



4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

**Intervenções promotoras do autocuidado, na
pessoa após AVC no domicílio.**

Mónica Filipa Silva Martins

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

**Intervenções promotoras do autocuidado, na
pessoa após AVC no domicílio.**

Mónica Filipa Silva Martins nº 4753

Professora Orientadora - Vanda Marques Pinto

2014



*“O pico parece furar o céu e o caminho que
leva ao cume chama-se perseverança.”*

Provérbio Japonês

AGRADECIMENTOS

Não podia deixar de agradecer em primeiro lugar ao meu marido por todo o apoio, palavras de encorajamento, amor e carinho demonstrados nos momentos mais difíceis.

Às enfermeiras Elsa Januário e Lina Pereira pela disponibilidade do campo de estágio, às enfermeiras Fátima Mendanha, Clarisse Melo e Cláudia Crispim pela pertinência das suas críticas e pelo seu empenho na minha formação, mostrando como é possível dar visibilidade à enfermagem de reabilitação.

A toda a equipa da UCC Cuidar⁺, por serem um exemplo de profissionalismo e dedicação. Por acreditarem e lutarem todos os dias pela qualidade dos cuidados na comunidade.

Às enfermeiras da USF Oriente, por todos os sacrifícios que fizeram em prol da concretização desta minha formação.

À colega e companheira de especialidade Ana Nabais, por estar sempre presente e pela amizade demonstrada ao longo deste percurso.

À professora Vanda Marques Pinto pela qualidade das suas orientações e palavras de incentivo.

Por fim, a todas as pessoas de quem cuidei em ambos os campos de estágio, por serem uma fonte de inspiração.

SIGLAS

ACES - Agrupamento Centros de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

DGS - Direção Geral de Saúde

ECL - Equipa Coordenadora Local

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

RCCEE - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RFR- Reeducação Funcional Respiratória

RSJA - Residência de São João de Ávila

SAPE - Sistema Informático de Apoio à Prática de Enfermagem

SNG – Sonda Nasogástrica

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

No âmbito do mestrado de enfermagem na área de especialização em enfermagem de reabilitação surge a elaboração do relatório de estágio, que pretende dar visibilidade às competências técnicas, científicas e humanas na área da enfermagem de reabilitação, desenvolvidas, assim como, realçar o contexto prático de interação com a pessoa, família e comunidade. Assim, serão relacionados os conhecimentos teóricos alcançados com as experiências clínicas e atividades desenvolvidas ao longo dos momentos de aprendizagem. Pretendo igualmente dar ênfase às implicações na minha prática clínica, enquanto profissional, bem como demonstrar as atividades realizadas para atingir os objetivos traçados, rumo à aquisição de competências de enfermeiro especialista na área de reabilitação.

Com o intuito de adquirir competências de especialista de reabilitação na área respiratória, concretizei estágio na UCSP de Marvila, tendo como objetivo principal o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas na área de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia do foro respiratório. Posteriormente, realizei estágio na UCC Cuidar⁺ onde desenvolvi competências na área de reabilitação motora, através de atividades que permitiram intervir na promoção do autocuidado na pessoa após AVC.

No sentido de desenvolver competências através da prática reflexiva fez-me todo o sentido seguir como filosofia de cuidados o modelo de enfermagem proposto por Orem, que se estabelecerá como um referencial teórico da minha prática junto da pessoa após AVC e sua família, o qual prioriza a promoção do autocuidado como estratégia crucial da enfermagem.

Palavras-chave: reabilitação, AVC, domicílio e autocuidado.

ABSTRACT

Under the master degree in nursing specialization in rehabilitation, this report aims to give visibility to the technical, scientific and humanity skills developed in nursing rehabilitation, as well as to highlight the practical context of interaction with the person, family and community. Therefore, theoretical knowledge will be related with clinical experiences and also activities along time learning. I also want to emphasize the implications in my clinical practice as a professional, as well as demonstrating the activities undertaken to achieve the established goals, towards acquiring skills of nurse specialist in rehabilitation.

In order to acquire rehabilitation specialist skills in respiratory area I have develop internship in UCSP Marvila, having as main goal the development of scientific, technical and human skills in nursing rehabilitation to people with respiratory pathology. Subsequently I have performed internship at UCC Cuidar⁺ where I developed skills in the field of motor rehabilitation through activities that allowed intervention in promoting self-care in people after stroke.

