger (2002), referem que a intervenção desenvolvida por enfermeiros que consistia nas seguintes etapas: 1 semana após o regresso a casa, os enfermeiros realizavam uma visita a casa da pessoa após o AVC e aos seus cuidadores para realizarem treinos das actividades de vida diária, durante 3 horas; posteriormente, no primeiro mês após a alta eram realizados telefonemas semanais; e nos três meses seguintes, os telefonemas tinham uma periodicidade de 2 em 2 semanas, permitiu aos cuidadores uma melhor

preparação para o cuidar, melhor qualidade de vida, menor nível de depressão; melhor adequação social do seu papel, nomeadamente, em termos laborais, melhor controlo emocional, apesar de não serem evidentes alterações na sobrecarga do cuidador.

Na mesma linha de ideias, Lutz, Chumbler, Lyles, Hoffman, & Kobb (2009), no seu estudo desenvolvido nos EUA demonstraram que o programa “*Care coordination home telehealth (CCHT)*” cujos objectivos residiam na diminuição dos custos associados à utilização dos recursos de saúde e melhorar o seu acesso, tinham efeitos positivos juntos da pessoa e dos seus cuidadores, nomeadamente: diminuição da sensação de sobrecarga nos cuidadores; sensação de maior suporte; ocorrência de menor número de quedas pela pessoa após o AVC. O presente programa consiste num sistema equiparado a videoconferência, sendo que os enfermeiros, entrevistavam as pessoas após o AVC e os seus cuidadores no que concerne: à sua condição física; sintomas de depressão; prevenção de quedas; e o nível de sobrecarga, demonstrando determinadas técnicas no âmbito do cuidar instrumental. Contudo, uma das conclusões a que os autores chegaram no presente estudo, relacionavam-se com a necessidade da pessoa após o AVC e dos seus cuidadores interagirem com os enfermeiros antes da implementação do programa, por exemplo, aquando da alta realizarem uma visita a casa, para perceber as suas necessidades reais (p.406).

Já o estudo desenvolvido Kim, et al.. (2012), na Coreia do Sul demonstra que o programa “*The home-based individual tele-care intervention*” juntamente com o programa para gestão de alta “*The hospital based-group programme*” demonstrou uma relação positiva de custo-eficácia, ao reduzir a sensação de sobrecarga vivenciada pelo cuidador familiar, ao providenciar informação relevante para as necessidades do pessoa após o AVC e dos seus cuidadores no tempo adequado.

Considero, assim, importante o desenvolvimento do presente projecto de formação nesta área específica da enfermagem de reabilitação para uma compreensão mais profunda das intervenções dos enfermeiros junto dos cuidadores dependente após o AVC, com vista à promoção da autonomia e da qualidade de vida dos utentes e das suas famílias, bem como à elaboração de indicadores sensíveis da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

PLANO DE TRABALHO, OBJECTIVOS E MÉTODOS

Com a realização deste projecto de formação pretendo intervir junto dos cuidadores da pessoa após o AVC dependentes, aquando do regresso a casa facilitando o processo de transição saudável para o papel de cuidador.

No sentido de permitir a definição dos objectivos do estágio/ensino clínico, a metodologia utilizada baseia-se na reflexão crítica, tendo por base as competências definidas pela OE para o EE e o EEER, bem como os contributos da revisão da literatura realizada previamente no enquadramento conceptual. Para complementar esta metodologia, são contempladas a reflexão sobre as orientações tutoriais para a realização do projecto de formação, os seminários prévios realizados na UC; a pesquisa bibliográfica, bem como as normas orientadores da instituição relativas à elaboração de trabalhos.

Assim, no sentido de permitir a aquisição de competências enquanto especialista de enfermagem de reabilitação, pretendo atingir os seguintes objectivos gerais no decorrer do ensino clínico;

- Desenvolver competências enquanto EEER junto dos cuidadores e da pessoa dependente após o AVC, no regresso a casa, no sentido de maximizar o potencial funcional da pessoa.
- Desenvolver intervenções do enfermeiro especialista de reabilitação facilitadoras do processo de transição nos cuidadores da pessoa dependente no autocuidado, após o episódio do AVC, no regresso a casa.

Com objectivos específicos pretendo atingir os seguintes:

1. Integrar de forma progressiva e gradual a equipa multidisciplinar, dinâmica, funcionamento e organização das actividades [REDACTED], de modo a poder integrar estes contributos na minha prática profissional.
2. Identificar em que medida as competências e estratégias de intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação, no âmbito da equipa multidisciplinar, são desenvolvidas, na [REDACTED]

3. Aprofundar conhecimentos teórico-práticos no âmbito dos cuidados de enfermagem de reabilitação, visando a mudança e inovação, baseados numa atitude científica e humana, através da investigação em Enfermagem de Reabilitação

4. Integrar projectos instituídos no âmbito da intervenção do EEER [REDACTED]

5. Identificar as necessidades dos cuidadores da pessoa após o AVC no regresso a casa;

6. Promover exercício do papel dos cuidadores, ajudando-os a adquirir estratégias para vivenciarem o processo de transição de forma saudável (pelo menos 4 cuidadores)

7, Identificar os ganhos em saúde para a pessoa após o AVC, tendo em conta as intervenções do EEER junto do seu cuidador

8. Desenvolver planos de intervenção para a pessoa após o AVC, dependente no autocuidado, com a participação dos seus cuidadores, na área sensório motor; respiratória e intimidade/vida social, maximizando e desenvolvendo o seu potencial e reduzindo o risco de complicações.

9. Estruturar um programa de intervenção do EEER para os cuidadores da pessoa após o AVC, nomeadamente, uma consulta de enfermagem de reabilitação para formação e apoio do cuidador, tendo por base um programa de “telehealth”

No sentido de prossecução dos objectivos definidos importa desenvolver um conjunto de actividades estruturadas, bem com os critérios e indicadores de resultado. Para a concepção de determinadas actividades que dão resposta à concretização dos objectivos nº5;6, 7 e 9, foram mobilizados os contributos teórico-conceptuais abordados no ponto anterior, sobretudo os relacionados com o processo de transição para o papel de cuidador e a promoção do exercício do papel.

Para o efeito encontra-se em apêndice o planeamento das actividades a desenvolver (apêndice III), bem como a delineação temporal da concretização dos objectivos específicos definidos, sob a forma de cronograma (apêndice IV).

CONCLUSÃO

A realização do presente projecto de formação constitui para mim um momento essencial no meu processo de ensino-aprendizagem, na medida em que, permitiu uma reflexão estruturada das competências que constituem o substrato da definição do enfermeiro especialista, e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Neste sentido, desde o início foi essencial desenvolver o projecto em torno de uma realidade que me fizesse sentido, não só em termos pessoais, mas também profissionais, tendo por isso escolhido um serviço enquadrado nos cuidados de saúde primários. É cada vez mais importante que os cuidadores sejam envolvidos no processo de reabilitação, neste caso mais específico, da pessoa que iniciou o processo de dependência após o AVC, estando os EEER na vanguarda do cuidar no processo e transição que os mesmos experienciam.

Numa outra perspectiva, a concretização do projecto constitui um desafio importante à concretização das expectativas nos locais de estágio, sobretudo, a UFC, aguçando o espírito inerente ao início do estágio, ou seja, de entusiasmo e vontade.

Apesar de ter consciência do nível complexidade do presente projecto bem como da sua adequabilidade, e desconhecendo, neste momento, a realidade do campo de estágio da UFC, o mesmo tem um carácter que permite a planificação adaptável face às necessidades dos utentes e dos seus familiares, e às da equipa de enfermagem, sendo, por isso passível de ser alterado.

Neste sentido, tenho consciência que serão envolvidos todos os recursos e esforços para que o projecto seja concretizável, gerindo as expectativas de todos os intervenientes. Assim, é um projecto que não é apenas “meu”, pois é no encontro com os “outros” que os objectivos a que me propus a realizar fazem ainda mais sentido e podem ser exequíveis, sendo que poderão surgir novas estratégias de intervenção, onde ser poderão adequar ou reformular os objectivos iniciais.

É, portanto, um projecto potencial em “*processo de reabilitação*” que poderá ser maximizado e capacitado, perspectivado, sempre que possível, na relação de parceria que enquanto futura EEER estabeleço com os cuidadores, com a pessoa

após o AVC, com a equipa de enfermagem e do corpo docente da ESEL que irá acompanhar-me ao longo de todos os momentos de desenvolvimento de competências.

BIBLIOGRAFIA

- Andrade, C. (1ºSemestre de 2009). Transição para o prestador de cuidados- sensibilidade aos cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 13(1), pp. 61-69.
- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (Outubro de 2008). Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: do hospital à comunidade um desafio. *Referência*, pp. 43-53.
- Araújo, I., Paúl, M., & Martins, M. (Dezembro de 2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: a sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 45-53.
- Asiret, G., & Kapucu, A. (Setembro de 2012). Burden of caregivers of stroke patients. *Turkish Journal of Neurology*, 19(1), pp. 5-10.
- AVC, S. P. (2008). *Guia do Cuidador*. Porto: Sociedade Portuguesa do AVC.
- Barbosa, M. (2012). Custos e efectividade da reabilitação após Acidanete Vascular Cerebral- Uma revisão sistemática. *Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre*. Coimbra: Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra.
- Battams, S. (2005). *Understanding the role of family carers in health*. Obtido em 12 de Junho de 2013, de Carers, SA: http://www.academia.edu/3511048/Understanding_the_role_of_family_carers_in_health_care
- Cameron, V. (Janeiro-Fevereiro de 2013). Best practices for stroke patient and family education in the acute care setting: a literature review. *Medsurg Nursing*, 22(1), pp. 51-56.
- Cecil, R., Parahoo, K., Thompson, K., McCaughan, E., Power, M., & Campbell, Y. (2010). 'The hard work starts now': a glimpse into the lives of carers of community-dwelling stroke survivors. *Journal of Clinical Nursing*, 20, pp. 1723-1730.

- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: a nursing concern. In P.Chinn, *Nursing research methodology* (pp. 237-257). Boulder, CO: Aspen Publication.
- DGS. (2001). *Unidades de AVC- Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (Outubro de 2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Fonseca, A., Henriques, I., & Ferro, J. (2008). *Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico e do Acidente Isquémico Transitório- Versão Portuguesa*. Heidelberg: The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee.
- Grant, J. E., Weaver, M., Bartolucci, A., & Giger, J. (2002). Telephone intervention with family caregivers of stroke survivors after rehabilitation. *Stroke- Journal of the American Heart Association*, 33, pp. 2060-2065.
- Hafsteinsdóttir, T., M., V., Lindeman, E., & Schuurmans, M. (2011). Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: a systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 85, pp. 14-25.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem-pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- ICN. (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Kim, S., Kim, E., Cheon, J., Chung, S., Moon, S., & Moon, K. (Setembro de 2012). The effectiveness of home-based individual tele-care intervention for stroke caregivers in South Korea. *International Nursing Review*, 59(3), pp. 369-375.
- Lui, M., Lee, D., Greenwood, N., & Ross, F. (Janeiro de 2011). Informal stroke caregivers' self-appraised problem-solving abilities as a predictor of well-being and perceived social support. *Journal of Clinical Nursing*, 21, pp. 232-242.
- Lutz, B., Chumbler, N., Lyles, T., Hoffman, N., & Kobb, R. (2009). Testing a home-telehealth programme for US veterans recovering from stroke and their family caregivers. *Disability and Rehabilitation*, 31(5), pp. 402-409.

- Marques, S. (Julho de 2009). Os cuidadores informais de doentes com acidente vascular cerebral. *Interacções*, pp. 130-141.
- Martins, M. (2002). *Uma crise acidental na família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar*. Coimbra: Formasau.
- McCullagh, E., Brigstocke, G., Donaldson, N., & Kalra, L. (Setembro de 2005). Determinants of caregiving burden and quality life in caregivers of stroke patients. *Stroke: Journal of the American Stroke Association*, 36, pp. 2181-2186.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Eun-Ok, I., DeAnne, M., & Scumacher, K. (Setembro de 2000). Experiencing transitions: emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*., 23(1), pp. 12-28.
- Messecar, D. (Agosto de 2012). Nursing standard of practice protocol: family caregiving. *Evidence-based protocols for Best Practice*., 4ª ed. Hartford.
- Decreto de Lei nº101/2006-. Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *D.R.109 SÉRIE I-A*.
- Decreto de Lei nº28/2008-. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *D.R. 38 SÉRIE I*.
- OMS. (2009). *Enfoque passo a passo da OMS para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais* (2ª ed.). Genebra: OMS.
- Pereira, I., & Silva, A. (1º Semestre de 2012). Ser cuidador familiar: a perceção do exercício do papel. *Pensar Enfermagem*, 14(1), pp. 42-54.
- Perrin, P., Johnston, A., Vogel, B., Heesacker, M., Vega-Trujillo, M., Anderson, J., & Rittman, M. (2010). A culturally sensitive Transition Assistance Program for stroke caregivers: examining caregiver mental health and stroke rehabilitation. *Journal of Reahabilitation Research & Development*, 47(7), pp. 605-616.
- Petronilho, F. (Fevereiro de 2010). A transição dos membros da família para o exercício do papel de cuidadores quando incorporam um membro dependente

- no auto cuidado: uma revisão da literatura. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp. 43-58.
- Serra, M. N. (Nº13 de Julho de 2010). O regresso a casa do utente com AVC. Um desafio de reabilitação para a enfermagem e para a família. *Enformação*.
- Shumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transition a central concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), pp. 119-127.
- Shyu, Y. (Março de 2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*, 3(32), pp. 619-625.
- Shyu, Y.-I., Kuo, L.-M., Chen, M.-S., & Chen, S.-T. (Julho de 2010). A clinical trial of an individualised intervention programme for family caregivers of older stroke victims in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 19, pp. 1675-1685.
- Temize, H., & Gozum, S. (2012). Impact of nursing care initiatives on the knowledge level and perception of caregiving difficulties of family members providing home care to stroke patients. *Journal of Society for development in new net environment i B&H*, 6(8), pp. 2681-2688.
- Turner, B., Fleming, J., Ownsworth, T., & Cornwell, P. (2008). The transition from hospital to home for individuals with acquired brain injury: a literature review and research recommendations. *Disability and rehabilitation*, 30(16), pp. 1153-1176.

Apêndices

Apêndice I-Cronograma de planificação dos campos de estágio

Apêndice II- Guiões das entrevistas para os campos de estágio

Guião de Observação - Serviço de Pneumologia -

Data: 29/04/2013 e 02/05/2013

Hora início: a definir pelo serviço (após a realização de contacto prévio)

Duração: 7 horas

Local:

Estudante: Catarina Maia

Caracterização global do serviço	
Espaço físico	<ul style="list-style-type: none">• Instalações de prestação de cuidados:<ul style="list-style-type: none">✓ Unidade de internamento;✓ Instalações sanitárias e outras;✓ Instalações de apoio/ logística.• Secção administrativa.• Material específico para a intervenção do EEER.• Órgãos de coordenação.• Outros: ginásio; sala de RFR; sala de reuniões.• Acessibilidade (existência de barreiras arquitectónicas).
Dinâmica de prestação de cuidados com maior ênfase nos cuidados de enfermagem de reabilitação	
Cuidados de Reabilitação equipa interdisciplinar	<ul style="list-style-type: none">• Acompanhamento de cuidados de enfermagem de reabilitação;• Decurso da prestação de cuidados (abordagem inicial e o processo da prestação de cuidados em si).• Realização de ensinamentos aos familiares.• Feedback do utente, aquando da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.• Cuidados médicos.• Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional.• Passagem de turno (comunicação, se existe algum procedimento, qual a informação partilhada).
Instrumentos de registo	<ul style="list-style-type: none">• Processo individual de cuidados.• Instrumento de avaliação inicial.

Guião de Entrevista: Enfermeiro Chefe

Temas	Objectivos	Questões orientadoras/Tópicos orientadores
<p>A. Apresentação dos estudantes e dados do entrevistado: nome; percurso académico; nº de anos de exercício profissional; nº de anos de exercício da actual função.</p>		
<p>B. Apresentação dos objectivos da entrevista</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer o serviço e a dinâmica de funcionamento 	
<p>C. Caracterização do serviço</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer: <ul style="list-style-type: none"> - Espaço físico (enfermarias, gabinetes, acessibilidade) - Estrutura/Organigrama - Existência de manuais: acolhimento; qualidade; procedimentos 	<p>No âmbito da realização do estágio de observação e estágio de ensino clínico, poderia informar, de uma forma geral, como é constituído o serviço em termos de espaço físico? Qual a dotação das enfermarias?</p> <p>No que concerne à estrutura hierárquica/equipa de coordenação, como esta se encontra organizada?</p> <p>No serviço, actualmente, existem alguns manuais de</p>

	- Missão do serviço	acolhimento implementados e para consulta?
D. Caracterização da população assistida	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber a proveniência e condições de acesso • Compreender a referenciação (comunidade e outras unidades hospitalares) • Conhecer: <ul style="list-style-type: none"> - Patologias mais frequentes - Necessidades dos utentes em termos de cuidados. -Dados demográficos - Nº médio de dias de internamento 	<p>Em relação à população assistida e a quem são prestados os cuidados, como é realizada a admissão/ como são referenciados os utentes?</p> <p>Relativamente aos utentes que são admitidos no serviço, tem alguma ideia (ou registo) da prevalência das patologias mais frequentes; causas da agudização dos sintomas; da incidência em termos de idade; escolaridade, suporte familiar?</p> <p>Em média, qual o número de dias de internamento?</p>
E. Recursos humanos da equipa e metodologia de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer: <ul style="list-style-type: none"> -Nº de enfermeiros generalistas, nº de enfermeiros especialistas (enfermagem de reabilitação e outras áreas) 	<p>No concerne à organização da equipa de enfermagem, qual a dotação do número de enfermeiros: generalistas; especialistas de reabilitação e outras especialidades?</p> <p>Relativamente a outras classes profissionais, qual a dotação</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Restante equipa multidisciplinar: médicos, assistentes operacionais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionista, farmacêutico. - Métodos de trabalho (reuniões de equipa de enfermagem; reuniões interdisciplinares) - Formação em serviço. 	<p>da equipa interdisciplinar?</p> <p>No serviço, têm instituído a realização de reuniões de equipa de enfermagem e equipa interdisciplinar para discussão dos cuidados prestados e definição de ovas estratégias de actuação? Com que periodicidade?</p> <p>No âmbito da formação em serviço, Existe alguma política de formação definida? Se sim, quem colabora na sua definição?</p>
<p>F. Actividade assistencial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender: <ul style="list-style-type: none"> - Processo de admissão dos utentes (como são referenciados, acompanhamento do utente e suas famílias durante o internamento) Planeamento da alta e articulação com a comunidade. • Conhecer: Horários das visitas; 	<p>Como é realizado o processo de admissão do utente e quais os horários da visita? Existe algum gabinete de apoio às famílias em situação disfuncionalidade familiar e económica?</p> <p>Têm implementado algum mecanismo de articulação com a comunidade (ARS e SCML) aquando da alta do utente?</p>
<p>. Agradecimentos e disponibilidade para partilhar os dados resultantes da entrevista</p>		

Guião de Entrevista: Especialista de Enfermagem de Reabilitação

Tema	Objectivos	Questões orientadoras
A. Apresentação dos estudantes e dados do entrevistado: nome; percurso académico; nº de anos de exercício profissional; nº de anos de exercício da actual função		
B. Apresentação dos objectivos da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer o âmbito de intervenção do EEER 	
C. Caracterização dos utentes a quem são prestados cuidados de enfermagem de reabilitação:	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer: <ul style="list-style-type: none"> -Patologias mais frequentes -Dados demográficos -Existência de cuidadores e suporte familiar 	<p>Relativamente à prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação de que forma os utentes são referenciados?</p> <p>Existem alguns dados relativos às patologias mais frequentes dos utentes, o nível de prevalência das mesmas bem como as situações de agudização, bem como a caracterização demográfica e existência de cuidadores e suporte familiar?</p>

<p>D. Prestação de cuidados do EEER</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer: <ul style="list-style-type: none"> - Horários realizados pelo EEER - Nº de utentes atribuídos ao EEER • Compreender: <ul style="list-style-type: none"> Planeamento de cuidados específicos prestados pelo EEER e principais áreas de intervenção Processo do utente: instrumentos para registo (avaliação inicial pelo EEER; plano de cuidados; aplicação de escalas; processo partilhado ou não) Articulação com a equipa interdisciplinar Mais-valias e dificuldades, pontos de melhorias Articulação com a família e recursos da comunidade Formação em serviço e aos cuidadores 	<p>Relativamente à prestação diária de cuidados de enfermagem de reabilitação de que forma é assegurada a continuidade de cuidados especializados de reabilitação?</p> <p>Em média, qual o número de utentes que estão atribuídos?</p> <p>Como são planeados os cuidados de enfermagem de reabilitação? Quais as intervenções específicas de enfermagem de reabilitação que maioritariamente implementa?</p> <p>Como é realizada a avaliação inicial? Costumam aplicar algumas escalas de avaliação? Se sim, quais?</p> <p>O processo de cuidados do utente (suporte informático ou de papel?) é partilhado por todos os elementos da equipa interdisciplinar?</p> <p>Aquando da prestação de cuidados ao utente, costumam realizar os cuidados de forma</p>

	<ul style="list-style-type: none">• Conhecer: Projectos de melhoria contínua dos cuidados	<p>partilhada com os restantes elementos da equipa? Aquando da alta do utente para a comunidade costuma articular com os colegas da comunidade? Se sim, como é realizado? No serviço existe algum tipo de dispositivos e ajudas técnicas?</p> <p>No âmbito da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, quais os aspectos que considera mais importantes para o utente? E para si?</p> <p>Considera que a formação, em serviço e para os cuidadores são elementos importantes na prestação de cuidados?</p> <p>Quais os aspectos considera serem importantes melhorar para a melhoria contínua dos cuidados?</p>
E. Agradecimentos e disponibilidade para partilhar os dados resultantes da entrevista		

Guião de Observação

Data: 04/06/2013; 05/06/2013 e 06/06/2013.

Hora início: a definir pelo serviço (após a realização de contacto prévio).

Hora Términus: a definir pelo serviço (após a realização de contacto prévio).

Duração: 7 horas (cada dia)

Estudante: Catarina Maia

Caracterização global do serviço	
Espaço físico	<ul style="list-style-type: none">• Organização da ECCI.• Instalações de prestação de cuidados.• Instalações de apoio/ logística.• Secção administrativa.• Órgãos de coordenação.• Outros: sala de reuniões.• Acessibilidade (existência de barreiras arquitectónicas; elevador).
Dinâmica de prestação de cuidados com maior ênfase nos cuidados de enfermagem de reabilitação	
Cuidados de Reabilitação equipa interdisciplinar	<p>Organização diária dos cuidados de enfermagem.</p> <p>Acompanhamento de cuidados de enfermagem de reabilitação em domicílio.</p> <p>Decurso da prestação de cuidados (abordagem inicial e o processo da prestação de cuidados em si).</p> <p>Realização de ensinamentos aos familiares.</p> <p>Feedback do utente e familiares aquando da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.</p> <p>Cuidados médicos; cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional. (se forem realizadas visitas conjuntas).</p> <p>Articulação com a restante equipa das situações dos utentes.</p> <p>Realização de reuniões interdisciplinares.</p>
Instrumentos de registo	<p>Processo individual de cuidados.</p> <p>Instrumento de avaliação inicial.</p>

	Manuais de acolhimento; de procedimentos.
--	---

Guião de Entrevista: Enfermeiro Chefe

Temas	Objectivos	Questões orientadoras/Tópicos orientadores
A. Apresentação dos estudantes e dados do entrevistado: nome; percurso académico; nº de anos de exercício profissional; nº de anos de exercício da actual função		
B. Apresentação dos objectivos da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer o serviço e a dinâmica de funcionamento 	
C. Caracterização do serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer: <ul style="list-style-type: none"> - Espaço físico (gabinetes, acessibilidade) - Estrutura/Organograma - Existência de manuais: acolhimento; qualidade; procedimentos Missão da ECCI' 	<p>No âmbito da realização do estágio de observação e estágio de ensino clínico, poderia informar, de uma forma geral, como é constituída a unidade em termos de espaço físico?</p> <p>No que concerne à estrutura hierárquica/equipa de coordenação, como esta se encontra organizada?</p> <p>No serviço, actualmente, existem alguns manuais de acolhimento implementados? Estão disponíveis para consulta?</p>
D. Caracterização da população assistida	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer: <ul style="list-style-type: none"> - Área de abrangência da 	<p>Em relação à população assistida e a quem são prestados os cuidados, como é realizada a admissão/ como são referenciados os utentes?</p>

	<p>população assistida; Proveniência; - Condições de acesso, referenciação e eventuais parcerias; - Dados demográficos - Patologias mais frequentes dos utentes seguidos na ECCI, - Necessidades dos utentes em termos de cuidados de reabilitação.</p>	<p>Relativamente aos utentes que actualmente são seguidos pela ECCI, tem alguma ideia (ou registo) da prevalência das patologias mais frequentes das mesmas causas da agudização dos sintomas; da incidência em termos de idade; escolaridade, suporte familiar?</p>
<p>E. Recursos humanos da equipa e metodologia de trabalho</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer: - Dotação de enfermeiros generalistas, enfermeiros especialistas (enfermagem de reabilitação e outras áreas) - Restante equipa multidisciplinar: médicos, assistentes operacionais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais. - Métodos de trabalho (reuniões de equipa de enfermagem; reuniões interdisciplinares) 	<p>No concerne à organização da equipa de enfermagem, qual a dotação do número de enfermeiros: generalistas; especialistas de reabilitação e outras especialidades? Relativamente a outras classes profissionais, qual a dotação da equipa interdisciplinar?</p> <p>No serviço, têm instituído a realização de reuniões de equipa de enfermagem e equipa interdisciplinar para discussão dos cuidados prestados e definição de novas estratégias de actuação? Com que periodicidade?</p> <p>No âmbito da formação em serviço, Existe alguma política de formação definida? Se sim, quem colabora na sua definição?</p>
<p>F. Actividade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer: 	<p>Como é realizado o processo de admissão do utente e quais os</p>

assistencial	- Processo de admissão dos utentes (condições de acesso/referenciação); - Horário de funcionamento da ECCI	horários da visita? Existe algum gabinete de apoio às famílias em situação disfuncionalidade familiar e económica? Têm implementado algum mecanismo de articulação e parceria com a restante comunidade?
G. Agradecimentos e disponibilidade para partilhar os dados resultantes da entrevista		

Guião de Entrevista: Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

Tópicos orientadores	Objectivos	Questões orientadoras/Tópicos orientadores
A. Apresentação dos estudantes e dados do entrevistado: nome; percurso académico; nº de anos de exercício profissional; nºde		

anos de exercício da actual função		
B. Apresentação dos objectivos da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer o âmbito de intervenção do EEER. 	
C. Caracterização dos utentes a quem são prestados cuidados de enfermagem de reabilitação:	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer: <ul style="list-style-type: none"> - Patologias mais frequentes (com maior ênfase o AVC); - Dados demográficos; - Existência de cuidadores e suporte familiar; - Níveis de dependência funcional. 	<p>Relativamente à prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação de que forma os utentes são referenciados?</p> <p>Existem alguns dados relativos às patologias mais frequentes dos utentes, o nível de prevalência das mesmas bem como as situações de agudização; caracterização demográfica e existência de cuidadores e suporte familiar?</p>
D. Prestação de cuidados do EEER	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer <ul style="list-style-type: none"> - Horários praticados; - Patologias mais frequentes; - Dados demográficos; - Existência de cuidadores e suporte familiar. • Compreender: <ul style="list-style-type: none"> - Organização das visitas domiciliárias (frequência das visitas, utentes 	<p>Relativamente à prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação é assegurada a sua realização ao fim de semana?</p> <p>A prestação de cuidados incide, somente, nos cuidados de reabilitação?</p> <p>Em média, qual o número de utentes que estão atribuídos?</p> <p>Como são planeados os cuidados de enfermagem de reabilitação?</p> <p>Como é realizada a avaliação inicial? Costumam aplicar escalas de avaliação? Se sim, quais?</p> <p>Quais as intervenções específicas de enfermagem de reabilitação que maioritariamente implementa?</p>

	<p>atribuídos, realização de visitas conjuntas, articulação com o hospital aquando da alta hospitalar);</p> <p>-Cuidados específicos prestados pelo EEER e principais áreas de intervenção;</p> <p>- Processo do utente: instrumentos para registo (avaliação inicial pelo EEER; plano de cuidados; aplicação de escalas; processo partilhado ou não);</p> <p>- Articulação com a equipa interdisciplinar;</p> <p>- Mais-valias e dificuldades, pontos de melhorias;</p> <p>-Articulação com a família e recursos da comunidade (formação a cuidadores formais e cuidadores familiares).</p> <p>• Conhecer:</p> <p>- Formação em serviço</p> <p>- Projectos de melhoria contínua dos</p>	<p>O processo de cuidados do utente (suporte informático ou de papel?) é partilhado por todos os elementos da equipa interdisciplinar?</p> <p>Aquando da prestação de cuidados ao utente, costumam realizar as visitas domiciliárias, conjuntamente com os restantes elementos da equipa?</p> <p>Aquando da alta do utente para a comunidade costuma articular com os colegas do serviço onde o utente esteve internado? Na unidade existe algum tipo de dispositivos e ajudas técnicas?</p> <p>No âmbito da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, quais os aspectos que considera mais importantes?</p> <p>Considera que a formação, em serviço e para os cuidadores são elementos importantes na prestação de cuidados? Existe algum manual para os cuidadores familiares?</p> <p>Quais os aspectos que considera serem importantes melhorar para a melhoria contínua dos cuidados?</p>
--	---	--

	cuidados	
E. Agradecimentos e disponibilidade para partilhar os dados resultantes da entrevista		

Apêndice III- Planificação das actividades, com base nos objectivos
específicos

Objectivo Especifico	Domínios e competências (segundo os regulamentos preconizados pela OE)	Actividades a desenvolver	Recursos	Indicadores de avaliação
<p>1. Integrar de forma progressiva e gradual a equipa multidisciplinar, dinâmica, funcionamento e organização das actividades [REDACTED] modo a poder integrar estes contributos na minha prática profissional.</p>	<p>A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p>A2- Promove a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais.</p> <p>B3- Cria e mantém um ambiente seguro</p>	<p>Realização de entrevistas informais com o enfermeiro especialista de reabilitação e enfermeira chefe, no estágio de observação.</p> <p>Realização de reuniões informais com o enfermeiro especialista e enfermeiro chefe, bem como com a restante equipa multidisciplinar.</p> <p>Observação da estrutura funcional da [REDACTED]</p> <p>Consulta de manuais, documentos do serviço (protocolos, instrumentos de registo)</p> <p>Identificação de procedimentos e estratégias de intervenção no regresso a casa da pessoa após o AVC e os seus cuidadores, no caso [REDACTED].</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira chefe; enfermeira especialista orientadora, restantes enfermeiros da equipa. <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Guião da entrevista; <p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - [REDACTED]. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter caracterizado a [REDACTED], unidade funcional de Caneças. - Ter caracterizado os Recursos Humanos da [REDACTED] - Ter observado a estrutura organo- [REDACTED]. - Ter conhecido os protocolos, normas, programas e projectos existentes nos serviços.
<p>2. Identificar em que medida as competências e estratégias de</p>	<p>A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p>	<p>- Observação e colaboração nos cuidados e actividades desenvolvidas pelo enfermeiro especialista em enfermagem de</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira especialista orientadora, 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter descrito as actividades desenvolvidas pela enfermeira

<p>intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação, no âmbito da equipa multidisciplinar, são desenvolvidas, na [REDACTED]</p>	<p>B1- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica.</p> <p>B2- Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p>C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</p>	<p>reabilitação.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reuniões formais e informais com o enfermeiro especialista. - Compreensão da dinâmica de papéis dos vários elementos da equipa. - Pesquisa e consulta de formas de articulação do enfermeiro especialista de reabilitação com outros serviços (instrumentos de registo, protocolos de parceria, reuniões); - Observação das intervenções desenvolvidas pelo enfermeiro especialista de reabilitação no âmbito da equipa interdisciplinar no sentido de articular com os recursos disponíveis. - Definição de estratégias de optimização da articulação da [REDACTED] com os hospitais de referência da área, bem como outras unidades; bem como do [REDACTED] do [REDACTED] com outros serviços e a comunidade. 	<p>restantes enfermeiros da equipa.</p> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Guião da entrevista; - Instrumentos de registo; - Bibliografia variada <p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - [REDACTED] 	<p>especialista de reabilitação;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter reflectido e discutido com o enfermeiro orientador o papel do enfermeiro especialista de reabilitação no âmbito da equipa interdisciplinar. - Ter definido estratégias com vista a uma adequada e eficaz articulação [REDACTED] com as instituições de referência ou outros serviços.
<p>3. Aprofundar conhecimentos teórico-práticos no âmbito dos</p>	<p>A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de estágio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão de conhecimentos leccionados ao longo das sessões teóricas das unidades curriculares. - Realização de pesquisa 	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sessões lectivas das unidades curriculares;- 	<ul style="list-style-type: none"> -Ter realizado pesquisas bibliográficas ou em bases de dados,

<p>cuidados de enfermagem de reabilitação, visando a mudança e inovação, baseados numa atitude científica e humana, através da investigação em Enfermagem de Reabilitação</p>	<p>D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p>D2- Baseia a sua praxis clinica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos.</p>	<p>bibliográfica e/ou em bases de dados de acordo com as necessidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas. - Organizar a recolha de informação que fundamente a prática de acordo com as necessidades verificadas e potencialmente necessárias. - Analisar as necessidades de cuidados a ser prestados. - Definir prioridades de acordo com as necessidades da pessoa e dos seus cuidadores. -Procurar situações de diferente complexidade que contribuam param um enriquecimento pessoal e profissional. -Prestar cuidados à pessoa te decorrente da sua incapacidade funcional, tendo em conta a sua e seus familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bibliografia pesquisada. <p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - ██████████ 	<p>bem como a revisão dos conhecimentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ter articulado os conhecimentos de ordem teórica na prática de cuidados. -Ter planeado os cuidados à pessoa com necessidades na reeducação funcional respiratória e reeducação funcional na área sensório-motor, e seus familiares tendo em conta as prioridades definidas bem como a especificidade de cada situação.
<p>4. Integrar projectos instituídos no âmbito da intervenção do EEER ██████████</p>	<p>B1- Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte da iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clinica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participação nos projectos instituídos na ██████████ - Colaboração na realização de actividades no âmbito dos projectos instituídos; - Realização Pesquisa bibliografia 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -EEER orientador <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Projectos instituídos; -Pesquisa 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter participado nos projectos instituídos na ██████████ -Ter colaborado na realização de actividades no

	<p>B2- Concebe, gere e colabora e programas de melhoria continua da qualidade</p>	<p>para aceder á melhor evidência científica para colaboração nos projectos instituídos.</p>	<p>bibliográfica; -Trabalho autónomo. Físicos: - ██████████ ██████████</p>	<p>âmbito dos projectos instituídos. - Ter realizado pesquisa bibliografia para aceder á melhor evidência científica para colaboração nos projectos instituídos.</p>
<p>5. Identificar as necessidades dos cuidadores da pessoa após o AVC no regresso a casa.</p>	<p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p>	<p>- Referir em que fase do processo de transição para o papel o cuidador se encontra. - Caracterização dos cuidadores em termos: relacionamento com a pessoa que cuida; papéis e responsabilidade (duração do cuidar; emprego; cuidados domésticos; existência de apoio social); ambiente físico; status financeiro; lista de actividades do autocuidado do seu familiar dependente, após o AVC, em que necessita de ajuda ou supervisão- .</p>	<p>Humanos: -Enfermeira especialista orientadora, restantes enfermeiros da equipa. Materiais: - Instrumentos de registo: processo do utente; bibliografia pesquisada; apontamentos de sessões lectivas. Físicos - ██████████ e residência da</p>	<p>- Ter referido em que fase do processo de transição para o papel o cuidador se encontra. - Ter caracterizado os cuidadores da pessoa com dependência no autocuidado após o AVC.</p>

			pessoa.	
<p>6. Promover exercício do papel dos cuidadores, ajudando-os a adquirir estratégias para vivenciarem o processo de transição de forma saudável (pelo menos 4 cuidadores)</p>	<p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p>	<p>-Estabelecer uma relação de parceria com o cuidador, através de realização de reuniões informais em casa.</p> <p>-Fornecer informação relevante tendo em conta as necessidades demonstradas.</p>	<p>Humanos:</p> <p>- EEER, restantes enfermeiros da equipa.</p> <p>Materiais:</p> <p>- Instrumentos de registo: processo do utente; escala de Zarit, bibliografia pesquisada; apontamentos de sessões lectivas.</p> <p>Físicos</p> <p>- ECCI Odivelas e residência da pessoa.</p>	<p>- Ter estabelecido uma relação terapêutica com os cuidadores.</p> <p>- Ter observado que o cuidador demonstra:</p> <p>- Capacidade para realizar um padrão de cuidados regular;</p> <p>-coloca questões relacionadas com o saber instrumental;</p> <p>-manifesta sentimentos de bem-estar;</p> <p>-tem capacidade para se Auto cuidar.</p>
	<p>J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<p>-Ensinar, demonstrar e treinar, aos cuidadores, técnicas promotoras do autocuidado para a pessoa após o AVC.</p> <p>-</p> <p>- Elaboração de guia de cuidador.</p> <p>-Facilitar a acessibilidade a recursos comunitários: ajudas técnicas; grupos de apoio.</p> <p>- Demonstrar disponibilidade para estar com a família, no sentido de permitir uma melhor integração dos conhecimentos transmitidos;</p> <p>- Ajudar o cuidador a identificar e a gerir as suas respostas físicas e emocionais.</p> <p>- Mobilizar o conhecimento e conteúdos da escala de Zarit.</p>		
<p>7, Identificar os ganhos em saúde</p>	<p>J2- Capacita a pessoa com deficiência física,</p>	<p>- Caracterização o seu nível de dependência no autocuidado da</p>	<p>Humanos:</p> <p>- EEER;</p>	<p>- Ter observado na pessoa cuidada:</p>

<p>para a pessoa após o AVC, tendo em conta as intervenções do EEER junto do seu cuidador</p>	<p>limitação de actividade e ou restrição da participação para a reinserção e o exercício da cidadania J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</p>	<p>pessoa após o AVC; o seu estado nutricional; e as suas emoções; ocorrência de eventos críticos (queda, aparecimento de úlcera de pressão, recurso a urgências e reinternamentos).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descrição das relações estabelecidas entre a pessoa cuidada e o cuidador: eventuais conflitos existentes; proximidade entre a pessoa cuidada e o seu cuidador. - Documentar, através de registos, os resultados obtidos, através das actividades acima referidas. 	<p>Pessoa após o AVC</p> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Processo do doente <p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Residência da pessoa. 	<ul style="list-style-type: none"> -dependência no autocuidado mantido ou diminuído; -bom estado funcional (higiene, estado nutricional); e emocional (quando possível); Ausência evento critica (queda, aparecimento de úlcera de pressão, recurso a urgência e reinternamentos). -Ter descrito e documentado as relações estabelecidas entre a pessoa cuidada e o cuidador.
<p>8.Desenvolver planos de intervenção para a pessoa após o AVC, dependente no autocuidado,</p>	<p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p>	<p>-Elaboração de planos de intervenção para a pessoa com AVC, com a participação dos seus cuidadores, tendo em conta as necessidades da pessoa a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardio-</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira especialista orientadora, restantes enfermeiros da 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter elaborado planos de intervenção à pessoa com AVC, com a participação dos seus familiares.

<p>com a participação dos seus cuidadores, na área sensório motor; respiratória e intimidade/vida socia, maximizando e desenvolvendo o seu potencial e reduzindo o risco de complicações.</p>	<p>J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<p>respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Prescrição e implementação de intervenções, constantes no plano de intervenção, para otimizar e reeducar a capacidade funcional. - Documentar as intervenções de realizadas e os resultados obtidos. - Otimizar os recursos materiais disponíveis - Integrar os dados de investigação disponíveis na prática de cuidados. -Realizar semanalmente um balanço dos planos de intervenção desenvolvidos. 	<p>equipa.</p> <p>Materiais;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instrumentos de registo: processo do utente. - Bibliografia pesquisada; apontamentos de sessões lectivas. <p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - ██████████ ██████████ ██████████. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ter prescrito e implementado intervenções constantes no plano de intervenção, para otimizar a função. - Ter otimizado os recursos materiais disponíveis - Ter documentado as intervenções realizadas e os resultados obtidos. - Ter integrado os dados de investigação disponíveis na prática de cuidados -Ter realizado semanalmente um balanço dos planos de intervenção desenvolvidos.
<p>9. Estruturar um programa de intervenção do EEER para os cuidadores da</p>	<p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender a adequabilidade pelo enfermeiro orientador, equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar. - Elaborar uma base de dados com 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira especialista orientadora, restantes 	<p>Ter autorização para implementar a consulta ou delinear o projecto para a consulta;</p>

<p> pessoa após o AVC, nomeadamente, uma consulta de enfermagem de reabilitação para formação e apoio do cuidador, tendo por base um programa de “telehealth”</p>	<p>de cuidados.</p> <p>J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>J3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<p>os dados sociodemográficos e necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação, da pessoa dependente no autocuidado, após o AVC e os seus cuidadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar o levantamento dos recursos necessários. - Estabelecer contactos com parceiros, no sentido de compreender quais os eventuais apoios financeiros de que se pode beneficiar, nomeadamente: SCML, APER, entre outros. 	<p>enfermeiros da equipa; restante equipa interdisciplinar.</p> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instrumentos de registo: processo do utente; bibliografia pesquisada; apontamentos de sessões lectivas. <p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - [REDACTED] s e residência da pessoa; computador e software : Microsoft Acess e Microsoft Project. 	<p>Ter elaborado a base de dados com a caracterização pela pessoa dependente no autocuidado, após o AVC e os seus cuidadores.</p> <p>Ter levantado os recursos disponíveis.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter estabelecido contacto com as instituições parceiras e outras.
--	---	--	--	---

Apêndice V- Cronograma para a Concretização dos objectivos

Apêndice II – Cronograma dos Ensinos Clínicos

Cronograma de Planificação dos Estágios

Cronograma de Planificação dos Estágios																							
Ano 2013														Ano 2014									
Out					Nov					Dez				Jan				Fev					
30-set	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10				
4	11	18	25	01-nov	8	15	22	29	6	13	20	27	03-jan	10	17	24	31	7	14				
														Férias									
324														162									


Apêndice III- Sugestão de áreas temáticas

Projeto – ACES–


Análise do documento e
Sugestões




▶ *Análise do Documento*
– *Perfil de Saúde do Concelho*
de Oeiras–



Dados relevantes

- ▶ Índice de envelhecimento: 106%
 - ▶ Índice de dependência de idosos: 21%
 - ▶ Índice de deficiência: 6,3%
 - ▶ Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório em 2006: 2,7%
- 

Causa de morte no concelho de Oeiras

- ▶ Doenças cerebrovasculares: 25,9%
 - ▶ Doenças neurológicas: 5,9%
 - ▶ Doenças pulmonares não infecciosas: 4,4%.
- 

Doenças Crónicas

- ▶ Na região de Lisboa e Vale do Tejo, para a população com mais de 65 anos, as principais doenças crónicas são a Tensão Arterial e as Doenças Reumáticas.



Incapacidade Temporária (2005–2006)

- ▶ Na região de Lisboa e Vale de Tejo:
 - Cerca de 3,1% da população encontra-se sempre acamada, ou sempre na cadeira de rodas ou limitada à sua casa para se movimentar.
 - Cerca de 19,3% da população referiu uma incapacidade parcelar de grau 1;
 - Cerca de 3% da população referiu uma incapacidade parcelar de grau 2.



Análise de outros dados

- ▶ Grupos de auto-ajuda: no documento não é referido a existência de grupos para cuidadores/familiares de pessoas com dependência.
- ▶ Um dos projectos relaciona-se com a teleassistência domiciliária mais vocacionada para pessoas em situação de isolamento.

▶ *Sugestão de Temáticas*

Sugestão de temáticas para o projecto

1. – Intervenção do EEER na promoção da acessibilidade da pessoa idosa com incapacidade funcional/mobilidade reduzida no domicílio.



- Eventualmente, desenvolver um projecto em parceria com o grupo idosos em segurança.
- Segundo os dados do perfil de saúde de Oeiras, o índice de envelhecimento da população é de 106%.



Sugestão de temáticas para o projecto

- ▶ Segundo os padrões de qualidade de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, na promoção da saúde (p.8), está contemplado:
 - *A identificação de barreiras arquitectónicas que influenciama acessibilidade;*
 - *A cooperação com estruturas da comunidade, visando um ambiente seguro para população em geral e população com necessidades especiais.*
- ▶ Por outro lado, na readaptação funcional (p.10) está contemplado:
 - *O planeamento de intervenções de enfermagem na readaptação ao domicilio (...).*



Sugestão de temáticas para o projecto

2. Intervenção do EEER na promoção do bem-estar e auto-cuidado da pessoa (idosa) com DPOC.

- Segundo o perfil de saúde de Oeiras as doenças respiratórias não infecciosas constituíam a causa de morte para cerca de 4,4%.
- Segundo os padrões de qualidade de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, para o bem-estar e auto-cuidado (p.10), preconiza-se a concepção de planos e programas de Enfermagem de reabilitação para a redução do risco de alteração da funcionalidade.

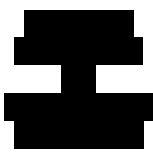


Sugestão de temáticas para o projecto

- ▶ Outros projectos:
 - Programas de apoio ao cuidador formal e informal, da pessoa dependente no autocuidado ou da pessoa com incapacidade.
 - Programa de promoção da actividade física na pessoa idosa.



Apêndice IV- Normas de avaliação da força muscular; tônus muscular e equilíbrio, elaboradas para a ECCI

	MANUAL DE PROCEDIMENTOS	
	TÍTULO: Avaliação da força muscular	
	<input checked="" type="checkbox"/> Procedimento clínico	<input type="checkbox"/> Procedimento administrativo
	<input type="checkbox"/> Procedimento clínico-administrativo	
Código:	Autor(es): Enfª Catarina Maia (estudante da especialidade de enfermagem de Reabilitação)	
Versão:	Data elaboração: 16/12/2013	Data validade:
Revisão:	Data apresentação em conselho geral:	

ÂMBITO		
<input type="checkbox"/> Todos	<input checked="" type="checkbox"/> Enfermeiros	<input type="checkbox"/> Auxiliares
<input type="checkbox"/> Médicos	<input type="checkbox"/> Administrativos	<input type="checkbox"/> Seguranças
<input type="checkbox"/> Outros (especificar) _____		

OBJECTIVOS
Avaliar a pessoa com distúrbio da força muscular.
Avaliar o potencial da pessoa de forma a permitir uma intervenção preventiva, de manutenção ou recuperação adequadas.
Uniformizar procedimentos
Facilitar integração de novos elementos

RESPONSABILIDADES
Enfermeiro: implementação do procedimento
Médico

DEFINIÇÕES
A força muscular refere-se à quantidade de tensão muscular produzida durante uma actividade específica.
A imobilidade decorrente de determinadas doenças do foro neurológico;

neuromuscular; osteoarticular podem ocasionar a diminuição da força, comprometendo a mobilidade.

SIGLAS E ABREVIATURAS

CONTEÚDO

Indicações:

A avaliação da força muscular está indicada para os utentes que apresentem distúrbio da força muscular associado a sequelas de doença neurológica; neuromuscular e osteoarticular.

Material Necessário:

Orientações quanto ao procedimento:

A avaliação da força deve ser realizada em todos os planos do movimento (frontal, sagital e horizontal) e em todos os segmentos corporais e deve ser realizada bilateralmente.

A avaliação inicia-se dos segmentos distais para os proximais, através de movimentos de puxar e empurrar a mão do profissional.

Procedimento:

- Explicar o procedimento ao utente/cuidadores.
- Proporcionar um ambiente tranquilo.
- Avaliar a força muscular recorrendo à escala de avaliação da força muscular de Medical Research Council a qual indica os graus da força muscular nomeadamente:
 - **Grau 0 – ausência total do movimento**
 - **Grau 1 – Esboça contracção de um músculo isoladamente mas sem desencadear movimento.**
 - **Grau 2- Apresenta pequenos movimentos mas não vence a gravidade.**
 - **Grau 3- Apresenta movimentos vencendo a gravidade mas não a resistência.**
 - **Grau 4- Apresenta possibilidade de movimento vencendo resistência leve**
 - **Grau 5- Apresenta movimentos e vence a resistência moderada.**
- Avaliar a força muscular segmento a segmento, não é contabilizada a resistência induzida pelo profissional

- Solicitar ao utente a realização dos movimentos, conforme exemplificado nas seguintes figuras.