In order to develop skills through reflective practice made me sense to follow a philosophy of care: the nursing model proposed by Orem. This model will be established as a theoretical framework of my care practice to the person after stroke and their families. This prioritizes the promotion of self-care as crucial strategy of nursing.

Keywords: rehabilitation, stroke, domicile and self-care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA ÁREA DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	21
1.1 Descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas e competências adquiridas no estágio da vertente sensório-motora	22
1.2 Descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas e competências adquiridas no estágio da vertente respiratória.....	39
2. AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO	53
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
4. BIBLIOGRAFIA	60

ANEXOS

ANEXO I – Escala de Glasgow

ANEXO II – Escala de Lower

ANEXO III – Escala de Ashworth Modificada

ANEXO IV – Índice de Barthel

ANEXO V – Escala de Guss

ANEXO VI – Autorização da enfermeira chefe para recolha de dados

APÊNDICES

APÊNDICE I – Projeto formação

APÊNDICE II – Cronograma de estágio

APÊNDICE III – Entrevistas aos enfermeiros chefes e especialistas

APÊNDICE IV – Planeamento de atividades

APÊNDICE V – Plano de cuidados Sra. M.M.

APÊNDICE VI – Plano de cuidados Sr. A.R.

APÊNDICE VII – Plano de cuidados Sr. M.S.

APÊNDICE VIII – Avaliação formativa – estágio vertente sensório-motora

APÊNDICE IX – Plano de cuidados Sr. V.P.

APÊNDICE X – Avaliação formativa - estágio vertente respiratória

APÊNDICE XI – Avaliação dos ganhos em saúde

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Atividades desenvolvidas para aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.....	50
---	----

INTRODUÇÃO

O crescente desenvolvimento científico e tecnológico permite oferecer à sociedade intervenções cada vez mais especializadas com a finalidade de retardar e minimizar os efeitos prejudiciais dos problemas de saúde. As intervenções têm como objetivo tratar a patologia, prolongar a vida e minimizar o déficit. Contudo, a medicina curativa atinge também os seus limites, surgindo assim a reabilitação no sentido de ajudar a pessoa a viver o melhor possível, maximizando as suas capacidades face a uma nova situação de saúde. Assim, ao longo de 9 anos de exercício profissional fui observando e compreendendo o quanto é relevante para as pessoas a importância do acesso a cuidados de enfermagem de reabilitação o mais precocemente possível.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER) assumem um domínio de intervenção alargado, pois além de desenvolverem competências transversais a todos os especialistas, desenvolvem igualmente competências específicas da sua área de intervenção, tais como: cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com limitação da atividade e/ou restrição na participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Deste modo, e no âmbito do mestrado de enfermagem na área de especialização em enfermagem de reabilitação foi-me proposto a elaboração de um projeto de formação (Apêndice I), como meio de construção pessoal e de orientação de aprendizagem, com o intuito de colmatar as necessidades sentidas no que concerne à formação, revelando-se num processo dinâmico de autotransformação nas dimensões do saber, saber-fazer e saber-ser. Deste processo de aprendizagem surge a elaboração do relatório de estágio, que pretende dar visibilidade às competências técnicas, científicas e humanas na área da enfermagem de reabilitação, desenvolvidas enquanto futura EEER, assim como, realçar o contexto

prático de interação com a pessoa, família e comunidade. Assim, serão relacionados os conhecimentos teóricos alcançados com as experiências clínicas e atividades desenvolvidas ao longo dos vários momentos de aprendizagem. Pretendo igualmente dar ênfase às implicações na minha prática clínica, enquanto profissional, bem como demonstrar estratégias encontradas para atingir os objetivos que haviam sido traçados no meu projeto de formação, cuja temática centra-se em quatro palavras-chave/conceitos, nomeadamente reabilitação, acidente vascular cerebral (AVC), autocuidado e domicílio.

O aumento da esperança média de vida, resultante da evolução dos processos terapêuticos na área da saúde, do desenvolvimento de técnicas cada vez mais sofisticadas, bem como da melhoria das condições socioeconómicas da população em geral, tem-se traduzido num aumento significativo de pessoas com patologias crónicas. Destas, destaca-se o AVC, como uma das principais causas de mortalidade e morbilidade em todo o mundo (Kleindorfer *et al.*, 2011).