Figura 2- Região da cabeça e pescoço

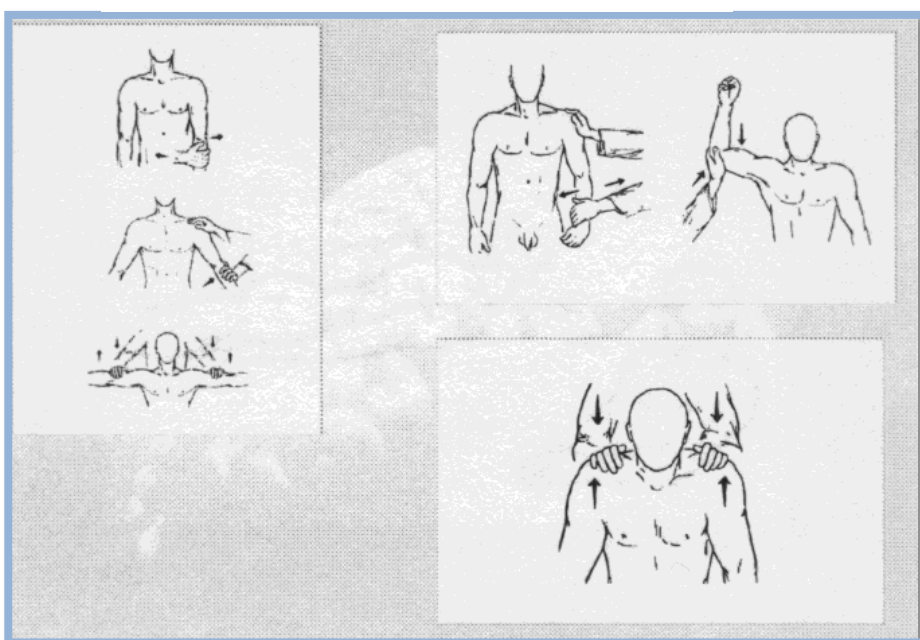


Figura 1- Região escapulo.umeral

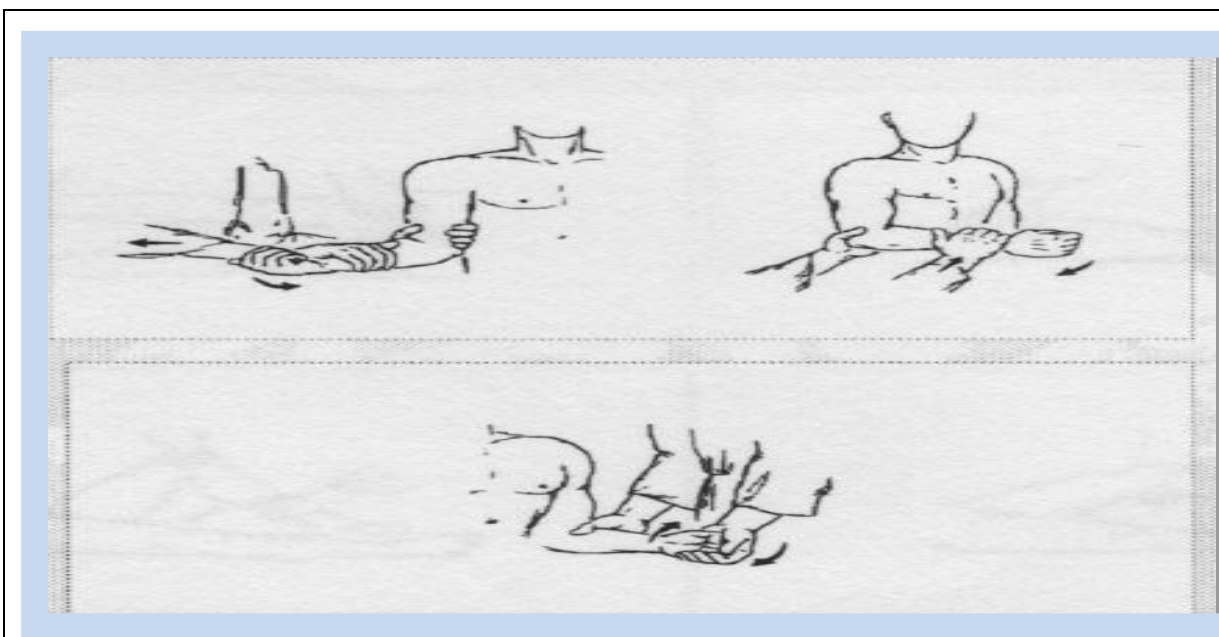


Figura 3.- Região do cotovelo e antebraço

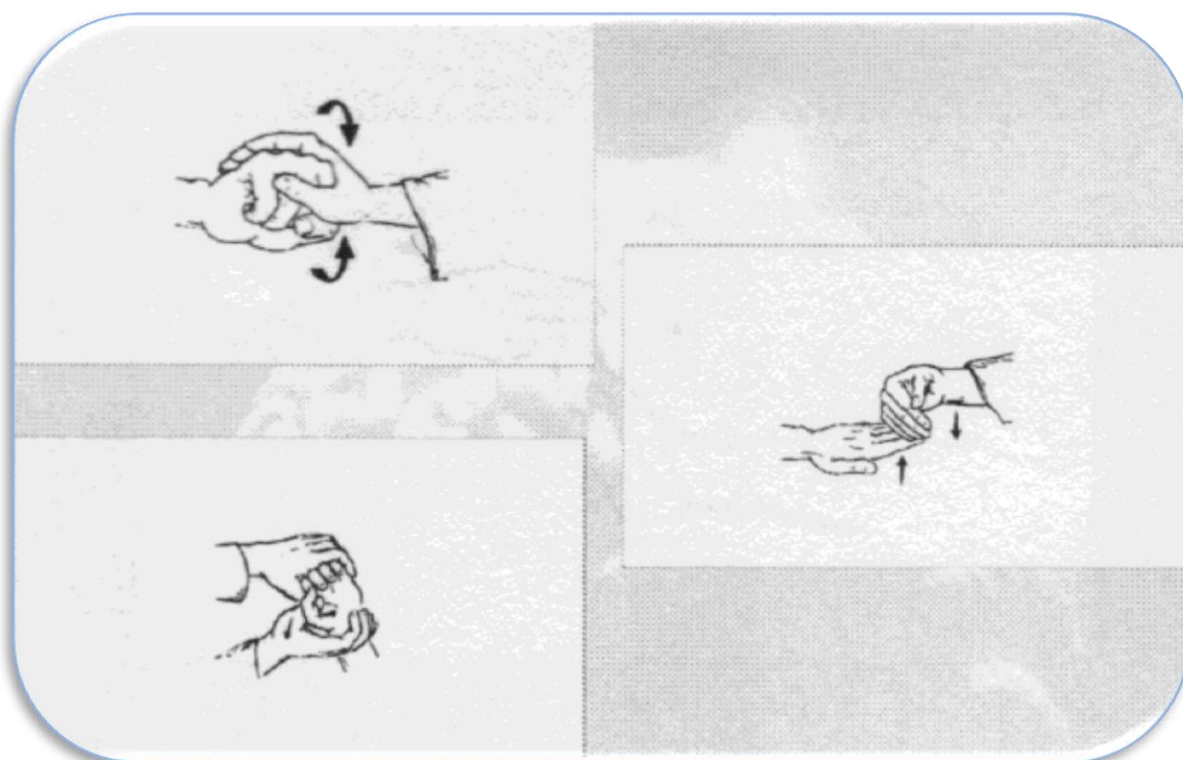


Figura 4. Região do punho e dedos da mão

Figura 5- Região toraco-abdominal e coxofemural

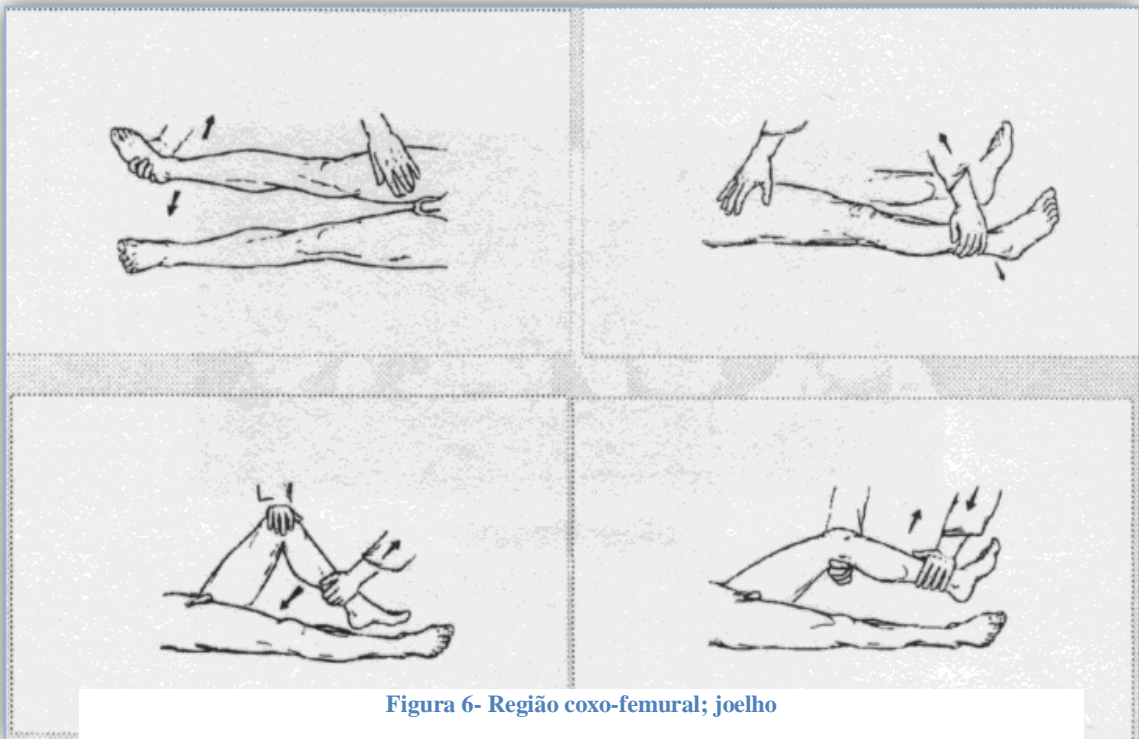
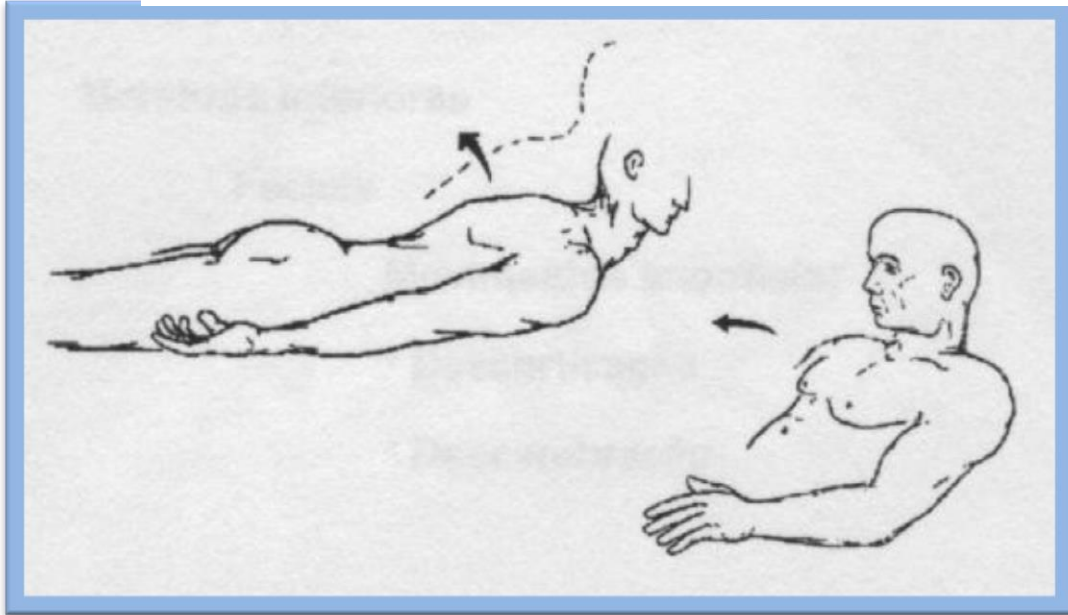
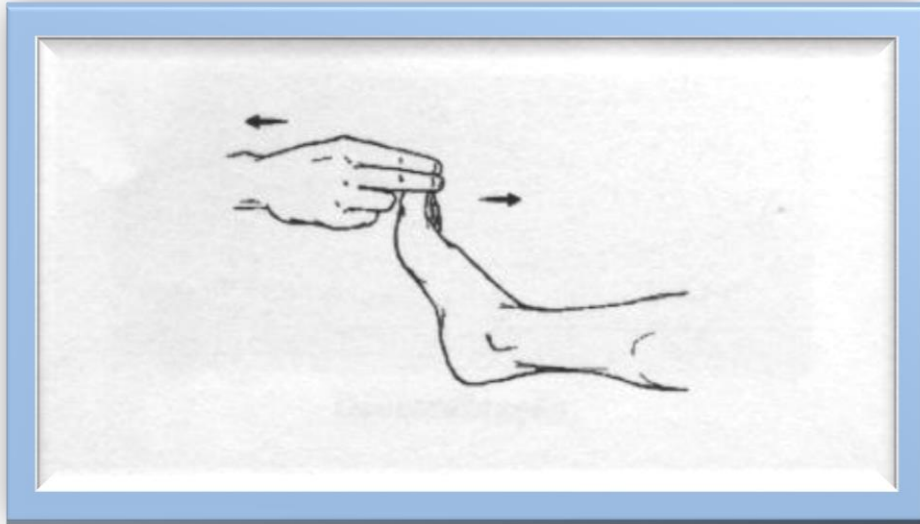


Figura 6- Região coxo-femural; joelho




REFERÊNCIAS

- Hoeman, S. (2011). Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Menoita, E. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Lusodidacta.
- Padilha, J., Guardado, A., Pinto, V., Queirós, P., Henriques, F., Alves, M., . . . Costa, M. (2001). Enfermagem em Neurologia. Coimbra: Formasau..
- Sequeira, C. (2007). Cuidar de Idosos Dependentes. Coimbra: Quarteto Editora.

ANEXOS

ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
_____ Data __/__/__	_____ Data __/__/__	_____ Data __/__/__

	<h1>MANUAL DE PROCEDIMENTOS</h1> <h2>TÍTULO: Avaliação do tónus muscular.</h2>	
	<input checked="" type="checkbox"/> Procedimento clínico	<input type="checkbox"/> Procedimento administrativo
<input type="checkbox"/> Procedimento clínico-administrativo		
Código:	Autor (és): Enf ^a Catarina Maia (estudante da especialidade de enfermagem de Reabilitação)	
Versão:	Data elaboração: 16/12/2013	Data validade:
Revisão:	Data apresentação em conselho geral:	

ÂMBITO		
<input type="checkbox"/> Todos	<input checked="" type="checkbox"/> Enfermeiros	<input type="checkbox"/> Auxiliares
<input type="checkbox"/> Médicos	<input type="checkbox"/> Administrativos	<input type="checkbox"/> Seguranças
<input type="checkbox"/> Outros (especificar)	_____	

OBJECTIVOS
Avaliar a pessoa com distúrbio do tónus muscular.
Avaliar o potencial da pessoa de forma a permitir uma intervenção preventiva, de manutenção ou recuperação adequadas.
Uniformizar procedimentos.
Facilitar integração de novos elementos.

RESPONSABILIDADES
Enfermeiro: implementação do procedimento
Médico

DEFINIÇÕES
O tónus muscular é um reflexo proprioceptivo que permite manter a postura corporal, através de uma contracção permanente e moderada dos músculos.
O tónus muscular se estiver alterado pode caracterizar-se por:

- **Hipotonicidade:** quando a resistência dos movimentos está diminuída e a amplitude dos movimentos articulares aumentada. Indicada, regra geral, lesões do 2º neurónio motor, das raízes posteriores da medula ou do cerebelo.
- **Hipertonicidade:** quando a resistência dos movimentos está aumentada e a amplitude dos movimentos articulares diminuída.
 - Espasticidade: característica das lesões piramidais, ocorrendo com maior incidência nos músculos anti gravíticos. À mobilização passiva oferece uma resistência não uniforme, como o caso do reflexo de navalha em mola.
 - Rigidez: característica das lesões extrapiramidais (Parkinson). À mobilização passiva oferece uma resistência uniforme.

SIGLAS E ABREVIATURAS

CONTEÚDO

Indicações:

.

Material Necessário:

Orientações quanto ao procedimento:

A avaliação do tónus muscular pode ser realizado por dois processos:

- **Palpação:** é um método grosseiro e impreciso, permitindo avaliar as propriedades físicas do músculo:
 - **Consistência:** aumentada no caso de ocorrer espasticidade;
 - **Extensibilidade:** grau de alongamento mecânico num músculo ao afastar-se dos seus pontos de inserção.
 - **Passividade:** grau de resistência no alongamento.
- **Mobilização passiva:** é um método mais preciso, em que se afastam os pontos de inserção do músculo. Contudo, não explora o tónus de um só músculo, Mas de um grupo muscular.

A avaliação da espasticidade deve realizar-se da seguinte forma:

- Em todos os planos de movimento e em todos os segmentos corporais, bilateralmente e do distal para o proximal, embora surja do distal para o proximal.
- O utente deve de estar em decúbito dorsal.
- Quando se avalia um músculo flexor de uma articulação deve-se colocar a articulação numa posição de flexão máxima e mover para uma posição de extensão máxima durante mais de um segundo.
- Quando se avalia um músculo extensor de uma articulação deve-se colocar a

articulação numa posição de extensão máxima e mover para uma posição de flexão máxima durante mais de um segundo.

Procedimento:

- Explicar o procedimento ao utente/cuidadores.
- Proporcionar um ambiente tranquilo.
- Avaliar a o tónus muscular através dos métodos de palpação e mobilização passiva.
- Avaliar a espasticidade recorrendo à Escala Modificada de Ashworth a qual indica os níveis de espasticidade:
 - **Nível 0 - sem aumento do tónus muscular;**
 - **Nível 1- leve aumento do tónus muscular manifestado por uma resistência mínima no final da amplitude do movimento;**
 - **Nível 1+ -leve aumento do tónus muscular manifestado por uma resistência mínima em cerca de metade da amplitude do movimento;**
 - **Nível 2- moderado aumento do tónus muscular na maior parte da amplitude do movimento, mas os segmentos são facilmente mobilizados;**
 - **Nível 3- considerável aumento do tónus muscular, com movimento passivo difícil;**
 - **Nível 4-rigidez em flexão e extensão.**

Segmentos	Movimentos	Avaliação pela Escala Modificada de Ashworth
Cabeça e pescoço	- Flexão -Extensão - Hiperextensão - Rotação - Flexão Lateral	
Tóraco-Abdominal	- Flexão -Extensão - Hiperextensão - Rotação - Flexão Lateral	
Escapulo-Umeral	- Flexão -Extensão - Rotação interna - Rotação externa - Abdução - Adução	

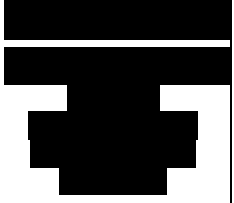
Cotovelo	- Flexão - Extensão	
Antebraço	- Supinação. - Pronação	
Punho	- Flexão dorsal - Flexão palmar - Extensão - Desvio radial - Desvio cubital	
Coxo-femural	- Flexão -Extensão - Hiperextensão - Rotação interna - Rotação externa - Adução - Abdução	
Joelho	- Flexão - Extensão	
Tornozelo	- Flexão - Extensão - Inversão - Eversão	

REFERÊNCIAS

- -Bohannon, R. and Smith, M. (1987). "Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity." *Physical Therapy* 67(2): 206.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusodidacta.
- Padilha, J., Guardado, A., Pinto, V., Queirós, P., Henriques, F., Alves, M., . . . Costa, M. (2001). *Enfermagem em Neurologia*. Coimbra: Formasau..
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

ANEXOS

ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
_____ Data __/__/__	_____ Data __/__/__	_____ Data __/__/__

	<h1>MANUAL DE PROCEDIMENTOS</h1> <h2>TÍTULO: Avaliação do equilíbrio corporal</h2>	
	<input checked="" type="checkbox"/> Procedimento clínico	<input type="checkbox"/> Procedimento administrativo
<input type="checkbox"/> Procedimento clínico-administrativo		
Código:	Autor(es): Enf ^a Catarina Maia (estudante da especialidade de enfermagem de Reabilitação)	
Versão:	Data elaboração: 16/12/2013	Data validade:
Revisão:	Data apresentação em conselho geral:	

ÂMBITO

Todos
 Enfermeiros
 Auxiliares
 Médicos
 Administrativos
 Seguranças
 Outros (especificar) _____

OBJECTIVOS

Avaliar a pessoa com alteração do equilíbrio corporal.

Avaliar o potencial da pessoa de forma a permitir uma intervenção preventiva, de manutenção ou recuperação adequadas.

Uniformizar procedimentos

Facilitar integração de novos elementos

RESPONSABILIDADES

Enfermeiro: implementação do procedimento

Médico

DEFINIÇÕES

O equilíbrio é definido como a capacidade de manter a posição do seu corpo sobre a sua base de sustentação, sendo classificado como equilíbrio estático e dinâmico. O equilíbrio estático refere-se à capacidade da pessoa manter a sua posição ortostática, enquanto que o equilíbrio dinâmico refere-se à capacidade de fazer

transição ou mover-se entre posições.

O equilíbrio é produzido por processos neuromusculares complexos que envolvem o processamento de três sentidos principais: visual, vestibular e sómato-sensorial.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC- Acidente Vascular Cerebral

EM- Esclerose Múltipla

CONTEÚDO

Indicações:

A avaliação do equilíbrio pode ser realizada em todas as faixas etárias do ciclo de vida.

No caso da ocorrência de eventos como AVC; doença da Parkinson; EM; e doença osteoarticulares é fundamental a avaliação do equilíbrio e monitorizar, ao longo do tempo, as mudanças relativas a esta capacidade.

Material Necessário:

Orientações quanto ao procedimento:

A avaliação do equilíbrio requer que haja a colaboração do utente pelo que, em cada teste de avaliação, e na aplicação da Escala de Berg, devem ser tidas em conta determinadas especificidades.

Procedimento:

- Explicar o procedimento ao utente/cuidadores.
- Proporcionar um ambiente tranquilo.
- Para avaliação do equilíbrio estático sentado:
 - Solicitar à pessoa para manter as mãos de lado, suportando o peso do tronco.
- Para avaliação do equilíbrio dinâmico na posição de sentado:
 - Pode induzir-se um ligeiro balancear de tronco da pessoa, de modo a compensar o movimento, recuperando o equilíbrio.
- Para avaliação do equilíbrio estático em pé existem alguns testes, nomeadamente.

Teste de Romberg

A pessoa é colocada em posição ortostática, com os calcanhares unidos e pés separados em 30°, membros superiores ao longo do corpo, na posição anatómica e com os olhos fechados, para inibir a visão, durante um minuto. Considera-se incapaz de realizar testes quando a pessoa não é capaz de permanecer na posição solicitada pelo menos 10 segundos.

Apoio monopodal de Uemura:

É um teste de alta sensibilidade que consiste no equilíbrio de uma pessoa sobre um dos pés com os olhos fechados. Classicamente quando se observa uma pessoa com alteração vestibular, uni ou bilateral, esta não se consegue equilibrar. As

peçoas com mais de 55 anos de idade podem apresentar alteraçoões neste teste pelo que é recomendável que não seja aplicado.

- Proceder à aplicação da Escala do Equilíbrio de Berg, para avaliação dos parâmetros de equilíbrio e risco de queda (ver anexo).
- Proceder aos registos do resultado da aplicação da escala.

REFERÊNCIAS

- Hoeman, S. (2011). Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Menoita, E. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Lusodidacta.
- Padilha, J., Guardado, A., Pinto, V., Queirós, P., Henriques, F., Alves, M., . . . Costa, M. (2001). Enfermagem em Neurologia. Coimbra: Formasau.
- Sequeira, C. (2007). Cuidar de Idosos Dependentes. Coimbra: Quarteto Editora.

ANEXOS

Escala de Equilíbrio de Berg

1. Posição sentada para posição em pé

Instruções: Por favor, levante-se. Tente não usar as suas mãos como suporte

- (4) capaz de se levantar sem utilizar as mãos e estabilizar-se de forma independente
- (3) capaz de se levantar de forma independente utilizando as mãos
- (2) capaz de se levantar utilizando as mãos após diversas tentativas
- (1) necessita de ajuda mínima para se levantar ou estabilizar
- (0) necessita de ajuda moderada ou máxima para se levantar

2. Permanecer em pé sem apoio

Instruções: Por favor, fique em pé, durante 2 minutos sem se apoiar.

- (4) capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos
- (3) capaz de permanecer em pé por 2 minutos com supervisão
- (2) capaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio
- (1) necessita de várias tentativas para permanecer em pé por 30 segundos sem apoio
- (0) incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem apoio

Se for capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, registre o número total de pontos no

item número 3 e continue com o item número 4.

3. Permanecer sentado sem apoio nas costas, mas com os pés apoiados no chão ou num banquinho

Instruções: Por favor, fique sentado sem apoiar as costas com os braços cruzados por 2 minutos.

- (4) capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos

- (3) capaz de permanecer sentado por 2 minutos sob supervisão
- (2) capaz de permanecer sentado por 30 segundos
- (1) capaz de permanecer sentado por 10 segundos
- (0) incapaz de permanecer sentado sem apoio durante 10 segundos

4. Posição em pé para posição sentada

Instruções: Por favor, sente-se.

- (4) senta-se com segurança com uso mínimo das mãos
- (3) controla a descida utilizando as mãos
- (2) utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida
- (1) senta-se de forma independente, mas tem descida sem controle
- (0) necessita de ajuda para sentar-se

5. Transferências

Instruções: Arrume as cadeiras perpendicularmente ou uma de frente para a outra para uma transferência em pivô.

Por favor, transferir-se de uma cadeira com apoio de braço para uma cadeira sem apoio de braço, e vice-versa

- (4) capaz de se transferir com segurança com uso mínimo das mãos
- (3) capaz de se transferir com segurança com o uso das mãos
- (2) capaz de se transferir seguindo orientações verbais com/ou supervisão
- (1) necessita de uma pessoa para ajudar
- (0) necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar para realizar a tarefa com segurança

6. Permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados

Instruções: Por favor, fique em pé e feche os olhos por 10 segundos.

- (4) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com segurança
- (3) capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão
- (2) capaz de permanecer em pé por 3 segundos
- (1) incapaz de permanecer com os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé
- (0) necessita de ajuda para não cair

7. Permanecer em pé sem apoio com os pés juntos

Instruções: Por favor, junte os seus pés e fique em pé sem se apoiar.

- (4) capaz de posicionar os pés juntos de forma independente e permanecer por 1 minuto com segurança
- (3) capaz de posicionar os pés juntos de forma independente e permanecer por 1 minuto com supervisão
- (2) capaz de posicionar os pés juntos de forma independente e permanecer por 30 segundos
- (1) necessita de ajuda para se posicionar, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos
- (0) necessita de ajuda para se posicionar e é incapaz de permanecer nessa posição por 15 Segundos

8. Alcançar à frente com o braço estendido permanecendo em pé

Instruções: Levante o braço a 90°. Estique os dedos e tente alcançar a frente o mais longe possível.

(O examinador posiciona a régua no fim da ponta dos dedos A medida registada é a distância que os dedos conseguem alcançar na inclinação).

Por Favor, se possível, use ambos os braços de forma a evitar rotação do tronco.

- (4) pode avançar à frente mais que 25 cm com segurança
- (3) pode avançar à frente mais que 12,5 cm com segurança
- (2) pode avançar à frente mais que 5 cm com segurança
- (1) pode avançar à frente, mas necessita de supervisão
- (0) perde o equilíbrio na tentativa, ou necessita de apoio externo

9. Pegar um objecto do chão a partir de uma posição em pé

Instruções: Por favor, pegue o objeto que está na frente dos seus pés.

- (4) capaz de pegar o sapato/chinelo com facilidade e segurança
- (3) capaz de pegar o sapato/chinelo, mas necessita de supervisão
- (2) incapaz de pegá-lo, mas se estica até ficar a 2-5 cm do chinelo e mantém o equilíbrio de

forma independente

- (1) incapaz de pegá-lo, necessitando de supervisão enquanto está tentando
- (0) incapaz de fazer, ou necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair

10. Virar-se e olhar para trás por cima dos ombros direito e esquerdo enquanto permanece em pé

Instruções: Por favor, vire-se para olhar diretamente atrás de você por cima, do seu ombro esquerdo sem tirar os pés do chão. Faça o mesmo por cima do ombro direito.

- (4) olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso
- (3) olha para trás somente de um lado; o lado contrário demonstra menor distribuição do peso
- (2) vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio
- (1) necessita de supervisão para virar
- (0) necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair

11. Girar 360 graus

Instruções: Por favor, gire sobre si mesmo.

Faça uma pausa. Gire em sentido contrário.

- (4) capaz de girar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- (3) capaz de girar 360 graus com segurança somente para um lado em 4 segundos ou menos
- (2) capaz de girar 360 graus com segurança, mas lentamente
- (1) necessita de supervisão próxima ou orientações verbais
- (0) necessita de ajuda enquanto gira.

12. Posicionar os pés alternadamente no degrau/banquinho enquanto permanece em pé

sem apoio

Instruções: Por favor, toque cada pé alternadamente no degrau/banquinho.

Continue até que cada pé tenha tocado o degrau/banquinho quatro vezes..

- (4) capaz de permanecer em pé de forma independente e com segurança, completando 8 movimentos em 20 segundos
- (3) capaz de permanecer em pé de forma independente e completar 8 movimentos em mais que 20 segundos
- (2) capaz de completar 4 movimentos sem ajuda
- (1) capaz de completar mais que 2 movimentos com o mínimo de ajuda
- (0) incapaz de fazer, ou necessita de ajuda para não cair

13. Permanecer em pé sem apoio com um pé à frente

Instruções: Coloque um pé directamente à frente do outro na mesma linha. Se achar, que não irá conseguir, coloque o pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado.

- (4) capaz de colocar um pé imediatamente à frente do outro de forma independente, e permanecer por 30 segundos
- (3) capaz de colocar um pé um pouco mais à frente do outro e levemente para o lado de forma independente, e permanecer por 30 segundos
- (2) capaz de dar um pequeno passo de forma independente e permanecer por 30 segundos
- (1) necessita de ajuda para dar o passo, porém permanece por 15 segundos
- (0) perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé

14. Permanecer em pé sobre uma perna

Instruções: Fique em pé sobre uma perna o máximo que puder sem se segurar.

- (4) capaz de levantar uma perna de forma independente e permanecer por mais que 10 segundos
- (3) capaz de levantar uma perna de forma independente e permanecer por 5-10 segundos
- (2) capaz de levantar uma perna de forma independente e permanecer por 3-4 segundos
- (1) tenta levantar uma perna, mas é incapaz de permanecer por 3 segundos, embora permaneça em pé de forma independente
- (0) incapaz de fazer, ou necessita de ajuda para não cair

Resultado Total (Máximo = 56)
Entre 41 e 56 pontos – baixo risco de queda
Entre 21 e 40 pontos – médio risco de queda
Entre 0 e 20 pontos – elevado risco de queda

ELABORAÇÃO	REVISÃO	APROVAÇÃO
<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Data __/__/__	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Data __/__/__	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Data __/__/__

Apêndice V- Formação em serviço

Instrumentos de avaliação funcional - Uma mais valia dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação -

Trabalho realizado por: Catarina Maia no âmbito do 4º Curso
de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação,
sob orientação do Prof. Dr. Miguel Serra

Novembro de 2013

SUMÁRIO

- Objectivos
- Contextualização teórica da utilização de instrumentos para a avaliação funcional.
- Apresentação e descrição dos instrumentos de avaliação
 - Escala de avaliação da força muscular de Medical Research Council.
 - Escala de Ashworth Modificada
 - Escada de Equilíbrio de Berg
 - Escala de Barthel Modificada.
- Conclusão: Implicações para a prática.

OBJECTIVOS

- Identificar os instrumentos de avaliação mais utilizados na avaliação da força muscular; tónus muscular; equilíbrio; e nível de dependência.
- Demonstrar a importância/ utilidade da utilização de instrumentos de avaliação no ganho funcional da pessoa.

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA



J1

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



J2

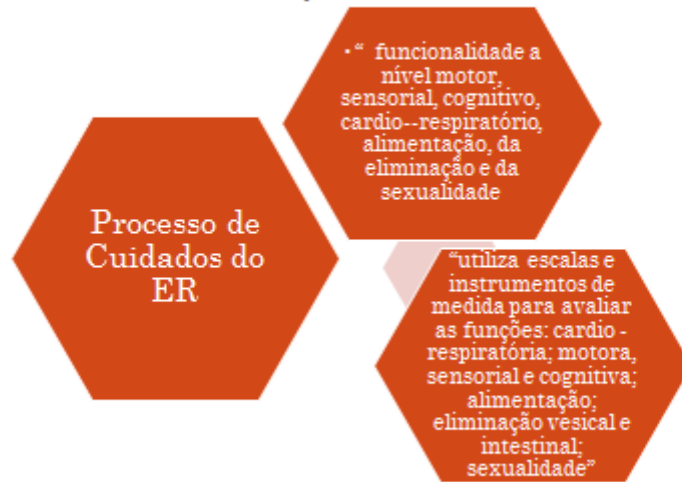
• Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania



J3

• Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA



Regulamento das Competências Específicas de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, 2010



A avaliação funcional com base em medidas válidas e objectivas, contribui de maneira significativa para a avaliação interdisciplinar e para o planeamento dos cuidados.

Os programas de reabilitação incorporam medidas de:

- Funcionalidade Física;
- Cognitiva;
- Emocional;
- Perceptual;
- Social;
- Vocacional



(Hoeman, 2012)

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

- A avaliação da força muscular, da amplitude articular, do tónus muscular e equilíbrio constituem uma parte integrante da neuroavaliação.
- A avaliação conjunta dos parâmetros de avaliação da força muscular, da amplitude articular e do equilíbrio complementam a avaliação das actividades de vida diária, nomeadamente as básicas e instrumentais.
- Os instrumentos de avaliação em MFR incluem e combinam parâmetros de funções orgânicas, de actividade e participação.

(Padilha et al, 2004; Hoeman, 2010)



FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

- *“A enfermagem de reabilitação, sendo uma área da enfermagem que exige conhecimentos específicos, a nível técnico e conceptual, (...) necessita de instrumentos de avaliação da qualidade precisos.”*

(Gomes, Martins, Geoplinea Fernandes, 2012)



FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

- Pela pesquisa realizada os instrumentos de avaliação mais utilizados em Portugal são:



Não validadas

- Escala de avaliação da força muscular de Medical Research Council
- Escala de Ashworth modificada



Validadas

- Escala de Berg
- Escala de Barthel Modificada

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DE MEDICAL RESEARCH COUNCIL

- Instrumento mais comumente utilizado na avaliação da força muscular.
 - utentes com doenças crónicas e lesões do foro neurológico e motor, contudo não existe nenhum estudo em Portugal sobre a sua validação.
- Considerável utilização internacional e nacional



ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DE MEDICAL RESEARCH COUNCIL

- O seu objectivo é a avaliação da força muscular deve ser realizada com base em critérios:
 - Realizada em todos os planos do movimento (frontal, sagital e horizontal) e em todos os segmentos corporais e deve ser realizada bilateralmente.
 - Avaliação inicia-se dos segmentos distais para os proximais, através de movimentos de puxar e empurar a mão do profissional.
 - Não é contabilizada a resistência induzida pelo profissional.

(Mansilla, 2010; Norman, 2010)

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DE MEDICAL RESEARCH COUNCIL

- Grau 0 –ausência total do movimento
- Grau 1 – Esboça contracção de um músculo isoladamente mas sem desencadear movimento.
- Grau 2- Apresenta pequenos movimentos mas não vence a gravidade.
- Grau 3- Apresenta movimentos vencendo a gravidade mas não a resistência.
- Grau 4- Apresenta possibilidade de movimento vencendo resistência leve.
- Grau 5- Apresenta movimentos e vence a resistência moderada.

ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH

- Instrumento mais frequentemente utilizado para avaliação do tónus muscular e determinação da espasticidade.
 - Utentes com doenças crónicas e lesões a nível neurológico e motor.
 - Não existe nenhum estudo em Portugal sobre a sua validação.
 - Com vasta aplicabilidade a nível internacional.

ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH

- A avaliação da espasticidade deve obedecer a determinados critérios:
 - deve avaliar-se em todos os planos do movimento e nos vários segmentos corporais, devendo ser feita bilateralmente e avaliar-se da parte distal para a proximal
 - o doente deve de estar em decúbito dorsal.
 - quando se avalia um músculo flexor de uma articulação deve-se colocar a articulação numa posição de flexão máxima e mover para uma posição de extensão máxima durante mais de um segundo;
 - quando se avalia um músculo extensor de uma articulação deve-se colocar a articulação numa posição de extensão máxima e mover para uma posição de flexão máxima durante mais de um segundo.

(Behavmona Smith, 1997; Mendes, 2012)

ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH

- Nível 0 - sem aumento do tônus muscular;
- Nível 1- leve aumento do tônus muscular manifestado por uma resistência mínima no final da amplitude do movimento;
- Nível 1+ -leve aumento do tônus muscular manifestado por uma resistência mínima em cerca de metade da amplitude do movimento;
- Nível 2- moderado aumento do tônus muscular na maior parte da amplitude do movimento, mas os segmentos são facilmente mobilizados;
- Nível 3- considerável aumento do tônus muscular, com movimento passivo difícil;
- Nível 4-rigidez em flexão e extensão.

ESCALA DO EQUILÍBRIO DE BERG

- A escala do equilíbrio de Berg é utilizada para a avaliação do equilíbrio.
 - Objectivo: avaliar o equilíbrio em idosos e monitorizar, ao longo do tempo, as mudanças relativas a esta capacidade.
 - Indivíduos idosos, indivíduos com AVC, indivíduos com doença de Parkinson, e indivíduos com outras patologias que condicionem défices de equilíbrio.
 - Validada em Portugal.
 - Fornece dados objectivos e precisos relativos ao risco de queda, mediante a pontuação obtida.

(Berman, 2010)

ESCALA DE BARTHEL MODIFICADA

- A Escala de Barthel Modificada é utilizada para avaliar o nível de dependência da pessoa e medir a função física que se centra no autocuidado e mobilidade básica
- Indicação: pessoas no pós AVC; com lesões vertebromedulares, com EM e ELA; com patologia cardíaca, com artrite reumatóide. Utentes amputados e com doença crónica de que resulta grande incapacidade.
- ★

(Requena, 2007)

CONCLUSÃO

-DESAFIO PARA A PRÁTICA DE CUIDADOS DE ER

- Elaboração de normas de aplicação das escalas.
- Realização de estudos pela equipa que contemplem:
 - Os ganhos funcionais em termos de força, tónus muscular (comparar os dados na admissão e na alta dos utentes)
 - Os ganhos no auto-cuidado da pessoa.
 - A diminuição de ocorrência de eventos críticos como as quedas.
- Constituir um instrumento de avaliação da qualidade dos cuidados.

DESAFIO PARA A PRÁTICA DE CUIDADOS DE ER

- Apresentação de documento para monitorização da aplicação das escalas.
 - ★

○Dúvidas....

• Sugestões....

○Obrigada!

BIBLIOGRAFIA

- Bohannon, R. and Smith, M. (1987). "Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity." *Physical Therapy* 67(2): 206.
- Enfermeiros, O. d. (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Gomes, J., Martins, M., Gonçalves, M., & Fernandes, C. (Dezembro de 2012). Enfermagem de reabilitação: percurso para a avaliação da qualidade em unidades de internamento. *Revista de Enfermagem Referência.*, pp. 29-38.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusodidacta.
- Padilha, J. (2001). *Enfermagem em Neurologia*. 1ª Edição. Coimbra: Formação e Saúde, Lda.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

Apêndice VI – Base de dados para registo de avaliação (Exemplo)

Apêndice VII- Jornal de Aprendizagem

4º Curso de Mestrado em Enfermagem
– Área de especialização em Enfermagem de Reabilitação –
Unidade Curricular: Estágio com Relatório



**Jornal de
Aprendizagem
- Intervenção do
EEER junto da pessoa
com EM-**



Autora: Ana Catarina da Costa Maia nº 4829

Professor Orientador: Prof. Dr. Miguel Serra

Lisboa,
Dezembro de 2013

Neste diário de aprendizagem opto por reflectir em relação à motivação na pessoa com EM (esclerose múltipla) no seu processo de reabilitação e como esta condiciona a sua qualidade de vida. Tendo como base o Ciclo Reflexivo de Gibbs, a reflexão da presente situação tem como objectivo o desenvolvimento de competências reflexivas importantes no processo de ensino/aprendizagem que estou a vivenciar.

- **Descrição da Situação**

A situação por mim escolhida decorre no contexto da prestação de cuidados de enfermagem de enfermagem de reabilitação, a um utente de 44 anos que foi diagnosticado Esclerose Múltipla do tipo primária progressiva há cerca de 4 anos. Neste momento, constata-se uma evolução muito rápida da doença e uma perda da capacidade funcional da utente acrescida, que se verifica nas visitas domiciliárias que foram realizadas. Numa das visitas realizadas, após a realização de exercícios terapêuticos de mobilização dos membros inferiores, foi solicitado ao utente a realização de exercícios de motricidade fina, nomeadamente, de escrita simbólica. O utente manifestou algum desânimo e até cansaço quando foi solicitada a realização desta actividade. Perante este facto, expliquei ao utente a necessidade de realizar a actividade no sentido de manter alguma capacidade de realizar movimentos com a mão para: alimentar-se de forma autónoma; beber o seu café, escrever; ler. Paralelamente, a mãe do utente, a sua principal cuidadora, ao ouvir o utente a afirmar que estava cansado, demonstrou o seu desagrado referindo que é “sempre assim” e “ não vale a pena insistir”. Mediante este aspecto, explicamos à mãe do utente a necessidade de demonstrar compreensão face a algumas atitudes, e demonstrando que tendo em conta a evolução da doença, poderiam haver momentos de maior cansaço. Na visita seguinte, o utente não tinha realizado os exercícios para treino de motricidade fina referindo que por vezes esquece-se e que se sente cansado e desanimado, pois algumas vezes percebe a sua incapacidade realizar determinados exercícios, verbalizando que diariamente está ansioso que chegue à noite, para se ir deitar. Manifestou também um certo desagrado relacionado com o facto de a mãe “ estar sempre a implicar”, pelo que se sente incompreendido pela mesma. Foi encorajado a não desanimar e explicado que devido à sua doença, EM; poderá haver alturas em que é mais difícil a concretização de algumas actividades. Foi, igualmente, demonstrado apoio emocional e explicado que era importante percebermos como se sentia em termos de cansaço para reorganizarmos o nosso plano de intervenção.

- **Sentimentos e pensamentos**

A situação referida representou, para mim, um momento de reflexão sobre os cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com EM; quais os factores que

condicionam a adesão a um programa terapêutico; à sua qualidade de vida, bem como à transformação da pessoa em termos relacionais com os seus familiares e amigos. De facto, na maioria das visitas que foram realizadas a este utente foi possível aperceber-me da constante sensação de cansaço/fadiga, desmotivação. Mas, seria apenas decorrente de um cansaço físico? Da pressão emocional exercida pela sua mãe? Qual a qualidade de vida deste utente, ainda jovem? Em que medida a minha intervenção poderá ser diferente, junto da pessoa com EM, que manifeste cansaço e desmotivação?

De facto, no estudo desenvolvido por Fernandes (2009), relativo às vivências da pessoa com EM, é mencionado que a respectiva vivência ocorre em sete dimensões que se relacionam entre si: *“Sofrimento Físico”, “Sofrimento Psicológico”, “Sofrimento Sócio-relacional”, “Sofrimento Existencial”, “Experiências Positivas de Sofrimento”, “Estratégias de Adaptação” e “Expectativas Futuras”*. O mesmo autor afirma ainda que: *“o impacto da fadiga e da limitação na mobilidade na dependência e isolamento d participantes, com reacções psicológicas diversas, habituais na situação de doença grave, evidenciando-se também o estigma de se “ser” diferente,” com necessidade expressa pelos participantes de maior escuta por parte dos outros”*. (.p 5)

- **Avaliação: o que foi bom ou mau na experiência?**

Reflectindo sobre a situação considero que um dos aspectos positivos da experiência refere-se à constatação da vivência do cansaço e da fadiga e a identificação deste sintoma como uma limitação no envolvimento terapêutico do utente no programa de reabilitação.

O facto de ter explicado à mãe do utente, a sua principal cuidadora, a evolução da doença, bem como os sintomas associados, entre os quais, o cansaço constitui um momento de diminuição da tensão familiar existente.

Contudo, considero que que perante a situação ocorrida, enquanto futura especialista de enfermagem de reabilitação alguns aspectos poderiam ter sido mais explorados. Admito que, não obstante o facto do plano de intervenção de enfermagem de reabilitação ter sido realizado tendo em conta as especificidades do utente, poderiam ter sido aprofundadas determinadas estratégias, nomeadamente, no que se refere: ao controlo da sensação de fadiga bem como a sua correcta avaliação; maior focalização para as repercussões da EM neste utente na sua qualidade de vida e relação com os outros.

- **Análise: que sentido pode encontrar à situação**

Em certa medida o repensar da minha intervenção e o sentir que poderiam ser aprofundadas e delineadas determinadas estratégias relaciona-se com o facto de estar centrada no ganho/manutenção funcional das capacidades do utente para o seu autocuidado. De uma certa forma, afirmo uma determinada “dificuldade” de lidar com a

rápida evolução do tipo de EM que o utente apresenta, e até perceber em que certa medida a cuidados de reabilitação não se cruzam com os cuidados paliativos.

De facto, quando é realizado um plano de intervenção em enfermagem de reabilitação para a pessoa com EM assente na realização de exercícios terapêuticos, temos que ter em conta um factor muito importante, que é a fadiga. (Hoeman, 2011). Para a Multiple Sclerosis Council of Clinical Practice Guidelines (1998), cit. por Gomes (2011), p. 3 “ *a fadiga tem sido definida como uma perda subjectiva de energia física e/ou mental, que é percebida pelo doente ou cuidador como uma interferência na execução das suas actividades diárias.*” No estudo desenvolvido por Lebre; Mendes; Tibery; Almeida & Neto (2007, p. 663) na EM estima-se que a fadiga esteja presente em 75 a 90% dos casos, sendo o sintoma mais grave e incapacitante em cerca de 40% dos utentes. Assim, torna-se compreensível que o cansaço que o utente apresentava encontrava-se intimamente relacionado com a fadiga inerente à própria evolução da doença. Associada à fadiga pode ocorrer a sensação de frustração e desânimo pela evolução da doença, bem como pela perda da capacidade para o seu autocuidado. Reportando-me ao estudo desenvolvido por Fernandes (2009), a frustração e desânimo constituem os sintomas de “sofrimento psicológico” sendo que: “*a frustração relaciona-se com o esforço e dedicação em avançar que muitas vezes não é compensado, advindo o desânimo, sobretudo quando, na solidão da noite, se retrospectiva e perspectiva a mudança ocorrida na vida e as várias perdas.*” (p. 75). A estes factos acresce a perda de qualidade de vida quer dos utentes, quer dos seus cuidadores, conforme é referido no estudo desenvolvido por Pereira (2009).

Numa outra linha de ideias, é importante compreender e perceber que a pessoa com EM poderá apresentar sintomas associados a alterações do foro cognitivo, condicionando assim a ocorrência de fadiga. Para Bobholz & Rao (2003), cit. por Barnes & Campbell (2010, p. 13) quase a metade das pessoas com EM podem vir a desenvolver défices cognitivos nomeadamente o comprometimento da concentração, na execução de tarefas e na memória de curto prazo, sendo importante reflectir-se acerca da ocorrência destes eventos.

- **Conclusão- que mais poderia ter feito**

Na presente situação considero que o facto de muitas vezes os cuidados de enfermagem de reabilitação centrarem-se na realização de exercícios terapêuticos poderá limitar o olhar crítico e atento de outras dimensões como a ocorrência de sintomas como a fadiga, e a diminuição da qualidade de vida. De acordo com Pereira et al. (2012) cit. por Sousa & Festas (2013), p.5. as pessoas com EM necessitam de aprender estratégias de conservação de energia e por isso deve-se ter em consideração o tipo de exercício e o número de séries e repetições dos exercícios, porque o gasto de energia em demasia provoca maior fadiga.