O AVC corresponde a uma das principais causas de morte durante a última década, estimando-se que uma em cada seis pessoas a nível mundial terá um AVC a cada segundo. A cada ano, 15 milhões de pessoas no mundo sofrem um AVC e, dessas, 6 milhões não sobrevivem. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) referentes ao ano de 2011 revelaram que 6,2 milhões de pessoas, ou seja, 10,6% da população mundial faleceu devido ao AVC, sendo esta a 2ª causa de morte em todo o mundo (OMS, 2013). Na Europa, incluindo Portugal, as patologias cerebrovasculares constituem a causa de morte mais significativa. Entre elas destaca-se o AVC, dados relativos a 2011, revelaram que na Europa 463 por 100.000 habitantes faleceu devido a patologia cerebrovascular. Já em Portugal, a taxa de mortalidade por doença cerebrovascular por 100 000 habitantes, em 2011, era de 61,9%, o que faz de Portugal um dos países da Europa com maior prevalência desta patologia, apenas atrás de países como a Letónia e a Bulgária (OMS, 2013 e Direção Geral de Saúde (DGS), 2013). A prevenção será o ideal, no entanto e apesar das evidências crescentes de melhoria na prevenção primária e secundária, esta continua a ser incompleta e ineficaz.

Tal como em outras patologias, ao AVC está associado a deterioração física, emocional e social do indivíduo, com repercussões na sua autonomia funcional para o desempenho das atividades de vida diárias (AVD), podendo potenciar o défice para o autocuidado. Tal pode manifestar-se em défice motor, sensorial, comportamental, preceptivo e linguístico. Os défices mais frequentes incluem a afasia, hemianopsia, hemiparésia, hemiplegia, ataxia, perda sensorial e assomatognosia (Worp & Gijn, 2007).

Após o período de internamento hospitalar decorrente de um AVC, a pessoa pode retornar ao domicílio com sequelas físicas e emocionais que comprometem a capacidade funcional, a independência, autonomia e, também, o autocuidado. Os estudos que envolvem a área do autocuidado são relevantes ao nível dos cuidados de saúde, pois permitem compreender e promover a qualidade de vida das pessoas. Neste sentido, o autocuidado abrange não apenas as capacidades necessárias para realizar as AVD, mas também conhecimentos e perícias que as pessoas utilizam na autogestão da sua condição de saúde. O enfermeiro tem um papel fundamental na compreensão da pessoa após AVC e dos seus familiares e como elemento de uma equipa multidisciplinar, no âmbito da reabilitação, é competente para: identificar as variáveis que afetam o regresso à comunidade; conduzir uma avaliação completa; participar no estabelecimento de objetivos mútuos e intervir a um nível que promova o sucesso, a autoconfiança e a independência do utente (Souza *et al.*, 2009).

De acordo com Markle-Reid *et al.* (2006), os cuidados de enfermagem no domicílio permitem uma personalização, centralidade e visão holista da pessoa e família e, quando aliados ao respeito pelos princípios éticos e deontológicos, revelam-se promotores da reabilitação, melhorando a qualidade de vida e a reintegração social. Para Rice (2004), o domicílio permite conhecer e vivenciar a realidade da pessoa e família, mas também potencia uma proximidade que favorece a cooperação e estabelece relações terapêuticas, tão importantes na promoção e educação para a saúde. Assim, possibilitar à pessoa após AVC os cuidados no seu contexto, revela-se menos penoso para a mesma, ao mesmo tempo que permite não só a sua participação, mas também envolve a família. Deste modo, o contexto

domiciliário assume-se como um local de destaque na prevenção e promoção da saúde.

De modo a reunir a literatura científica relevante, consultei a base de dados eletrónica EBSCO, em particular a CINAHL *Plus with Full Text* e MEDLINE *with Full Text*, sendo utilizadas as palavras-chave com a seguinte orientação: [(“Stroke”) AND (“Aged OR Aged, 80 and Over”) AND (“Selfcare”) AND (Nurs*)]. Estes descritores foram pesquisados separadamente, primeiro nos Headings da CINAHL e posteriormente no MeSH da MEDLINE. Na segunda pesquisa utilizou-se [(“Stroke”) AND (“Aged OR Aged, 80 and Over”) AND (“Home Visit”) AND (Nurs*)] apenas nos Headings da CINAHL, uma vez que o descritor (“Home Visit”), não consta no MeSH da MEDLINE.