Considero ainda, que uma das estratégias que poderia ter mobilizado na intervenção de enfermagem de reabilitação que realizei, relaciona-se com a aplicação de escalas adaptadas para avaliar a sensação e fadiga junto da pessoa com EM. Na verdade, o trabalho desenvolvido por Gomes (2011, p. 13) demonstra a utilidade da Escala de Impacto da Fadiga Modificada e da Escala de Severidade da Fadiga na Esclerose Múltipla, chegando à conclusão de que as referidas escalas podem ser usadas para fins de investigação e para a prática clínica na população portuguesa, constituindo, assim instrumentos que ajudam no processo de julgamento clínico, no planeamento da intervenção.

Numa outra perspectiva, partindo da ideia de Pedro; Ribeiro & Pinheiro (2012) (2012) poderia ser pensado um programa de intervenção com base no modelo de auto-regulação que facilitasse ao utente a reflexão sobre a sua incapacidade e limitação na realização de actividade física, no sentido de repensar intervenções que limitassem a presença deste problema potencial. A conjugação destas estratégias permitiria ao utente a consciencialização da sua incapacidade, ocasionada pela EM, no sentido de melhorar o seu bem-estar, a sua qualidade de vida, a sua relação com os seus familiares e amigos.

Uma das estratégias que poderiam ser também repensadas relaciona-se com a abordagem de cuidados de reabilitação conjuntamente com cuidados paliativos² junto do utente. Apesar de alguns autores afirmarem que nem todos as pessoas com EM beneficiam de cuidados paliativos, dependendo o tipo de EM e do seu prognóstico, podendo ser referenciadas as pessoas com EM que tenham uma expectativa de vida de 6/12 meses e que apresentem sintomas como dor intensa e de difícil controlo; dispneia intensa (Barnes & Campbell, 2010), outros autores como Embrey (2009) evidenciam a mais-valia da existência de centros de cuidados paliativos, numa dinâmica de centro de dia para pessoa com EM. No seu estudo Embrey (2009) refere que os utentes com EM que partilham o centro de dia de cuidados paliativos reportam como experiência facilitadora a existência do grupo de suporte com profissionais da área da neurologia, enfermeiros e outros, no respectivo centro, tendo repercussões positivas tanto para o utente, como para as suas famílias. De facto, permitiram não só uma promoção do seu bem-estar físico e psicológico, mas também a sensação de melhor compreensão e alívio em relatar as suas experiências, mesmo as mais negativas. Possibilitaram, assim a partilha de contactos e o estabelecimento de novas amizades entre as pessoas com EM e os seus familiares; uma certa “ventilação” de emoções negativas associadas ao cuidar.

- **Planear a acção**

²

Segundo a definição da OMS (2002) cit. Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006, p. 2) os cuidados paliativos caracterizam-se por “uma abordagem holística que tem o intuito de melhorar a qualidade de vida dos doentes com problemas associados a doenças potencialmente fatais e à sua família, recorrendo à prevenção e alívio do sofrimento através da identificação precoce, avaliação adequada e tratamento dos diversos problemas, sejam eles físicos, psicológico, sociais ou espirituais”

Mediante o processo reflexivo desenvolvido, considero que não obstante a investigação realizada em torno da EM, uma doença ainda com alguns territórios cinzentos por descobrir, importa também repensar a abordagem dos cuidados de reabilitação, arrisco-me a dizer cuidados de reabilitação paliativa. De facto, considero que os contributos do estudo desenvolvido por Embrey abrem caminho na desmistificação dos cuidados paliativos, especificamente, no caso da EM, sendo que não se referem a cuidados de final de vida, mas sobretudo cuidados que permitam a qualidade de vida da pessoa com EM e dos seus familiares.

Por outro lado, o olhar atento relativo à necessidade de uma correcta avaliação da fadiga na pessoa com EM e as repercussões que tem na qualidade de vida da pessoa e dos seus cuidadores. Assim, é possível um melhor planeamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação que podem passar pela realização de exercícios terapêuticos, mas individualizados tendo em conta os resultados da aplicação da escala; e pela adequabilidade do modelo de auto-regulação proposto por Pedro; Ribeiro & Pinheiro (2012), não esquecendo o envolvimento dos familiares em todo este processo.

Portanto, considero que não basta uma intervenção por vezes subjectiva junto da pessoa com EM. O facto de a EM ser, ainda, uma doença em estudo e alvo de investigações promissoras, na área do tratamento farmacológico, é fundamental que se criem condições e grupos de trabalho para que haja a concordância com outras metodologias de intervenção, que sustentem a prática de cuidados de enfermagem de reabilitação.

• **Bibliografia**

Barnes, J., & Campbell, C. (Janeiro de 2010). Palliative care in multiple sclerosis and motor neuron disease. *British Journal of Hospital Medicine*, pp. 21-25.

Embrey, N. (Setembro de 2009). Exploring the lived experience Exploring the lived experience MS, 3: Views of group support. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 5(9).

Fernandes, R. (2009). *Vivências de pessoas com Esclerose Múltipla*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Lebre, A., Mendes, M., Tilbery, C., Almeida, A., & Neto, A. (Março de 2007). Relação entre fadiga e distúrbios autonômicos na esclerose múltipla. *Arq Neuropsiquiatria*, pp. 663-668.

Associação Nacional de Cuidados Paliativos. (2006). *Organização de Serviços em Cuidados Paliativos*. Lisboa.

Pedro, L., J., R., & Pinheiro, J. (2012). Programa de Intervenção segundo do modelo de Auto-Regulação na Esclerose Múltipla. *Actas do 9º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 1071-7). Lisboa: Placebo- Editora.

Pereira, M. (2009). *Qualidade de Vida e Espiritualidade na Esclerose Múltipla*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa- Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto.

Sousa, M., & Festas, C. (2013). *Benefícios do exercício terapêutico na mobilidade e qualidade de vida em indivíduos com Esclerose Múltipla- Revisão sistemática*. Projecto e estágio profissionalizante, Universidade Fernando Pessoa- Faculdade de Ciências da Saúde, Porto.

**Apêndice VIII- Guião de colheita de dados para avaliação das
necessidades dos CI**

Guia de Colheita de dados/necessidades do CI

Data:

Cuidador:

1. Caracterização socio-demográfica do cuidador informal/familiar

1.1 Género

1 Masculino___

2 Feminino___

1.2 Data de Nascimento

Ano _____

1.3 Qual a relação que tem com o doente?

1 Cônjuge___

2 Filho___

3 Irmão___

4 Neto___

5 Outro Familiar___ Especifique qual? _____

6 Amigo/vizinho___

1.4 Qual o seu estado civil?

1 Solteiro___

2 Casado___

3 União de facto___

4 Separado/divorciado___

5 Viúvo___

1.5 Quais as suas habilitações literárias?

1 Sem escolaridade___

2 Sabe assinar___

3 Sabe ler e escrever___

4 4ª classe/ 1º ciclo ensino básico___

5 Ensino preparatório /2º ciclo do ensino básico___

6 9º ano /3º ciclo do ensino básico____

7 12º ano /ensino secundário____

8 Curso médio____

9 Curso Superior____

10 Outra situação. Especifique qual?

1.6 Qual a principal origem do seu rendimento mensal?

1 Trabalho____

2 Pensão de reforma/aposentação____

3 Pensão de invalidez____

4 Pensão de sobrevivência____

5 Pensão social____

6 Subsídio de desemprego____

7 Subsídio de doença____

8 Rendimento social de inserção____

9 Encontra-se a cargo de familiares____

10 Rendimentos próprios(propriedades, negócios)____

11 Outro____ Especifique qual? _____

12 Sem rendimentos____

2. Necessidades percebidas pelo CI

2.1. Necessidades específicas do cuidador:

1 Informação sobre apoio da equipa de saúde da UCC ____

3 Informação sobre a doença e sintomas associados? ____

4. Informação sobre os cuidados ao seu familiar

- a) Higiene
- b) Transferências
- c) Posicionamentos
- d) Alimentação
- e) Eliminação intestinal e vesical

5. Informação sobre as necessidades psicológicas do doente

6. Orientações para cuidar de si mesmo, combater a fadiga, evitar a depressão.

7. Manutenção de uma vida familiar normal (saber organizar o seu tempo e aprender a delegar funções)

8. Melhorar a comunicação com o seu familiar / equipa.

9. Acesso à obtenção de transporte (consultas)_____

10. Acesso a ajudas técnicas_____

2.2. Dificuldades Económicas:

1 Custos elevados em medicamentos_____

2 Insuficiente apoio para aquisição de fraldas_____

3 Elevado custo das ajudas técnicas (camas articuladas, adaptações WC, material antiescara, cadeiras de rodas,...)_____

4 Falta de apoio para adaptações da habitação (barreiras e outras)_____

5 Outras_____ Especifique quais. _____

3. Duração e tempo de prestação de cuidados

3.1 Há quanto tempo cuida do seu familiar doente?

1 menos de 3 meses_____

2 mais de 3 meses e menos de 6 meses_____

3 mais de 6 meses e menos de 1 ano_____

4 mais de 1 ano_____

3.2 Em média quantas horas por dia se ocupa a tratar deste doente?_____ (h/dia)

4. Recursos Comunitários

4.1 Tem acesso a serviço domiciliário de IPSS, Misericórdia ou outra instituição?

1 SIM_____

2 NÃO_____

5. Em que medida considera que a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação uma mais valia/ajuda?

1. Realização de cuidados como: levante; transferências; alimentação; higiene; eliminação;

2. Capacidade de comunicação /compreensão do utente;

3. Consciência das suas dificuldades;

5. Sensação de bem-estar e tranquilidade no cuidar.

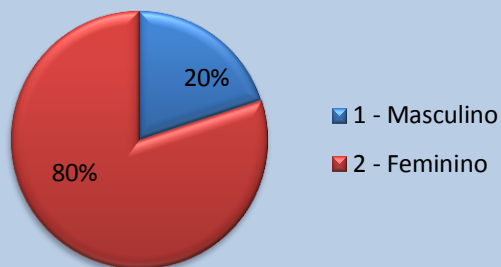
6.

Outras:

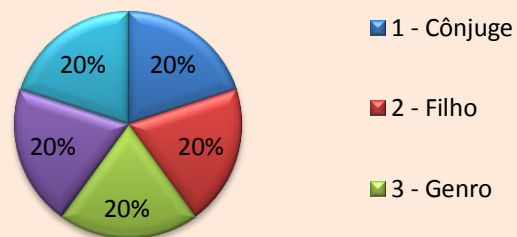
**Apêndice IX- Resultados da colheita de dados/necessidades dos
cuidadores**

1. Caracterização socio-demográfica do cuidador informal/familiar

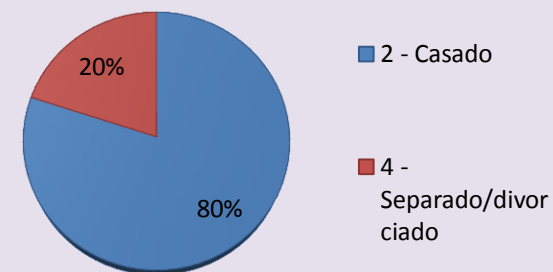
Género



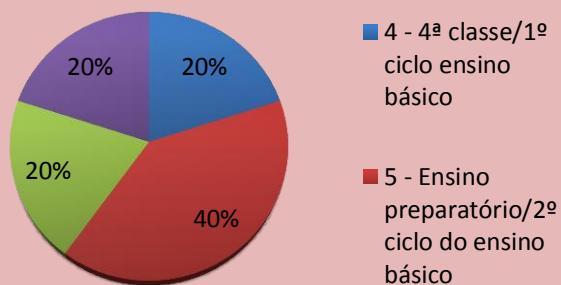
Relação com a pessoa cuidada



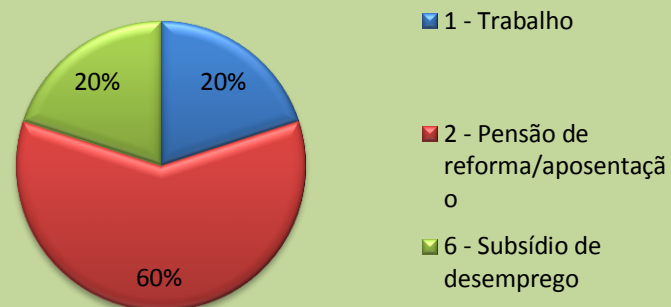
Estado Civil



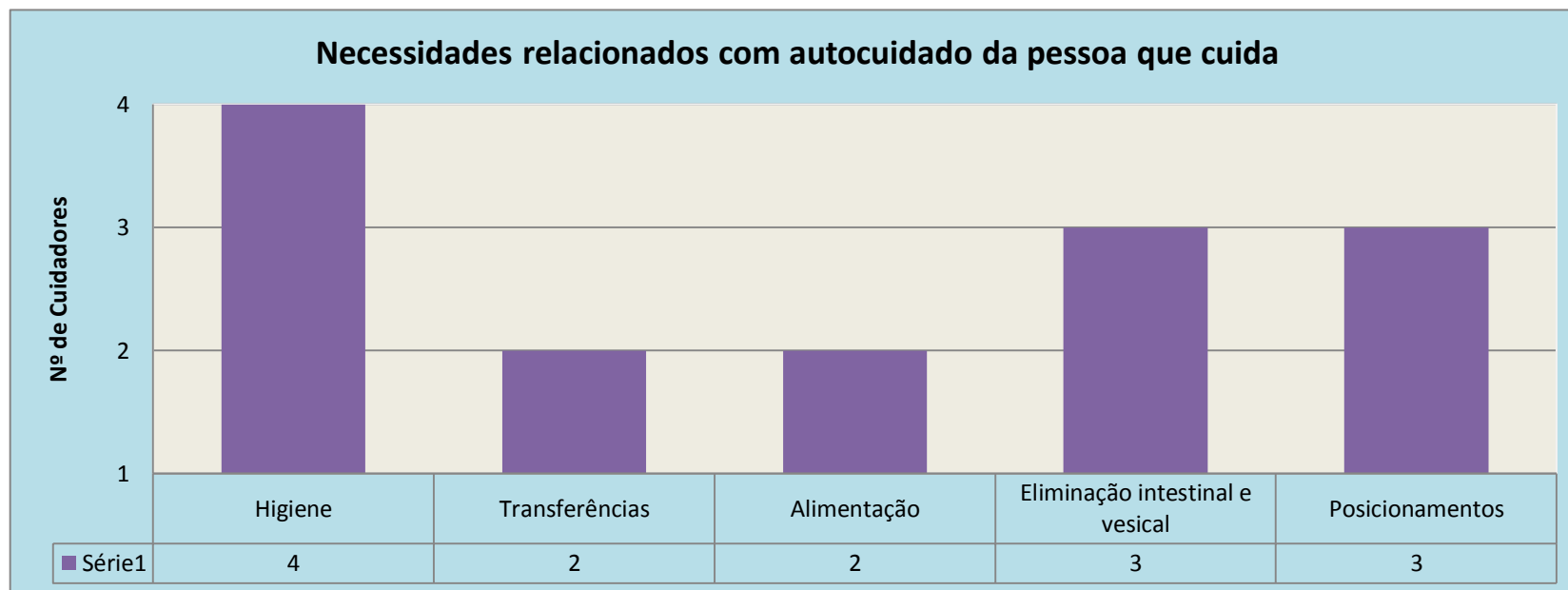
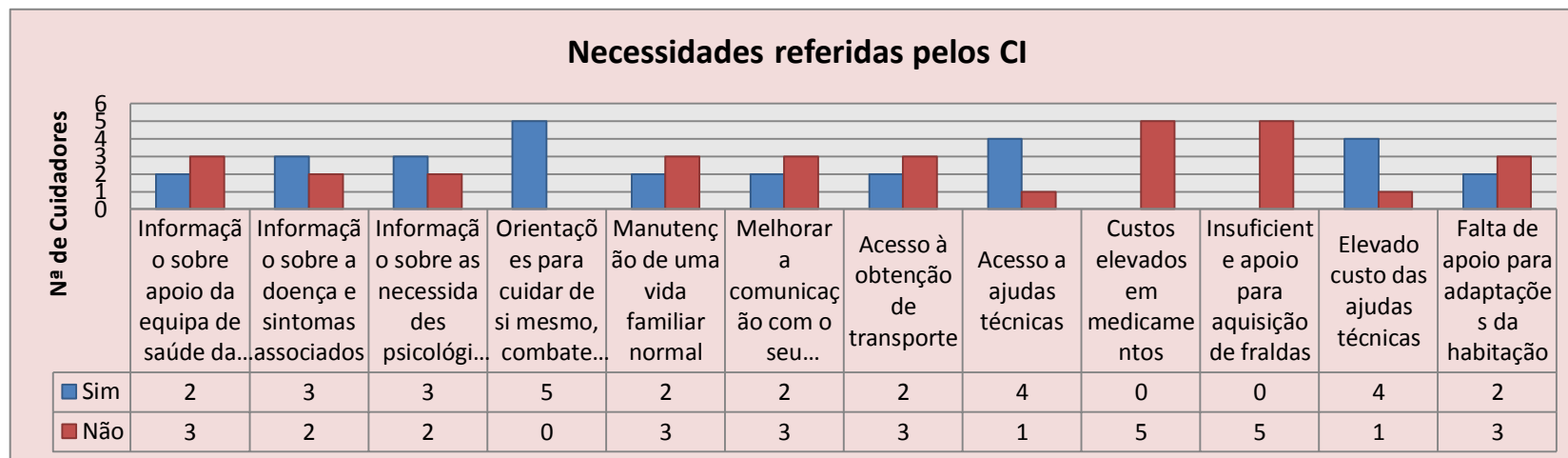
Nível de Escolaridade



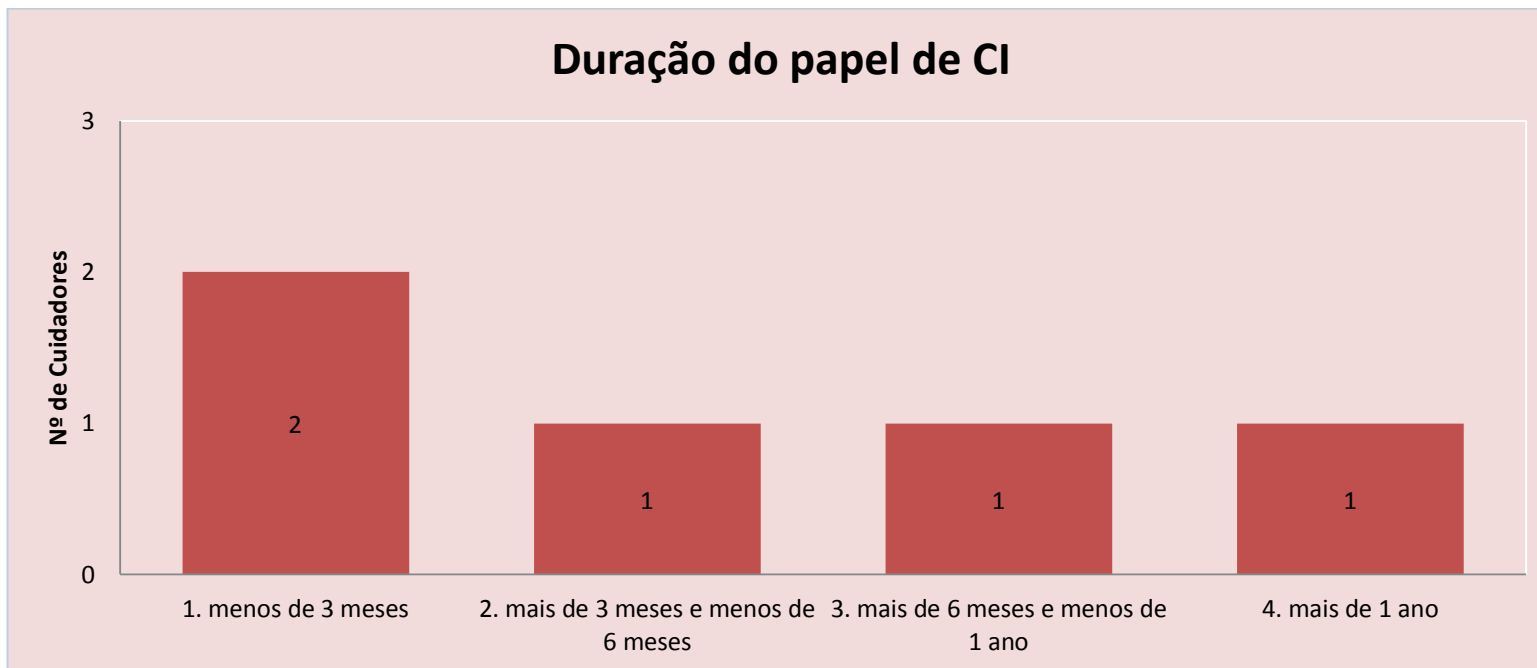
Fonte de Rendimentos



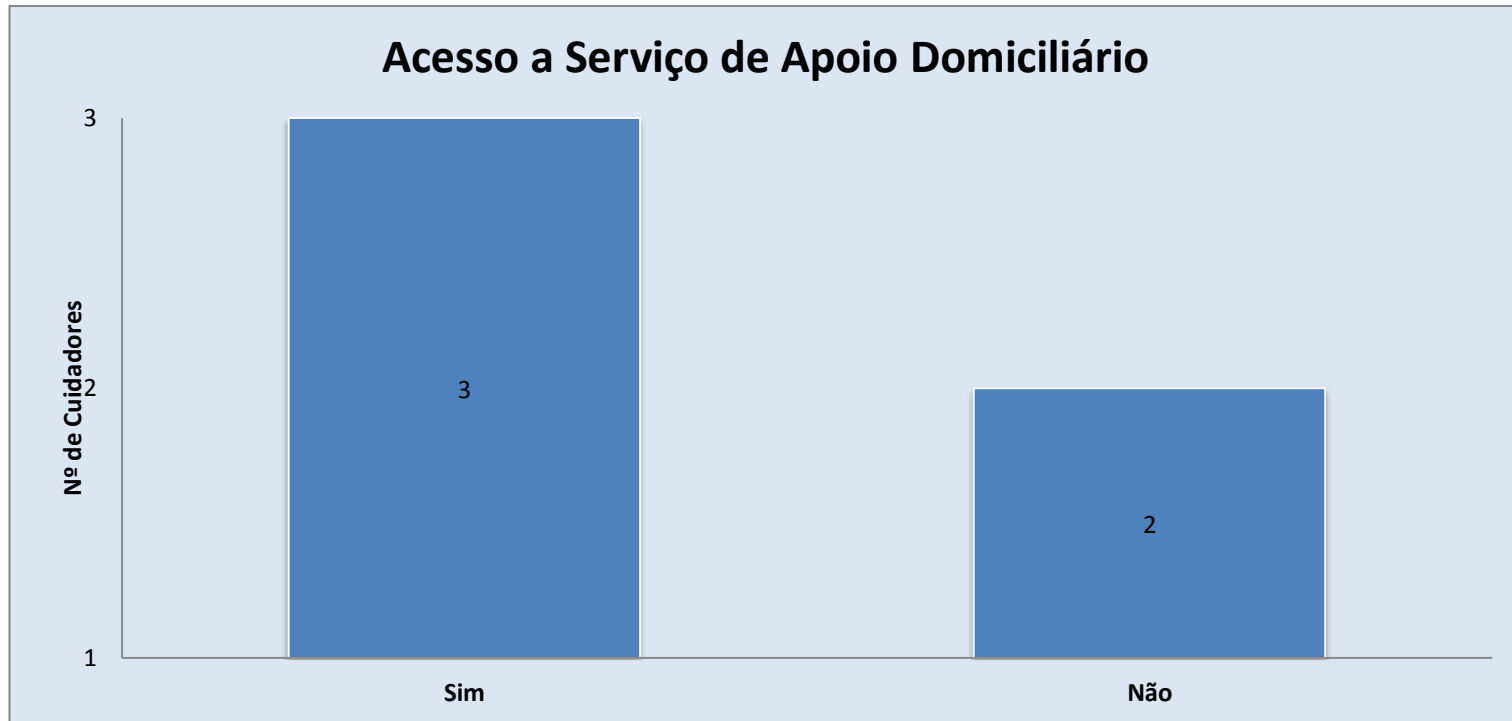
2. Necessidades percebidas pelo CI



3. Duração e tempo de prestação de cuidados



4. Recursos Comunitários



Apêndice X- Escala de Zarit e resultados da aplicação da escala aos CI

Escala de Zarit Reduzida

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para si?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Sente-se estressado/angustiado por ter de cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex.cuidar dos filhos, conjuge, outros familiares e trabalhar).