O artigo de Burton & Gibbon (2005) salienta o benefício da execução de um programa de reabilitação na pessoa após AVC em contexto domiciliário, comparativamente ao contexto de uma unidade de reabilitação, no sentido em que promove uma melhor perceção da patologia, menor isolamento social e redução de stress emocional. Neste sentido, o domicílio não apresentando as características de uma instituição formal de saúde e sendo o local gerador de bem-estar onde as pessoas convivem, torna propícios os cuidados individualizados, pelo que para os enfermeiros o contexto domiciliário surge como um ideal para o cuidar centrado na pessoa. Ainda relativamente ao contexto domiciliário, o artigo de McBride *et al.* (2003) enfatiza a importância dos cuidados à pessoa após AVC serem realizados no domicílio, no sentido em que há evidência de redução de custos associados à saúde, uma vez que reduz os gastos inerentes ao internamento hospitalar.

A educação para a saúde¹ é um dos recursos para a transmissão de saberes. Os ensinamentos devem ser coerentes com o contexto social e cultural da pessoa e sua

¹ Educação para a saúde – Atividade de carácter intencional que conduz a aprendizagens relacionadas com a saúde e a doença com o intuito de proporcionar aquisição de competências e mudanças ao nível de conhecimentos, compreensão, forma de pensamento, comportamentos e estilos de vida (Tones & Tilford, 1994).

Educação para a saúde – Concomitante área da educação e da saúde cuja finalidade corresponde à obtenção de resultados adequados nesta última, estando assegurado pelos profissionais de saúde o respeito pelos princípios éticos (Redman, 2003).

família/cuidador, sendo que o domicílio assume aqui um local privilegiado na preparação e ajuda para a interiorização de competências com vista a melhorar a qualidade de vida e promover a independência funcional. Alguns artigos analisados salientam a importância desta vertente, através da leitura dos mesmos, é possível concluir que programas de educação para a saúde no domicílio, sugerem benefícios no grau de conhecimentos adquiridos pela pessoa após AVC, no que se refere à patologia, fatores de risco, aquisição de hábitos de vida saudáveis, bem como uma melhoria dos conhecimentos relativamente à gestão e adesão terapêutica que, posteriormente, permitem uma diminuição do risco de um novo AVC. (Green, *et al.* 2007; Sit, *et al.*, 2007; Ireland *et al.* 2010 Brady *et al.* 2011).

No âmbito motivacional, o artigo de Brady, *et al.* (2011) refere a importância de encorajar e motivar a pessoa após AVC a melhorar a qualidade da comunicação e interação social. Este aspeto remete para a importância de ajudar a pessoa após AVC a reenquadrar as vivências individuais e aprender a viver com a sua nova situação. Neste sentido, para além das necessidades de intervenção a nível da reabilitação funcional, há necessidade de um acompanhamento para minimizar o impacto do stress emocional da pessoa e família, motivando-a para a sua recuperação, sendo o domicílio um local privilegiado para que esta minimização do stress aconteça.

Após a análise dos artigos com evidência científica fica demonstrado que para a implementação de cuidados de excelência, enquanto importante contributo na promoção do autocuidado na pessoa após AVC no domicílio, é fundamental que, enquanto futura EEER, desenvolva competências ao nível do cuidar destas pessoas, com o objetivo que estas alcancem a máxima independência para a realização do seu autocuidado. Um programa de reabilitação pressupõe a aplicação de técnicas de reabilitação específicas, de forma a prevenir sequelas e contribuir para a reintegração da pessoa e a sua família na comunidade. Neste sentido, o enfermeiro para ser eficaz no processo de reabilitação, necessita não só de compreender as técnicas usadas, como também mobilizar os seus conhecimentos no sentido de ajudar a pessoa e família na maximização da funcionalidade e no desenvolvimento das capacidades.