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Acha que a situação actual afecta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar /doente?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Sente que a sua saúde se tem sido afectada por ter que cuidar do seu familiar/doente?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

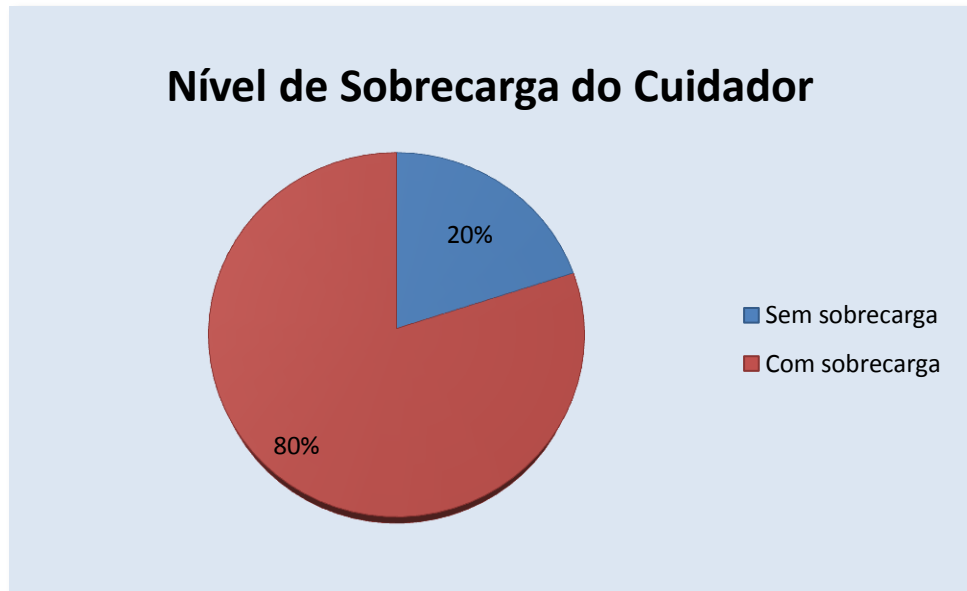
6. Sente que tem perdido o controlo da sua vida desde que a doença do seu familiar /doente se manifestou?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. No geral, sente-se muito sobrecarregada/o por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Resultados da aplicação da Escala de Zarit aos CI



Apêndice XI- Guião de colheita de dados de Enfermagem de Reabilitação

Guia de colheita de dados de Enfermagem de Reabilitação

- **Identificação da pessoa**

- Nome
- Data de Nascimento / Idade
- Género
- Estado profissional
- Composição do agregado familiar
- Cuidador/ pessoa significativa

•

- **História de doença actual**

- Internamentos anteriores

- **Antecedentes pessoais**

- **Antecedentes familiares**

- **Terapêutica prescrita**

- **Neuroavaliação de enfermagem**

- Estado de consciência, mobilizar escala de Coma de Glasgow;
- Estado de orientação;
- Memória;
- Comunicação e Linguagem;
- Capacidades práxicas
- Negligência hemiespacial;
- Avaliação dos pares craneanos:
 - I par: olfactivo;
 - II par: óptico;
 - III par: oculomotor comum; IV par- patético; VI par- motor ocular externo (avaliados conjuntamente)
 - V par: trigémio;
 - VII: facial;
 - VIII: estatoacústico;
 - IX: glossofaríngeo;
 - X: vago;
 - XI: espinhal;
 - XII: hipoglosso

- **Motricidade:**

- Avaliação da força muscular: escala do Medical Research Council

		Hemicorpo esquerdo	Hemicorpo direito
Membro superior	- Ecapulo-umeral		
	- Cotovelo		
	- Antebraço		

	- Punho		
	- Dedos		
Membro inferior	- Coxofemural		
	- Joelho		
	- Tibio-társica		
	- Dedos		

- Avaliação do tônus muscular: Escala de Espasticidade de Ashworth Modificada

		Hemicorpo esquerdo	Hemicorpo direito
Membro superior	- Escapulo- umeral		
	- Cotovelo		
	- Antebraço		
	- Punho		
	- Dedos		
Membro inferior	- Coxofemural		
	- Joelho		
	- Tibio-társica		
	- Dedos		

- Avaliação da sensibilidade: tendo por base o livro Enfermagem em Neurologia, nomeadamente o capítulo de Vanda Pinto (2004), referente à neuroavaliação

		Hemicorpo Esquerdo	Hemicorpo Direito
Superficial	Táctil		
	Térmica		
	Dolorosa		
Profunda	Postural		
	Vibratória		

- Avaliação da coordenação motora: tendo por base o livro Enfermagem em Neurologia, nomeadamente o capítulo de Vanda Pinto (2004), referente à neuroavaliação

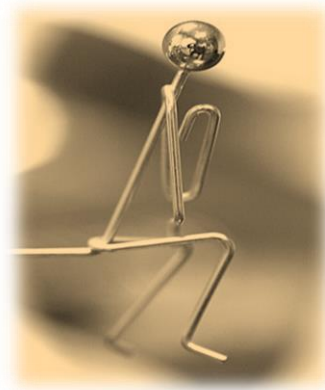
		Hemicorpo esquerdo	Hemicorpo direito
Membro Superior	Oponência do polegar		
	Alternância palmar		
	Prova dedo ao nariz		
Membro Inferior	Flexão e extensão tibiotársica		
	Prova calcanhar ao joelho		

- Avaliação do equilíbrio estático e dinâmico
-
- **Avaliação dos requisitos universais para o autocuidado (tendo por base a Teoria do Autocuidado de Orem e a linguagem CIPE)**
 - Respiração: capacidade de inspiração de ar suficiente;
 - Circulação:
 - Alimentação: manutenção da ingestão suficiente de alimentos;
 - Eliminação intestinal e vesical: promoção dos cuidados associados à eliminação;
 - Dor e tegumentos : prevenção dos riscos para a vida humana; funcionamento humano e bem-estar humano
 - Sono e repouso: manutenção do equilíbrio entre a actividade e descanso
- **Avaliação da funcionalidade através da escala de Barthel (em utilização na equipa de ECCI) e do nível de dependência no autocuidado**
- **História social e familiar/ Condições habitacionais**
- **Papel de prestador de cuidados:**
 - Conhecimentos;
 - Habilidades;
 - Sobrecarga do Cuidador

•

Apêndice XII- Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

4º Curso de Mestrado em Enfermagem
– Área de especialização em Enfermagem de Reabilitação –
Unidade Curricular: Estágio com Relatório



**Plano de
Cuidados I-**

Autora: Ana Catarina da Costa Maia nº 4829
Professor Orientador: Prof. Dr. Miguel Serra

Índice

Introdução/ História de Doença Actual	204
1 Avaliação da Sra. A. P realizada por mim	206
1.1 Antecedentes pessoais e familiares	206
1.2 Terapêutica.....	206
1.3 Neuroavaliação de enfermagem	206
1.4 Motricidade	208
1.5 Respiração	211
1.6 Circulação.....	211
1.7 Nutrição	Erro! Marcador não definido.
1.8 Eliminação (vesical e intestinal)	211
1.9 Tegumentos.....	211
1.10 Sensação de Dor	212
1.11 Padrão de sono e repouso.....	212
1.12 Comunicação.....	Erro! Marcador não definido.
1.13 Nível de dependência do auto-cuidado.....	212
1.14 História familiar e social; condições habitacionais.....	213
1.15 Papel do Prestador de cuidados	213
2 Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação.....	215

Introdução/ História de Doença Actual

A Sra. AP é uma utente do sexo feminino de 71 anos, de raça negra, etnia cabo-verdiana, casada, reformada. Foi admitida na ECCI Cuidar Mais no dia 20/08/2013, após internamento numa unidade de reabilitação da RNCCI, por quadro de AVC isquémico da artéria cerebral média esquerda no dia 11/03/2013.

Relativamente à história de doença actual, a Sra. AP deu entrada no SU num hospital de Lisboa no dia 11/03 destacando-se incapacidade de cumprimento de ordens, desvio oculocefálico preferencial para a esquerda, hipotonia dos membros direitos, hemianopsia homónima direita, paresia facial direita e afasia global. Realizou duas TC CE a 11/03 (que revelou enfarte isquémico recente frontoinsular e nucleocapsular esquerdo em território arterial cortical e perfurante da ACM esquerda que oblitera os sulcos corticais adjacentes, com hiperdensidade espontânea do segmento M1 da artéria ACM esquerda) e a 12/03, que comparativamente com a anterior maior definição e maior efeito de massa a lesão isquémica envolvendo a região fronto insular e núcleo caudado esquerdo. Esteve internada durante 8 dias na Unidade de AVC do referido hospital, tendo iniciado levante para cadeirão, fisioterapia e terapia da fala, no entanto sem recuperação dos défices evidenciados à entrada, a excepção de ligeira melhoria da afasia de compreensão e de expressão. Foi posteriormente transferida para um serviço de Medicina do referido hospital mantendo-se sempre hemodinamicamente estável, mantendo fisioterapia e levante para cadeirão com boa tolerância. Posteriormente, foi observada por Medicina Física e de Reabilitação tendo sido concluído que teria indicação para terapia da fala, fisioterapia e terapia ocupacional, sendo dada alta a 27/03, para uma unidade de reabilitação da RNCCI.

Segundo os registos disponibilizados, no dia de admissão na ECCI a utente encontrava-se no domicílio com os seus familiares: marido, filho mais novo e a nora, e a irmã da nora que é a sua cuidadora.

Sob o ponto de vista do exame físico, encontrava-se:

- orientada, cumpria ordens, não emitia palavras, afasia de expressão).
- eupneica com respiração toraco-abdominal, média amplitude;
- pele e mucosas coradas e hidratadas;
- dor 5 à mobilização nos membros inferiores (na escala de 0 a 10);
- Necessita de ajuda nas AVD's e AIVd's: os cuidados de higiene são prestados no WC, tem cadeira de bano adaptada à banheira;
- na alimentação leva alimentos à boca desde que estejam cortados;

- apresenta incontinência de esfíncteres vesical e intestinal, urina na fralda, embora a utente consiga apontar para o WC quando tem vontade de urinar e evacuar. Foi sugerida colocação de barras de apoio na sanita, para maior segurança.

- faz levante diário para cadeira de rodas e realiza as refeições à mesa;

- apresenta força grau 5/5 a nível do hemicorpo esquerdo, a nível do hemicorpo direito força grau 0/5, com ligeira flexão do membro inferior afectado, sem pé equino.

- bom equilíbrio estático sentada, o dinâmico sentada é suficiente, em pé e equilíbrio é insuficiente.

- na transferência a utente faz carga no membro inferior esquerdo e assume a posição vertical com ajuda.

No dia da admissão da utente encontrava-se a realizar a seguinte medicação: Omeprazol 20 mg (1 cp. Jejum); Sinvastatina 20mg (1 cp. Jantar); AAS 100mg 1 cp ao almoço); furosemida 40mg (1 cp. Jejum); perindopril 2mg (1 cp pequeno-almoço); Quetiapina 25mg (1 cp. Noite); lactulose às refeições.

-

1.1 Avaliação da Sra. A. P realizada por mim

A avaliação realizada por mim, enquanto estagiária da especialidade de enfermagem de reabilitação, decorreu no dia 10/10/2013 a qual incidiu sobre: os antecedentes pessoais e familiares da utente; o exame neurológico; e a avaliação biopsicossocial da utente, a qual inclui: a capacidade ventilatória, circulação, mobilidade, eliminação (vesical e intestinal), a sensação; a comunicação e o nível de dependência no autocuidado; a história sociofamiliar. De salientar, que para a colheita de dados contribuíram a cuidadora da utente RP e o marido FP.

Antecedentes pessoais e familiares

- Antecedentes familiares: pai apresentava HTA, tendo falecido há cerca de 20 anos (em Cabo Verde); mãe não se conhecem antecedentes pessoais morreu há cerca de 15 anos também em Cabo Verde.
- Antecedentes pessoais: HTA (há cerca de 10 anos); Fibrilhação auricular; Insuficiência mitral moderada; Dislipidemia.

Terapêutica

Medicamento/Posologia	Jejum	Peq.Almoço	Almoço	Jantar	Ceia
<i>Furosemida 40 mg</i>	1/2 cp				
<i>Omeprazol 20mg</i>	1 cp				
<i>Sirdalud 2mg</i>		1cp		1cp	
<i>Gabapentina 300mg</i>		1cp			
<i>Escitalopram 10 mg</i>		1cp + ½ cp			
<i>Perindopril 4mg</i>		1cp			
<i>Ácido Acetilsalicílico 150mg</i>			1cp		
<i>Sinvastatina mg</i>				1cp	
<i>Quetiapina 25mg</i>					1cp
<i>Buprenorfina 35mg</i>	1 adesivo transdérmico de 72h/72h				
<i>Metamizol magnésico 575mg</i>		1cp			
<i>Cloridrato de Tramadol 50mg (Travex Rapid)</i>	1cp. orodispersível 30 minutos antes dos cuidados de enfermagem de Reabilitação				

Neuroavaliação de enfermagem

No momento da primeira avaliação, a AP encontrava-se acordada, consciente, com um score neurológico de 12, segundo a escala de coma de Glasgow (utilizada pela equipa de ECCI) mediante o score apresentado no seguinte quadro

Escala de Comas de Glasgow			
<i>Olhos abertos</i>	Espontaneamente	4	X
	À ordem	3	
	À dor	2	
	Não responde	1	
<i>Resposta verbal</i>	Orientada	5	
	Confusa	4	
	Inapropriada	3	
	Incompreensível	2	X
	Não responde	1	
<i>Resposta motora</i>	Obedece	6	X
	Localiza	5	
	Foge	4	
	Flexão normal	3	
	Extensão	2	
	Nula	1	
<i>Score neurológico</i>			12

De salientar, que a utente apresenta um score 12, segundo a escala de Coma de Glasgow, que significa que o estado de consciência está de acordo com a normalidade. Contudo, considero que a utilização desta escala pode ser limitativa, neste caso, uma vez que, o facto de a utente apresentar afasia, obteve um valor de 2 na resposta verbal, e por isso baixou o score total. De facto, aparentemente a AP encontra-se orientada na pessoa, pois reconhece quando a chamamos pelo seu nome. Apresenta alteração a nível da comunicação, o que compromete a correcta avaliação da memória recente e passada. As pupilas estavam isocóricas e isorreactivas de tamanho 3. A avaliação por pares cranianos denotou alguns constrangimentos face à capacidade da utente em manter a comunicação eficazmente, a qual se encontra descrita no seguinte quadro:

Par Craniano	Avaliação
I par craniano - Olfactivo	Sem rinorráquia; Em relação à pesquisa de anosmia, face ao facto da AP apresentar afasia, a pesquisa bilateral de anosmia, com cheiro a papel com café, foi limitada, visto que ao perguntarmos se era café a utente acenou que sim e confirmou com o dedo polegar da mão esquerda.
II Par – Óptico	A A.P. apresenta antecedentes pessoais de diminuição da acuidade visual não especificada, com recurso a ortótese ocular bilateral (óculos). Desta forma, e

	aliado ao facto da utente apresentar afasia, os resultados obtidos poderão estar condicionados, pelo que se optou por não avaliar o par craniano.
III, IV e VI Par – Motor Ocular Comum, Patético e Motor Ocular Externo	Sem nistagmo nem ptose palpebral; Avaliação pupilar, já anteriormente identificada; Apresenta movimentos conjugados de ambos os globos oculares com simetria, quando solicitamos à utente para seguir o movimento em forma de H, de um objecto (caneta).
V Par – Trigémeo	Sensibilidade táctil, térmica e dolorosa normal em toda a face. Reflexo córneo-palpebral mantido. Capacidade de encerramento e movimentos da mandíbula normais.
VII Par –Facial	Apresenta simetria facial; Em relação à identificação dos sabores doce, salgado e amargo nos 2/3 anteriores da língua, face à presença de afasia, optou-se pela não avaliação.
VIII Par – Estato-Acústico	Sem alterações da acuidade auditiva.
IX Par - Glossofaríngeo	Não foi possível verificar se identifica os sabores doce e salgado no 1/3 posterior da língua, face à presença de afasia.
X Par – Vago	Reflexo do vômito presente; Tom de voz normal sem rouquidão.
XI Par - Espinhal	Hemicorpo esquerdo: musculo esternocleidomastoideu e trapézio com força 5/5; Hemicorpo direito: Esternocleidomastoideu força 4/5 e Trapézio com força 1/5.
XII Par – Hipoglosso	Sem desvios ou tremores da língua; Movimentos da língua sem alterações.

A AP apresenta uma afasia de expressão, na sequência do AVC. Emite algumas expressões como “ sim, mama”; “papa”; apresentando movimentos de cabeça afirmativos e negativos quando emite algumas palavras.

Motricidade

A avaliação da motricidade contempla a força muscular, o tónus, o movimento articular, equilíbrio e coordenação. Para a avaliação da força muscular à AP, a qual foi realizada bilateralmente, foi mobilizada a escala do Medical Research Council ³, conforme é possível observar no seguinte quadro:

³ Grau 0 –ausência total do movimento

		Hemicorpo esquerdo	Hemicorpo direito
Membro superior	- Ecapulo-umeral	5	1
	- Cotovelo	5	1
	- Antebraço	5	1
	- Punho	5	1
	- Dedos	5	0
Membro inferior	- Coxofemural	5	2
	- Joelho	5	1
	- Tibio-társica	5	2
	- Dedos	5	2

Quanto à avaliação do tônus muscular, foi aplicada a Escala de Espasticidade de Ashworth Modificada⁴, a qual apresenta cinco categorias que variam do tônus normal à rigidez, em função da resistência muscular contra o movimento passivo dos segmentos afectados. A avaliação da AP em termos de tônus muscular encontra-se exemplificada no seguinte quadro:

		Hemicorpo esquerdo	Hemicorpo direito
Membro superior	- Ecapulo-umeral	Nível 0	Nível 3
	- Cotovelo	Nível 0	Nível 3
	- Antebraço	Nível 0	Nível 3
	- Punho	Nível 0	Nível 3
	- Dedos	Nível 0	Nível 3
Membro inferior	- Coxofemural	Nível 0	Nível 3
	- Joelho	Nível 0	Nível 3
	- Tibio-társica	Nível 0	Nível 3
	- Dedos	Nível 0	Nível 3

Grau 1 – Esboça contracção de um músculo isoladamente mas sem desencadear movimento.

Grau 2- Apresenta pequenos movimentos mas não vence a gravidade.

Grau 3- Apresenta movimentos vencendo a gravidade mas não a resistência.

Grau 4- Apresenta possibilidade de movimento vencendo resistência leve.

Grau 5- Apresenta movimentos e vence a resistência moderada.

⁴ Nível 0 - sem aumento do tônus muscular;

Nível 1- leve aumento do tônus muscular manifestado por uma resistência mínima no final da amplitude do movimento;

Nível 1+ -leve aumento do tônus muscular manifestado por uma resistência mínima em cerca de metade da amplitude do movimento;

Nível 2- moderado aumento do tônus muscular na maior parte da amplitude do movimento, mas os segmentos são facilmente mobilizados;

Nível 3- considerável aumento do tônus muscular, com movimento passivo difícil;

Nível 4-rigidez em flexão e extensão

Assim, verificou-se que a AP apresenta nível 0 ao nível de todos os segmentos do hemicorpo esquerdo, apresentando um tónus normal através da aplicação desta escala, ou seja, não se verifica nenhum aumento do tónus muscular. Relativamente ao hemicorpo direito apresenta nível 3 ao nível de todos os segmentos (segmentos avaliados: escapulo-umeral; cotovelo; antebraço, punho e dedos) o que evidencia uma hipertonia/ espasticidade, ou seja aumento do tónus muscular.

Em termos da avaliação da sensibilidade, o facto de a utente apresentar um padrão de comunicação comprometido, constituiu uma limitação, pelo que solicitou-se colaboração da cuidadora, nesta avaliação visto que é capaz de reconhecer com mais consistência a reacção da AP: A avaliação da sensibilidade foi realizada em ambos os hemicorpos, mediante as orientações constantes no capítulo 3, da autoria de Vanda Pinto, do livro “ Enfermagem em Neurologia” da Formasau do ano 2004, a qual se encontra representada de seguida.

		Hemicorpo Esquerdo	Hemicorpo Direito
Superficial	Táctil	Sem Alterações	Ausente
	Térmica	Sem Alterações	Sem Alterações
	Dolorosa	Sem Alterações	Diminuída
Profunda	Postural	Sem Alterações	Não avaliada
	Vibratória	Sem Alterações	Não avaliada.

A coordenação de movimentos da AP foi realizada de acordo com as orientações constantes no capítulo 4, da autoria de Vanda Pinto, do livro “ Enfermagem em Neurologia” da Formasau do ano 2004, a qual se encontra representada de seguida. A prova de calcanhar ao joelho no hemicorpo esquerdo não foi avaliada em resultado da ausência de sensibilidade táctil no hemicorpo direito.

		Hemicorpo esquerdo	Hemicorpo direito
Membro Superior	Oponência do polegar	Normal	Ausência de mobilidade
	Alternância palmar	Normal	Ausência de mobilidade
	Prova dedo ao nariz	Normal	Ausência de mobilidade
Membro Inferior	Flexão e extensão tibiotársica	Normal	Ausência de mobilidade
	Prova calcanhar ao joelho	Não avaliada	Ausência de mobilidade

Em termos de equilíbrio, a utente apresenta equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada na cadeira de rodas. Na posição ortostática, sob uma superfície de apoio (exemplo guarda vestido), e com ajuda, apresenta equilíbrio estático, mas não apresenta equilíbrio dinâmico.

Respiração

A AP não apresenta alterações da configuração torácica, o padrão ventilatório é toraco-abdominal, com amplitude torácica aparentemente mantida e simétrica, sem evidência de alteração da relação dos tempos respiratórios. A Frequência Respiratória (FR) do AP é de 18 ciclos/minutos com SatO₂ de 98%, sem cianose central ou periférica. À auscultação pulmonar a AP apresenta murmúrio vesicular mantido e bilateral. A tosse apesar de estar presente poderá ser pouco eficaz, visto que na sequência da hemiplegia direita possa ocorrer parésia da hemicúpula direita do diafragma, e não produtiva.

Circulação

Os registos dos valores tensionais (134/78 mm/Hg) e frequência cardíaca (62bat/min) da AP encontram-se dentro dos valores normais em posição de repouso. Não apresenta sinais de compromisso neurocirculatório.

Alimentação

A AP está alimenta-se oralmente sem evidência de alterações na mastigação e deglutição, sendo que não é necessário recorrer a suplementos orais. Nesta visita, tentou-se avaliar o peso corporal da utente, para cálculo de IMC (Índice de Massa Corporal), contudo pelo facto da utente não apresentar equilíbrio estático na posição de pé, não foi possível observar.

Eliminação (vesical e intestinal)

A AP apresenta incontinência vesical e intestinal relacionada com AVC, provavelmente de etiologia neurogénica desinibida, embora, segundo a cuidadora, ocasionalmente aponte para a casa de banho quando está a ter uma micção ou dejectão, embora a maioria das vezes já tenha feito para a fralda, tendo necessidade de utilizar fralda. À auscultação constata-se a presença movimentos peristálticos intestinais.

Tegumentos

A pele encontrava-se morna, hidratada, com uma coloração normal, e pele íntegra. Foi avaliado o risco de úlcera de pressão através da aplicação da escala de

Braden, obtendo-se o valor de 17 o que traduz que apresenta um baixo risco elevado de desenvolver úlcera de pressão (anexo I).

Sensação de Dor

A AP apresentava sensação de dor grau 6 na escala analógica da dor, aquando da realização dos exercícios terapêuticos, pelo que se realizou ajuste terapêutico.

Padrão de sono e repouso

A AP apresenta um padrão de sono e repouso regular, dorme cerca de 6 horas por noite, sem realização de sestas diurnas. Ocupa os tempos livres na sua casa, a ver televisão ou ouvir música.

Nível de dependência do autocuidado

Na avaliação da dependência do autocuidado, foi utilizada a escala de Batel (utilizada na ECCI), a qual permite a estabelecer o nível de dependência da pessoa em determinadas actividades de vida. Esta escala é constituída por 30 itens organizados sob dez categorias de função:; alimentação; transferências; toalete; utilização do WC; banho; mobilidade; subir e descer escadas; vestir; controlo intestinal; controlo urinário. A cotação máxima de cada item é de 10 a 15 pontos e a mínima é de 0 pontos, sendo que o total varia entre 0 e 100 pontos. Após a aplicação da escala de Barthel, verificou-se que relativamente ao item da alimentação, numa primeira avaliação, a AP precisa de alguma ajuda, pois ainda necessita de auxílio para cortar os alimentos, sendo que com mão esquerda consegue pegar nos talheres, obtendo um score de 5 pontos. No que concerne ao item transferências, a AP necessita de ajuda de outra pessoa, pois não consegue sentar-se de forma autónoma, o que lhe atribui uma cotação de 5 pontos. Relativamente ao uso de toalete a AP manifesta um nível de dependência, necessitando de alguma ajuda, o que lhe confere um valor de 0 pontos, Em relação, ao banho a AP necessita de alguma ajuda, pelo que o banho realizado no WC, na banheira, com ajuda da cuidadora e com recurso a ajuda técnica, cadeira de banho, pelo que é atribuído um score de 0 pontos. Em relação ao padrão de mobilidade, a AP, segundo os itens da escala, enquadra-se na definição de "imóvel" sendo que realiza levante diário para cadeira de rodas, pelo que se atribui um score de 0 pontos. No subir e descer escadas, a AP mantém-se dependente, pelo que obtém um score de 0 pontos. Relativamente, ao padrão de vestir a AP necessita de

alguma ajuda, sobretudo ao nível do hemicorpo direito, o que representa um score de 5 pontos.

No que se refere ao controlo intestinal e controlo urinário a AP, encontra-se incontinente. Segundo a cuidadora a utente não apresenta um controlo tão eficaz porque muitas vezes não se apercebe que evacua, por outro lado, mantém o padrão incontinência urinária, utilizando material de incontinência (fralda) apesar da utente manifestar que se apercebe que está a ter uma micção, pois aponta para a casa de banho, o que confere um valor de 0 pontos nestes dois items.

. Perante o descrito, nesta primeira avaliação, a AP obteve um valor total de 15 pontos, o que significa que a utente apresenta uma dependência severa.

História familiar e social; condições habitacionais

A Sra. A.P é casada, em segundas núpcias, com o Sr. FP, tem dois filhos, um do primeiro casamento, com cerca de 50 anos, e o outro do segundo, com o Sr. F.P, sendo que mantém uma relação de maior conflito com o filho mais velho, associado a problemas monetários. O filho do casal, actualmente encontra-se emigrado em Inglaterra juntamente com a família (esposa e 2 filhos), visitando a mãe de 3/3 meses, mantendo uma boa relação. É católica não praticante, reformada, tem a 2ª classe, tendo frequentado a escola em Cabo Verde. Veio para Portugal em 1973, juntamente com o seu actual marido e os dois filhos, tendo exercido a sua actividade com empregada de limpeza.

Desde então que reside num bairro social, em apartamento alugado, situado num 1º andar sem elevador, com 2 quartos, uma sala de jantar/estar, uma cozinha e uma casa de banho.

Papel do Prestador de cuidados

A principal cuidadora da AP é a RP (irmã da nora), que assegura os cuidados 24h/dia quando o FP, não se encontra em casa. Revela que uma das maiores dificuldades no cuidar da utente relacionam-se com: o levante para a cadeira de rodas; o correcto posicionamento da perna direita quando a AP está sentada devido à flexão espástica; a comunicação com a utente; e perceber quando a utente quer ir à casa de banho. O FP, esposo da utente, assegura os cuidados quando está em casa, pois ainda se encontra activo profissionalmente, quer nas actividades de vida diária, quer na realização de pagamentos/marcação de consultas, entre outras tarefas. Foi aplicada a Escala de Zarit Reduzida⁵, que tem como objectivo a avaliação da

⁵ Sobrecarga leve: até 14 pontos

sobrecarga do cuidador, à RP tendo sido obtido o valor de 23 pontos, que traduz uma sobrecarga grave; e ao FP tendo sido obtido o valor de 21, o qual traduz uma sobrecarga moderada, conforme demonstra o anexo II. Ambos os cuidadores nunca tiveram uma experiência anterior no cuidar de pessoas dependentes.

1.2 Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Com base na avaliação inicial efectuada à AP foi elaborado o programa de intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação mediante as necessidades identificadas. Este programa tem por base os contributos da Teoria do Autocuidado de Orem; a Teoria das Transições de Meleis, bem como o modelo de Margaret Johnstone, o qual visa o aumento da funcionalidade, mobilidade e independência da AP, com maior ênfase na recuperação do hemicorpo lesado. Assim, o programa irá incidir sobre as seguintes áreas de actuação que se encontram seguidamente descritas, sendo que foi utilizada a linguagem CIPE e NANDA para a formulação de diagnósticos e intervenções. Tendo em conta que acompanhei a utente desde o dia 10/10/2013 até o dia 02/12/2013, e sendo algumas intervenções realizadas em todas as visitas realizadas, optei por efectuar uma avaliação das intervenções semanalmente.

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Objectivos	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Frequência	Avaliação	Termo
10/10	Risco de ventilação ineficaz	Assegurar um padrão ventilatório eficaz Prevenir complicações do foro respiratório: pneumonias, infecções respiratórias.	-Vigiar a ventilação e reflexo de tosse. - Monitorizar FR. - Instruir e treinar a técnica de tosse; -Executar exercícios respiratórios, nomeadamente: (1) Posição de Relaxamento; (2) Dissociação dos tempos respiratórios; (3) Exercícios de fortalecimento do diafragma e	-Todas as visitas - Todas as visitas - Semanalmente - Semanalmente /SOS	Em relação aos parâmetros FR, a utente apresentou os seguintes valores: 17/10 - FR: 16 cic./min; 23/10 - FR: 18 cic./min.; 04/11 e	

			intercostais externos sem (abordagem inicial) e com resistência manual; (4) Exercícios de abertura costal global		13/11: - FR: 16 cic./min.;- 21/11 - FR: 15 cic./min.; 26/11 - FR: 16 cic./min.; 02/12 - FR: 16 cic./min; A utente não desenvolveu infecção respiratória ou complicações do foro respiratório durante este período.	
10/10	Dor (grau 6) (na realização de exercicios terapêuticos).	- Reduzir o nível de dor da utente aquando da realização de exercícios. -	- Executar massagem terapêutica e exercícios de mobilização passiva dos membros superiores e inferiores, segundo a tolerância do utente - Gerir terapêutica analgésica para	- Todas as visitas - Todas as vistas - Todas as	No dia 23/10, foi referenciada a situação ao médico de família, tendo sido alterada a medicação analgésica	04/11/2013

04/
11

Dor grau 2 (na
realização
de exercicios
terapêuticos

controlo de mialgias
e/ou artralgias e
promoção do
relaxamento muscular
-Informar os
familiares/cuidadores
sobre os cuidados a ter
no
posicionamento/mobiliz
ação do utente
-Monitorizar/Avaliar o
grau de tolerância da
utentes aos exercícos.

- Executar massagem
terapêutica e
exercícios de
mobilização passiva
dos membros
superiores e inferiores,
segundo a tolerância
do utente
- Gerir terapêutica
analgésica para
controlo de mialgias
e/ou artralgias e
promoção do
relaxamento muscular
-Informar os
familiares/cuidadores
sobre os cuidados a ter
no
posicionamento/mobiliz

visitas

- Todas as
visitas

Todas as
visitas

com
introdução
de Travex
Rapid e
Metamizol.

- Desde o
dia 04/11 a
02/12 a AP
manteve o
grau de dor
2, com boa
eficácia da
analgesia
instituída.

			ação do utente -Monitorizar/Avaliar o grau de tolerância da utentes aos exercícios			
10/10	Autocuidado comer e beber comprometido em grau moderado em grau relacionado com o AVC. Autocuidado transferir-se comprometido em grau moderado, relacionado com o AVC. Autocuidado higiene pessoal (toailete e banho) comprometido em grau moderado, relacionado com o AVC. Autocuidado vestir-se, comprometido	- Promover a máxima recuperação no autocuidado alimentar-se, transferir-se; higiene pessoal; vestir-se, maximizando o nível independência nas actividades de vida diária.	- Monitorizar o autocuidado: alimentar-se, transferir-se; higiene pessoal; vestir-se; segundo a adaptação da escala de Barthel. - Motivar e estimular para o autocuidado alimentar-se; higiene pessoal e vestir-se. - Ensinar, instruir e treino no autocuidado alimentar-se, transferir-se; higiene pessoal; e vestir-se através de estratégias adaptativas: recurso à técnica de facilitação cruzada. - Advogar os cuidadores para o uso de produtos de higiene pessoal, como exemplo: creme hidratante, pente, escova e pasta de dentes, roupa da utente, acessórios de	- 17/10; 17/10; 23/10; 04/11; 13/11; 21/11; 26/11; 02/12. - Todas as visitas. - Todas as visitas. Todas as visitas. Todas as visitas. Todas as	- Nos dias: 17/10; 23/10; 04/11; 13/11; 21/11; 26/11; 02/12, a AP manteve o mesmo score na aplicação de escala de Barthel, em todos os items, ou seja, 15 pontos, o que traduz uma dependência severa no autocuidado (ver anexo III). Contudo, é de salientar pequenos ganhos não mensuráveis pela escala, no decurso	

	do relacionado com o AVC.		<p>beleza.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover o envolvimento do prestador de cuidados , para a assistência no autocuidado. - Supervisar autocuidado alimentar-se, transferir-se; higiene pessoal; vestir-se comer/beber. - Elogiar a utente e o prestador de cuidados na realização e adopção de estratégias adaptativas. - 	<p>visitas.</p> <p>Todas as visitas.</p>	<p>das visitas realizadas nomeadamente: maior envolvimento da utente no autocuidado vestir, através do uso de técnica de facilitação cruzada; realização de pequeno percurso de marcha com auxílio e com recurso à tala pneumática, tendo colaborado de forma efectiva.</p>	
10/10	Alteração da eliminação urinária relacionada com o AVC	- Promover o controlo da eliminação urinária e eliminação	- Monitorizar o controlo de esfíncteres, através da escala de Barthel.	-17/10; 23/10; 04/11; 13/11; 21/11;	- Nos dias: 17/10; 23/10; 04/11; 13/11; 21/11; 26/11; 02/12, a AP	

	<p>(manifestada por incontinência urinária desinibida). Alteração da eliminação intestinal relacionada com o AVC (manifestada por incontinência intestinal desinibida).</p>	<p>intestinal maximizando a capacidade da utente para referir vontade de ir ao WC aquando de uma micção e dejeção, de acordo com o seu padrão regular. -Prevenir complicações: infecção urinária, diarreia/obstipação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adequar dieta alimentar, fazer reforço hídrico e gerir a ingestão de líquidos. - Planear o treino vesical e treino intestinal com estabelecimento de estratégias junto do utente e o seu cuidador: ida ao WC quando o utente refere a necessidade, ajustado ao padrão regular da utente, através do registo em documento adequado. - Vigiar características das fezes e urina. - Vigiar sinais de retenção urinária. - Palpar e auscultar o abdómen. 	<p>26/11; 02/12 . -Todas as visitas/SOS . -Todas as visitas/SOS . -Todas as visitas/SOS . -Todas as visitas/SOS .</p>	<p>manteve o mesmo score na aplicação de escala de Barthel, em todos os items, ou seja, 15 pontos, o que traduz uma dependência severa no autocuidado (ver anexo III). -Segundo a cuidadora, a utente manifestou, na maioria das vezes, a vontade em ter uma micção, apontava para o WC, embora no que concerne ao momento de ter uma</p>	
--	---	--	--	---	--	--

					<p>dejecção poucas vezes aconteceu.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A utente manteve as características de urina e de fezes consideradas normais para mesma. - Não se registaram episódios de obstipação; diarreia; retenção urinária ou infecção urinária. 	
10/10	Mobilidade comprometida em grau elevado.	-Promover uma recuperação da mobilidade da utente adequada às expectativas e ao seu potencial de recuperação.	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar a capacidade da utente na mobilidade, através da escala de Barthel. - Monitorizar a força muscular através da escala do Medical Research Council. - Realização de massagem terapêutica e exercícios de 	<ul style="list-style-type: none"> -17/10; -23/10; -04/11; -13/11; -21/11; -26/11; -02/12: -Todas as visitas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nos dias: 17/10; 23/10; 04/11; 13/11; 21/11; 26/11; 02/12: - A AP manteve o mesmo score na aplicação de escala de 	

			<p>mobilização passiva e activa dos membros superiores e inferiores, segundo a tolerância do utente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização de exercícios terapêuticos: ponte e facilitação cruzada. - Colocação de tala almofadada (para redução de espasticidade) - Levante diário para cadeira de rodas. - Avaliação da tolerância ao exercício - Ajuste terapêutico para controlo de mialgias e/ou artralguas e promoção do relaxamento muscular. 	<ul style="list-style-type: none"> - Todas as visitas. - 26/11. - Todas as visitas. - Todas as visitas. - Todas as visitas. - Todas as visitas. 	<p>Barthel, em todos os itens, ou seja, 15 pontos, o que traduz uma dependência severa no autocuidado (ver anexo III), contudo a partir do dia 26/11 iniciou treino de marcha com ajuda e com recurso a tala pneumática que tolerou.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A AP apresentou algum ganho de força a nível de alguns segmentos do MID (ver anexo IV). <p>A utente em todas as sessões</p>	
--	--	--	---	--	--	--

					<p>colaborou nos exercícios realizados, apesar de inicialmente por apresentar maior sensação de dor (mialgias) não colaborasse de forma efectiva, pelo que foi realizado ajuste terapêutico. A utente a partir do dia 04/11 iniciou nova medicação analgésica, Travex Rapid ® 30 minutos antes dos cuidados de enfermagem de</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					Reabilitação, com boa resposta terapêutica.	
10/10	<p>Espasticidade em grau moderado de predomínio no hemicorpo direito</p>	<p>-Diminuir o nível de espasticidade nos segmentos corporais do hemicorpo direito.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar o tónus muscular com recurso à escala modificada de Ashworth. - Executar técnica de massagem terapêutica. - Colocar saco de água quente no MID (30 minutos de manhã e à noite). - Executar técnica muscularto-articular/ exercícios de mobilização passiva de baixa intensidade e de maior duração no sentido proximal e distal. - Executar exercícios de alongamento no final do exercício. - Gerir a dor relacionada com os exercícios de mobilização. - Supervisar a gestão da medicação analgésica e 	<ul style="list-style-type: none"> -17/10; 23/10; 04/11; 13/11; 21/11; 26/11; 02/12 -Todas as visitas. -Todas as visitas. - Todas as visitas. - - Todas as visitas. - Todas as visitas. - Todas as visitas. - Todas as visitas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nos dias: 17/10; 23/10; 04/11; 13/11; 21/11; 26/11; 02/12 a AP apresentou ligeira redução do nível de espasticidade e ao nível de alguns segmentos corporais do hemicorpo direito (ver anexoV). - A utente colaborou nos exercícios terapêuticos realizados e na colocação da tala pneumática, apesar de, inicialmente, 	

			<p>medicação antiespástica pelo cuidador.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reduzir factores de espasticidade (dor, frio, infecção). - Executar levante regular para sofá ou cadeira de rodas. - Vestir a doente com roupas largas e confortáveis. - Oferecer reforço positivo quando existem resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Todas as visitas. - Todas as visitas. - Todas as visitas. 	<p>devido à sensação de dor que apresentava não realizasse os exercícios de forma efectiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A utente a partir do dia 04/11 iniciou nova medicação analgésica, Travex Rapid® 30 minutos antes dos cuidados de enfermagem de Reabilitação, com boa resposta terapêutica. 	
10/10	Equilíbrio corporal comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Promover uma adequada postura corporal através da realização dos exercícios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o alinhamento corporal em decúbito, sentada, posição ortostática através de: (1) activos/assistidos de fortalecimento dos 	<ul style="list-style-type: none"> - Todas as visitas. 	<ul style="list-style-type: none"> - A utente mantém o equilíbrio estático na posição de sentada (sem ajuda) e 	

		<ul style="list-style-type: none"> - Manter uma posição de equilíbrio sentado e de pé estático adequado- 	<p>músculos respiratórios e anti gravíticos. (2) manutenção da amplitude de movimento articular; (3) reforço de habilidades remanescentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar exercícios activos-assistidos de fortalecimento da musculatura abdominal na posição de sentado. - Executar treino de equilíbrio na posição de sentado. - Estimular reflexo postural e propriocepção através de: <ul style="list-style-type: none"> (1) colocação da AP em posição ortostática com apoio; (2) utilização de calçado apropriado (exº tênis). - Vigiar a posição corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Todas as visitas. - Todas as visitas. - Todas as visitas. - Todas as visitas. 	<p>na posição de pé (com ajuda total). -</p>	
10/10	Comunicação comprometida em grau moderado,	-Promover uma comunicação adequada à realidade e potencial de	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o uso espontâneo de palavras, da gramática e da fluência da fala assim como o tipo/grau 	<ul style="list-style-type: none"> - Todas as visitas. 	Nas visitas realizadas, constata-se que: a utente mantém a	

	por afasia	reabilitação da utente. -Prevenir a ocorrência de eventos críticos como: labilidade emocional, irritabilidade.	de disfunção. -Instituir técnicas de comunicação: (1) dar instruções simples e uma de cada vez. (2) Usar palavras simples e frases curtas; (3) utilizar palavras com sentido óbvio (sim, não); (4) não baixar a voz no final das frases; (5) dar ênfase às palavras mais importantes - Providenciar o uso de estratégias alternativas de comunicação. - Optimizar a compreensão das reacções da utente recorrendo ao cuidador. - Envolver o prestador de cuidados na utilização de técnicas de comunicação.	- Todas as visitas. - Todas as visitas. - Todas as visitas.	expressão de vocábulos: “sim, mama”; “xau”; compreendendo e respondendo a frases simples: “ vamos vestir?”; “levante o braço.”. A cuidadora e o marido da utente, quando estão presentes, compreendem melhor utilizando as estratégias que foram ensinadas. A utente reconhece e utiliza os pictogramas que foram escolhidos como	
--	------------	---	---	---	---	--

					estratégia de comunicação alternativa.	
10/10	Conhecimento deficitário do prestador de cuidado (cuidadora RP e marido FP) sobre técnica de posicionamento e dispositivos adaptados	- Dotar o prestador de cuidados de conhecimentos adequados que maximizam o combate à espasticidade.	- Ensinar técnica de posicionamento: na posição de sentado, manter o MID em extensão; utilização de tábua adaptada. - Providenciar equipamento adaptativo: tala pneumática; superfície de apoio. - Advogar o cuidador para a aquisição de equipamento adaptativo - Instruir/ Ensinar o cuidador a assistir no posicionamento da AP e no uso de dispositivos adaptativos.	- Todas as visitas. - Todas as visitas. - Todas as visitas.	Os cuidadores nas visitas programadas, nas quais estiveram os dois presentes: 04/11; 21/11 e 26/11 demonstraram disponibilidade de na aquisição (marido AP) de tala pneumática e na colaboração para vigilância do grau de tolerância da utente na utilização da tala, para manter o MID em extensão.	

10/10	Conhecimento deficitário de prestador de cuidados sobre estratégias de promoção do controlo da eliminação intestinal e vesical	<ul style="list-style-type: none"> - Dotar o prestador de cuidados de conhecimentos e estratégias par que a AP tenha controlo sobre a eliminação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar/instruir/treinar o prestador de cuidados sobre: <ul style="list-style-type: none"> (1) estratégias de treino intestinal e vesical: alimentação; ingestão hídrica; estabelecimento de horário (2) assistência no uso do sanitário - Advogar o uso de equipamento adaptativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Todas as visitas - Todas as visitas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nas visitas realizadas, constatou-se que os cuidadores, sobretudo a RP, está mais capacitada para a necessidade de prestar maior atenção no controlo da eliminação intestinal e vesical da utente. 	
10/10	Sobrecarga da cuidadora (RP) demonstrada em grau elevado Sobrecarga do cuidador FP demonstrada em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir o processo de sobrecarga associada ao cuidar. - Prevenir a exaustão e burden do cuidador 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar indicadores de stress. Encorajar o cuidador a manifestar as suas emoções. - Determinar o grau de aceitação do papel pelo cuidador. - Determinar o grau de dependência da AP relativamente ao cuidador. - Identificar o nível de envolvimento dos 	<ul style="list-style-type: none"> - Todas as visitas. - Todas as visitas. - Todas as visitas. - Todas as visitas. 	<ul style="list-style-type: none"> - A RP mantém uma boa relação com a AP, embora por vezes refira que já não consegue descansar o que a torna mais impaciente com a AP, a qual 	

			<p>restantes elementos da família no cuidado da AP.</p> <p>Identificar e discutir redes de apoio existentes.</p> <p>Providenciar a completa libertação do cuidador das suas tarefas por períodos regulares através de uma boa articulação com a rede de apoio existente.</p> <p>-Promover a socialização do cuidador.</p> <p>- Encorajar a relação com pessoas que vivam em situações semelhantes.</p> <p>- Envolver família, vizinhos, amigos e pessoas significativas no apoio à AP.</p>	<p>- Todas as visitas.</p> <p>-SOS</p> <p>- Todas as visitas.</p> <p>- Todas as visitas.</p> <p>- Todas as visitas.</p>	<p>necessita da ajuda da RP com grande frequência, devido à sua dependência .</p> <p>- A RP e o FP, quando estão os dois em casa dividem as tarefas, para que a RP (que passa mais tempo a cuidar da AP) tenha algum descanso.</p> <p>- O FP, ocasionalmente, solicita ajuda de uma cunhada, quando a RP vai descansar ao fim de</p>	
--	--	--	--	---	---	--

					semana, para o ajudar em algumas tarefas (higiene da AP e higiene habitacional)	
--	--	--	--	--	--	--

Anexo I
- Monitorização Escala de Braden-

Nome do doente: AP

Nome do avaliador: Catarina Maia

Data da avaliação:

10/11/2013

Serviço:

ECCI Cuidar +

Idade: 71 anos

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

Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	2
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.				Pontuação total
© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989; Validada para Portugal por Margato, Carlos; Miguéns, Cristina; Ferreira, Pedro; Gouveia, João; Furtado, Kátia.(2001)				17

Anexo II- Aplicação Escala de Zarit reduzida aos cuidadores

Resultado RP

ESCALA DE ZARIT REDUZIDA

- AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR-

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para si?

Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)	Quase sempre (5)
--------------	--------------------	-----------------	-----------------------	---------------------

2. Sente-se estressado/angustiado por ter de cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex.cuidar dos filhos, conjuge, outros familiares e trabalhar)

Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)	Quase sempre (5)
--------------	--------------------	-----------------	-----------------------	---------------------

3. Acha que a situação actual afecta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?

Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)	Quase sempre (5)
--------------	--------------------	-----------------	-----------------------	---------------------

4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar /doente?

Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)	Quase sempre (5)
--------------	--------------------	-----------------	-----------------------	---------------------

5. Sente que a sua saúde se tem sido afectada por ter que cuidar do seu familiar/doente?

Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)	Quase sempre (5)
--------------	--------------------	-----------------	-----------------------	---------------------

6. Sente que tem perdido o controlo da sua vida desde que a doença do seu familiar /doente se manifestou?

Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)	Quase sempre (5)
--------------	--------------------	-----------------	-----------------------	---------------------

7. No geral, sente-se muito sobrecarregada/o por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)	Quase sempre (5)
--------------	--------------------	-----------------	-----------------------	---------------------

Score: 23 (sobrecarga)

Resultado FP

ESCALA DE ZARIT REDUZIDA

- AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR-

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para si?

Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)	Quase sempre (5)
--------------	--------------------	-----------------	-----------------------	---------------------

2. Sente-se estressado/angustiado por ter de cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex.cuidar dos filhos, conjuge, outros familiares e trabalhar)

Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)	Quase sempre (5)
--------------	--------------------	-----------------	-----------------------	---------------------

3. Acha que a situação actual afecta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?

Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)	Quase sempre (5)
--------------	--------------------	-----------------	-----------------------	---------------------

4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar /doente?

Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)	Quase sempre (5)
--------------	--------------------	-----------------	-----------------------	---------------------

5. Sente que a sua saúde se tem sido afectada por ter que cuidar do seu familiar/doente?

Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)	Quase sempre (5)
--------------	--------------------	-----------------	-----------------------	---------------------

6. Sente que tem perdido o controlo da sua vida desde que a doença do seu familiar /doente se manifestou?

Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)	Quase sempre (5)
--------------	--------------------	-----------------	-----------------------	---------------------

7. No geral, sente-se muito sobrecarregada/o por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)	Quase sempre (5)
--------------	--------------------	-----------------	-----------------------	---------------------

Score:21 (sobrecarga)

Anexo III- Monitorização Escala de Barthel

**Anexo IV- Monitorização Escala de Medical Research
Council**

**Anexo V- Monitorização Escala Modificada de
Ashworth**

Apêndice XIII- Manual do CI



Para si, Cuidador-Um guia, Uma ajuda



Elaborado por: Catarina Maia, no âmbito do 4ºCurso de
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, sob orientação do Prof.
Dr. Miguel Serra e Enf.º Especialista

O cuidar do seu familiar ou amigo é uma função difícil. Envolve afectos, emoções, por vezes contraditórias, sendo uma tarefa afectiva de saúde muito importante.

Cuidar é compreender a outra pessoa como ela é antes e depois da sua incapacidade. O cuidado que presta vai para além do cuidar do corpo da outra pessoa.

Esse cuidado deve ir além dos cuidados com o corpo físico, pois além do sofrimento físico decorrente de uma doença ou limitação, há que se levar em conta as questões emocionais, a história de vida, os sentimentos e emoções da pessoa a ser cuidada.



Índice

1. Comunicação e diálogo com o seu familiar
2. Controlo de sintomas
 - a. Dor
 - b. Náuseas e Vômitos
 - c. Disfagia
 - d. Agitação
 - e. Perturbações do sono
3. Cuidados na alimentação
 - a. Sonda Nasogástrica
 - b. Gastrostomia/PEG
4. Cuidados de higiene pessoal
 - a. Banho no chuveiro/banho na cama
 - b. Higiene Oral
5. Cuidados no levante/transferências e posicionamentos.
6. Cuidar de si

1. Comunicação e Diálogo

Comunicar e dialogar como seu familiar é um acto de união, de partilha, essenciais para o estabelecimento e fortalecimento da relação.



Comunicar envolve, além das palavras e da escrita, todos os sinais ou gestos transmitidos pelas expressões faciais, pela postura corporal, pela proximidade ou distância que se mantém entre as pessoas; a capacidade e jeito de tocar, ou mesmo o silêncio em uma conversa.




😊 Estratégias facilitadoras:

- ✓ Proporcionar um ambiente tranquilo para o seu familiar, respeitando a sua vontade em comunicar. O toque, o olhar, o beijo, o carinho são outras formas de comunicação que podem ajudar a compreender o seu familiar.
- ✓ Compreender os seus medos e preocupações, respeitando os silêncios;
 - ✓ Utilizar frases curtas e objectivas;
 - ✓ Fale de frente, não se vire ou se afaste enquanto fala.
 - ✓ Procure ambientes iluminados para que, além de ouvir, veja o movimento dos lábios do seu familiar.
 - ✓ Aguarde a resposta da primeira pergunta antes de elaborar a segunda. Pode necessitar de um tempo maior para entender o que foi falado e responder.
- ✓ A música ajuda o seu familiar a recordar pessoas, sentimentos e situações que ocorreram, ajudando na sua comunicação.



2. Controlo de Sinais e Sintomas

Sintoma	Intervenções facilitadoras
<p>Dor. A dor é uma sensação complexa e única para cada pessoa. Determinadas situações como : movimentos exagerados, insónias, cansaço e tristeza</p>  <p>podem provocar um aumento da dor.</p>	<ul style="list-style-type: none">✓ Realizar a medicação analgésica prescrita, conforme a folha de medicação disponibilizada pela ECCI.✓ Cumprir os horários da toma de medicação, para permitir que o seu familiar não tenha dor.✓ Ajudar o seu familiar a identificar os factores que podem provocar o aumento da dor: tosse; determinados movimentos; obstipação (prisão de ventre). Em caso de pouco alívio da dor ou se aparece de forma brusca (principalmente depois de movimentos) e não acalma em poucos minutos, procure ajuda do enfermeiro da ECCI.. No caso de ao seu familiar estarem prescritos medicação forte para as dores mais intensas, os opióides fortes, é importante não suspender de forma imediata. É importante informar-se junto da equipa da ECCI.✓ Também pode ajudar o ser familiar/cuidador no controlo da dor proporcionando momentos de relaxamento e tranquilidade: estando disponível para o escutar; colocar um ambiente calmo, com música, por exemplo.
<p>Náuseas vómitos As náuseas e vómitos, tal como a dor, podem ser um problema desagradável para o seu familiar. Podem ser impositivos de uma boa alimentação, para a toma de medicamentos, para o seu bem-estar.</p> 	<ul style="list-style-type: none">✓ Manter uma boa higiene da boca.✓ Manter a casa ou o ambiente onde se vai comer ventilado (livre de odores) e tranquilo.✓ Proporcionar ao seu familiar um ambiente calmo e tranquilo de forma a que ingira as refeições lentamente, em posição sentado ou semi-sentado.✓ Ingerir as refeições frias ou a temperatura ambiente; quentes têm mais cheiro e estimulam mais o vómito. Os líquidos toleram-se melhor frios (pedaços de gelo ou gelatina)

<p>Disfagia A presença da disfagia (dificuldade em engolir) pode surgir pela doença que o seu familiar apresenta podendo tornar-se incapacitante</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Oferecer as refeições com maior regularidade (5 a 6 vezes por dia) e em quantidade menor. ✓ Oferecer líquidos nos intervalos das refeições, em pequenas quantidades, podendo utilizar espessantes alimentares. ✓ •Manter o seu familiar sentado , na cadeira de rodas/ cadeira de mesa, com ajuda de travesseiros na costas, para evitar que se engasgue.. ✓ Se o seu familiar apresentar dificuldade para engolir aceita melhor os alimentos mais leves e macios, como por exemplo: alimentos pastosos como as gelatinas, pudins, fruta passada; sopas tipo creme; puré de batata.
<p>Diarreia/Obstipação A diarreia e a obstipação são sintomas que indicam que a função intestinal do seu familiar poderá estar alterada por vários motivos: ansiedade; efeitos de determinados medicamentos; imobilidade prolongada. No caso da obstipação/prisão de ventre pode ocorrer devido à medicação que o seu familiar realiza; à sua imobilidade e ansiedade. Geralmente acontece quando o seu amigo/familiar está 2/3 dias sem evacuar.</p> 	<p><u>Diarreia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estimulá-lo a ingerir líquidos: chá, água mineral, ou água com sais de reidratação. ✓ Evitar o leite e seus derivados, bem como as frutas frescas, os cereais e os vegetais. ✓ Preparar as comidas sem condimentos. ✓ Consultar a equipa de ECCI. <p><u>Obstipação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Oferecer ao seu familiar mais líquidos, pois deve ingerir no mínimo 1 litro de líquidos diários (sumos de fruta +sopas + leite + água + bebidas gaseificadas, etc.) este volume equivale a 5 copos de 200ml. ✓ Promover o aumento do consumo de verduras (cruas ou com o mínimo de cozedura): alface, cenoura, couve-flor, aipo, espinafre, tomates, pepinos. ✓ Proporcionar a ingestão de cereais de todo o tipo, de grão inteiro e farelo. A forma de integrar o farelo na dieta é substituindo o pão branco por pão integral e adicionar 2-3 colheres de sopa de farelo de centeio em pó as refeições. ✓ Em algumas situações a administração regular de laxantes pode evitar o aparecimento da obstipação. É importante que a ECC indique o laxante que considera adequado, por vezes pode ser necessário mais que um laxante
<p>Agitação A ocorrência da agitação pode ser ocasionada por múltiplos factores, como por exemplo a dor, a dificuldade em respirar (dispneia) entre outros. A presença da agitação pode causar um enorme desconforto ao seu familiar e amigo, e também a si.</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sentar-se ao seu lado, proporcionar-lhe o toque da sua mão e fazer-lhe companhia ✓ Proporcionar um ambiente calmo e tranquilo no local onde estiver. Arejar o quarto, e dirigir uma corrente. Vestir uma roupa confortável e larga. ✓ Procurar posicioná-lo numa posição semi-sentado ou sentado, na cama (com almofadas) ou numa cadeira. Instruir para respirar de forma relaxada, profunda e lentamente, inspirando pelo nariz e expulsando o ar lentamente pela boca, como se fosse apagar uma vela. ✓ Consultar a equipa da ECCI, que pode indicar outras medidas para controlo da agitação, nomeadamente os fármacos mais adequados
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a toma da medicação analgésica

Perturbações do sono

O seu familiar pode apresentar um sono mais irregular por várias razões: dor, falta de ar, depressão, medos (medo de morrer, por exemplo,etc.



consoante a prescrição. Caso verifique que a familiar continua a ter dor deve consultar a ECCI.

- ✓ Promover um ambiente acolhedor, tranquilo sem ruídos no quarto.
- ✓ Proporcionar cuidados de higiene pessoal adequados. Assegurar que a cama apresenta uma boa higiene (sem sujidade ou migalhas).
- ✓ Assegurar que o seu familiar realizou as suas necessidades de eliminação intestinal e vesical,
Se apresentar tosse, tomar medicação se possível para a interromper.
- ✓ Dar espaço ao seu familiar para que se sinta calmo e em paz, dando oportunidade para comentar as suas preocupações.
- ✓ Rezar e/ou meditar caso seja a sua vontade.

3. Cuidados na alimentação

A possibilidade do seu familiar realizar uma alimentação saudável, isto é, adequada sob o ponto de vista nutricional influencia o seu bem-estar, as suas emoções, a sua saúde.

É importante o respeito pelas preferências individuais do seu familiar, de forma que as refeições sejam personalizadas, saborosas e nutritivas. Pode, inclusive, utilizar os alimentos da época, da região e economicamente acessíveis.

😊 Estratégias facilitadoras:

- ✓ Proporcionar ao seu familiar um ambiente seguro e tranquilo para a alimentação, devendo estar sentado confortavelmente.
Nunca ofereça água ou alimentos ao seu familiar na posição deitada, pois pode se engasgar.
- ✓ Proporcionar e estimular ao seu familiar o máximo de autonomia no momento das refeições. Pode ajudá-lo na organização do prato; cortar os alimentos, etc.
- ✓ Na maioria das vezes, a familiar alimenta-se de forma mais lenta e demora mais tempo a realizar as refeições., pelo que é importante que compreenda esta limitação.
- ✓ É importante verificar a temperatura dos alimentos, antes de servir ao seu familiar, pois pode apresentar alguma diminuição na sensibilidade, decorrente da sua doença, que dificulte a percepção da temperatura.
- ✓ No caso de o seu familiar apresentar diminuição da força/sensibilidade num lado do corpo, como pode acontecer depois do AVC, coloque os alimentos e a água do lado não afectado



a



É importante reconhecer se o seu familiar tem dor, visto que pode inibir o apetite. Se não tem apetite é importante: que as suas refeições sejam em quantidades reduzidas e mais frequentes; idealmente com os seus pratos preferidos; que o momento de comer seja agradável, acompanhado e com música por exemplo.

a. Cuidado com Alimentação por Sonda Nasogástrica (SNG)

Na alimentação através de SNG os alimentos são fornecidos através da forma líquida. Para o efeito, é utilizada uma sonda que é colocada pelo nariz, dirigindo-se ao estômago.



☺Estratégias facilitadoras:

- ✓ A mudança de adesivo da SNG pode ser realizada por si, tendo o cuidado de não deslocar a sonda. A fixação pode ser realizada com recurso a adesivo hipoalergénico.
- ✓ Antes de dar a alimentação através da sonda é importante que o seu familiar fique sentado na cadeira ou na cama.
- ✓ Pode administrar a alimentação pela seringa de forma lenta, para evitar a ocorrência de diarreia, vômitos, gases, e facilitar a digestão.
- ✓ A quantidade de alimentação administrada de cada vez deve ser de no máximo 350ml, várias vezes ao dia; ou de acordo com a orientação da equipa da ECCI.
- ✓ Ao terminar a alimentação através da SNG é importante que administre cerca de 20ml de água para lavar a sonda.
- ✓ Nos intervalos das refeições pode oferecer água ao seu familiar, através da SNG, cerca de 1,5l de água por dia, ou de acordo com as orientações da equipa da ECCI.
- ✓ Após o término da administração pela SNG é importante deixar o seu familiar, na posição de sentado cerca de 30 minutos para evitar a ocorrência de vômitos e entrada de restos alimentares no pulmão.
- ✓ A SNG deve estar fechada se não estiver a ser administrada alimentação.



Fique Atento: Se a sonda se deslocar ou tiver sido retirada acidentalmente, não tente recolocá-la, chame a equipa da ECCI.

b. Cuidado com Alimentação por gastrostomia/PEG

Se o seu familiar apresentar uma PEG (um tubo de plástico muito macio) na zona de gastrostomia (comunicação do estômago com o exterior através de um orifício aberto no abdómen), sugerimos como:

😊Estratégias facilitadoras:

- ✓ O seu familiar deve iniciar a alimentação no dia a seguir à colocação da sonda.
- ✓ De forma confortável, a administração da alimentação com recurso a seringa de alimentação, deve ser realizada com o seu familiar semi-sentado.
- ✓ No caso da administração de medicamento, estes devem ser dados na forma líquida ou muito triturados para evitar a obstrução da sonda;
- ✓ Depois da administração de alimentos ou medicação, deve ser colocada numa seringa de alimentação uma pequena quantidade de água (20-30 cc se se trata de medicamentos e 50 cc depois da alimentação).



4-.Cuidados de higiene pessoal

A higiene corporal além de proporcionar conforto e bem-estar se constitui um factor importante para recuperação da saúde. O banho deve ser diário, no chuveiro, banheira ou na cama, constituindo um momento de relaxamento

- . Assegurar que o seu familiar/amiga está bem vestido e com boa aparência também o ajudará a sentir-se melhor.

O banho poderá ser realizado no chuveiro, banheira ou cama consoante a capacidade de colaboração do sue familiar/utente.

😊Estratégias facilitadoras:

- ✓ Respeitar a intimidade e privacidade do corpo do seu familiar no momento da higiene.
- ✓ Permitir que seu familiar, escolha o melhor momento para o sei banho
- ✓ No caso de o seu familiar consiga realizar sozinho os cuidados de higiene, organize todo o material necessário e coloque-o próximo dele, tendo o cuidado de não deixar sozinho.
- ✓ É importante verificar a temperatura da água por motivos de alteração da sensibilidade.
- ✓ Após o banho pode realizar uma massagem com creme hidratante para activar a circulação e permitir uma sensação de bem-estar.

a) No caso do banho ser no chuveiro:

- Pode ser feito com o seu familiar sentado numa cadeira de plástico com apoio lateral colocada sobre tapete antiderrapante, ou em cadeiras próprias para banhos,
- Estimule, oriente, supervisione e auxilie o seu familiar a fazer sua higiene, de forma a promover a sua autonomia. Só faça aquilo que ela não é capaz de fazer.



b) Se o banho for realizado na cama:

- Assegurar a higiene diária da cara, das mãos, das axilas, costas e área genital.
- Colocar na cama um resguardo de plástico.
- Utilizar água morna.
- Utilizar uma esponja ou manápula com gel de banho neutro lavando uma zona de cada vez: começa-se pela cara e termina-se com os pés, sem esquecer as costas e a área genital, enxaguando com água; e secando depois com uma toalha. É importante muda-se a água em cada zona, para evita a ocorrência de infecções.



○ Deve-se enxaguar bem a pele (retirar bem o sabão), secá-lo muito bem, principalmente nas pregas cutâneas e a plicar-se creme na cara. Deve-se aplicar creme hidratante.

c) Higiene oral

- A higiene oral deve ser feita pela manhã, à noite e após cada refeição;
- Pode escolher uma escova de dentes bem macia, que seja adequada às necessidades do seu familiar. Assim se não conseguir realizar de forma autónoma sugerimos que:
 - Coloque o seu familiar sentado em frente ao lavatório ou na cama, com uma bacia.
 - Coloque uma pequena porção de pasta de dente para evitar que a familiar engasgue.



- Se o seu familiar **utilizar prótese** sugerimos que:
 - Remova a prótese e a escove-a fora da boca, com escova de dente mais dura e sabão neutro ou dentífrico apropriado;
 - Para a limpeza das gengivas, bochechas e língua pode utilizar escova de dentes mais macia ou com um pano ou gaze humedecidas em água. O movimento de limpeza da língua é realizado de dentro para fora, é necessário ter cuidado para que a escova não toque no final da língua, pois pode tocar na garganta e provocar vontade de vomitar.
 - Enxague bem a boca e recolocar a prótese.



5. Cuidados no levantar/, transferências e posicionamentos

Seu familiar pela sua doença poderá estar incapacitado para se levantar sozinho e posicionar-se de forma adequada. É importante para si e para o seu familiar que compreendam a importância dos cuidados necessários para evitar a ocorrência de quedas; aparecimento de úlceras de pressão decorrentes de incorrectos posicionamentos; medo e ansiedade relacionados com o levantar.

☺ Estratégias facilitadoras:

a) Levante/transferências da cama para a cadeira de rodas e vice-versa.

- ✓ Caso a cama seja articulada, trave as rodas e baixe as grades;
- ✓ Mova as pernas do seu familiar para o lado, segurando-o com firmeza pelos ombros.
- ✓ Peça ao seu familiar que se apoie firmemente nos braços e levante o corpo da cama.
- ✓ Com o seu familiar já sentado na cama, solicite que apoie os dois pés no chão.
- ✓ Permaneça na frente dele enquanto até que o seu familiar não apresente tonturas ou esteja cansado.
- ✓ Solicite ao seu familiar-cuidar para se aproximar para a beira da cama e aproveite o momento para calçar calçado antiderrapante.
 - ✓ Posicione seus pés firmemente no chão e peça-lhe para tentar se levantar. Esteja atento caso aconteça algum desequilíbrio.
- ✓ Caso o seu familiar precisar de ajuda para ficar de pé, posicione-se de forma que os joelhos do seu familiar fiquem entre os seus.
- ✓ De seguida, baixe-se, dobrando ligeiramente as pernas; passe os braços em volta da



- cintura do seu familiar e peça-lhe para dar impulso.
- ✓ Se o seu familiar não tiver força suficiente para estar de pé, segure-o pela zona dos glúteos, puxando-o para si.
 - ✓ Guie o seu familiar até uma cadeira, posicionando-o de costas para a cadeira, com os joelhos flectidos e as costas direitas.
 - ✓ Caso a cadeira tenha braços, peça ao seu familiar para se apoiar nos braços da cadeira ao sentar.

Nota importante:

Se o seu familiar tem muita dificuldade em se movimentar apresenta desequilíbrio ou é muito pesada sugerimos que chame outra pessoa para ajudá-lo na transferência

Após explicar ao seu familiar e à pessoa que o vem ajudar, sugerimos que adopte as seguintes

a) Solicitar ao seu familiar que cruze os braços. De seguida, pega a parte superior do corpo abraçando o tronco e apoiando as mãos nos braços cruzados do seu familiar

b) A pessoa que o ajuda segura as pernas do seu familiar.

c) Os movimentos devem ser combinados e realizados ao mesmo tempo, por isso deve contar 1, 2 e 3 antes de iniciarem a transferência do seu familiar. Ao levá-lo deve, juntamente com a pessoa que o ajuda, flectir os de modo a ficar com as pernas levemente dobradas, isto evita forçar a coluna e proporciona maior segurança.

b) Posicionamentos:

Decorrente da sua doença, incapacidade, o seu familiar poderá permanecer mais períodos deitado na cama. Tal situação pode ocasionar dor e desconforto; desenvolvimento de úlceras de pressão; ocasionar a ocorrência de infecções respiratórias, perturbações no sono. Por isso é importante que o seu familiar fique acamado numa última instância.

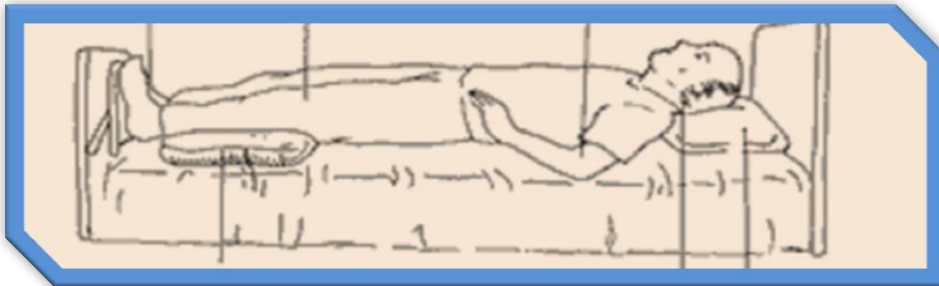


Os posicionamentos constituem uma forma de evitar que tais problemas aconteçam possibilitando conforto ao seu familiar. Devem ser realizados de 2/2 horas.

☺ Estratégias facilitadoras:

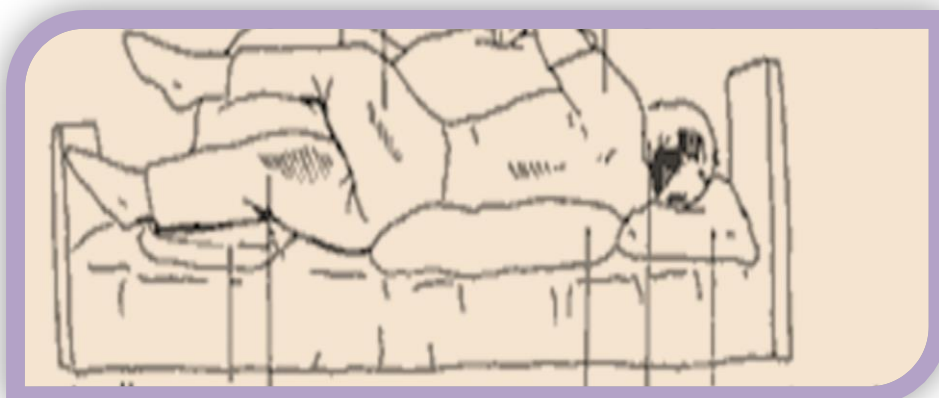
✓ Decúbito dorsal/Deitado de costas

- ✓ Colocar uma almofada fina e firme debaixo da cabeça do seu familiar de maneira que o pescoço fique no mesmo nível da coluna.
- ✓ Colocar uma almofada o ou cobertor fino debaixo da barriga das pernas, assim diminui a pressão dos calcanhares sobre a cama.
- ✓ Dobrar os cotovelos levemente e coloque as mãos do seu familiar apoiadas na zona da anca.
- ✓ Manter as pernas do seu familiar esticadas e as pontas dos dedos voltadas para cima. Apoie os pés em uma almofada encostada na base da cama com uma inclinação de 60° ou 90°.



✓ Decúbito lateral/ deitado de lado:

- ✓ Colocar a almofada fino sobre a cabeça e o pescoço do seu familiar para que a cabeça fique alinhada com a coluna.
- ✓ Apoiar as costas com uma almofada maio, para evitar que se vire de costas;
- ✓ Colocar outra almofada entre os braços do seu familiar/cuidador para dar maior conforto.
- ✓ Colocar a perna que fique por cima levemente dobrada e apoiada numa almofada e mantê-la alinhada com a região da anca. Dobrar levemente o joelho e coloque uma toalha dobrada, ou cobertor ou *edredon* fino, a fim de manter o tornozelo afastado do colchão.



6. Cuidar de si

No cuidar do seu familiar é importante que arranje momentos para cuidar de si, para reavivar energias. Cuidar de alguém, é dar mais de si. Sugerimos que:

- Partilhe dúvidas e emoções com a equipa da ECCI, que o compreendem e respeitam enquanto cuidador.
- Aproveite os momentos de sono e repouso, que devem ser no mínimo 7 horas por dia.
- Coma de uma forma regular e pausada, mesmo que esteja muito cansada (o).
- Mantenha a rotina e os hábitos de vida tanto quanto possível.
- Peça e aceite a ajuda dos outros
- Partilhe dúvidas e emoções com a equipa da ECCI, que o compreendem e respeitam enquanto cuidador.
- Aproveite os momentos de sono e repouso, que devem ser no mínimo 7 horas por dia.
- Coma de uma forma regular e pausada, mesmo que esteja muito cansada (o).
- Mantenha a rotina e os hábitos de vida tanto quanto possível.
- Peça e aceite a ajuda dos outros..
- Tenha descansos regulares na tarefa de cuidar da pessoa.
- Apoe-se entre os membros da família mutuamente. Ser

- *Realize diariamente esta sequência de exercícios:*



<http://www.osuldeminas.com/ps>

BIBLIOGRAFIA⁶

Ministério da Saúde (2008)- *Guia prático do cuidador*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde - de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Acedido em 10/11/2014. Disponível em:

http://www.bigfral.com.br/guia_pratico_cuidador.pdf

Queirós, Anabela (2012). *Manual do cuidador- Manual de Apoio ao Cuidador de Pacientes dependentes*. Valongo: USF Valongo. Acedido em 10/11/2014.

Disponível em:

<http://www.usfvalongo.com/documentos/edu/guia.do.cuidador.de.pacientes.dependentes.-.usf.valongo.pdf>

⁶ Na versão impressa pela ECCL.