Nos últimos anos o panorama nacional impôs constrangimentos económicos e financeiros, dos quais resultaram modelos de gestão que potenciam altas hospitalares cada vez mais precoces e a ocorrência de situações sem encaminhamento adequado para os recursos comunitários. Para reverter esta tendência, torna-se importante estabelecer uma nova filosofia de cuidados, baseada num plano de intervenção que privilegie o contexto domiciliário, como espaço de continuidade de cuidados ao nível do ensino e capacitação da pessoa após AVC e suas famílias, no desenvolver de atividades para dar resposta às suas limitações. Nesta linha de pensamento a intervenção baseada no modelo de enfermagem de Orem com as teorias que lhe estão implícitas e inter-relacionadas, nomeadamente teoria do autocuidado, do défice de autocuidado e dos sistemas de enfermagem, destaca-se como valioso contributo.

A teoria do autocuidado de Orem (2001) abrange o autocuidado que se constitui na prática da atividade iniciada e executada pela pessoa em seu próprio favor para a manutenção da vida e bem-estar. As pessoas são capazes de satisfazer as suas necessidades de autocuidado fundamentais, contudo quando são impedidas de o fazer, surge um défice e torna-se necessária a intervenção de enfermagem para que essa necessidade possa ser satisfeita. Emerge assim a teoria do défice de autocuidado de Orem, que baseia-se na premissa de que quando a pessoa se encontra incapaz para o seu autocuidado, os cuidados passam a ser efetuados por outros. Deste modo, a teoria do défice de autocuidado institui a relação existente entre as ações que a pessoa deveria realizar e aquelas que tem capacidade de desenvolver, determinando a necessidade da intervenção de enfermagem quando é incapaz de realizar o seu próprio autocuidado (Orem, 2001).

Orem (2001) define os cuidados de enfermagem como um conjunto de atividades, que visam satisfazer as necessidades de autocuidado das pessoas ao longo do seu ciclo de vida e que permitem fortalecer as suas capacidades, de modo a que atinjam o máximo de autonomia, contribuindo para a sua saúde e bem-estar. Nesta linha, o EEER tem como função ajudar a pessoa e família a adaptar-se à sua nova condição de saúde e a viver com eventuais alterações, ajudando-os na promoção máxima do seu autocuidado e independência.

Pelas competências adquiridas, o EEER surge como um profissional que possui conhecimentos para identificar as limitações da pessoa para o seu autocuidado, capacitando-a para tornar-se no seu próprio agente de autocuidado, competente para satisfazer as suas necessidades. Contudo, enquanto a pessoa for incapaz para o desempenho dessas ações, o enfermeiro assume por um certo período de tempo a função de agente de autocuidado.

Com o intuito de satisfazer as necessidades de autocuidado da pessoa, Orem (2001) na sua teoria dos sistemas de enfermagem, nomeia 3 classificações: sistema totalmente compensatório (o enfermeiro assume a responsabilidade total na satisfação do autocuidado); sistema parcialmente compensatório (a pessoa compartilha com o enfermeiro a responsabilidade do cuidado) e o sistema de suporte/educação (a pessoa apenas requer do enfermeiro apoio, orientação e ensino). Estes sistemas devem assumir um carácter holístico no que concerne aos valores, crenças e cultura da pessoa de modo a obter o máximo da sua participação, através da valorização da sua capacidade de autodeterminação e tomada de decisão em todo o processo, promotoras da sua autoestima e motivação.

Para operacionalizar um plano de enfermagem de reabilitação devem ser avaliadas as limitações e/ou habilidades da pessoa para o autocuidado. De acordo com o regulamento das competências específicas do EEER (2010, p.3) compete a este “conceber planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade”. Estes planos permitem, não só organizar e orientar a pessoa e a sua família, como também, promover a continuidade de cuidados, através da ponte entre o contexto hospitalar e o domiciliário.

O EEER vai intervir junto dos diversos sistemas de interação da pessoa, na sua rede de suporte social, no contexto em que vive, bem como nos serviços e instituições envolvidos na sua recuperação. Deste modo, o EEER deve basear-se também em avaliações do ambiente, dos recursos disponíveis sejam eles familiares, sociais ou ambientais e do grau de dependência existente. De acordo com Petronilho (2007) o regresso a casa consiste num conjunto de atividades que tem

como objetivo ajudar a pessoa/família a incorporar no seu quotidiano comportamentos que lhes permitam adaptar-se e fazer face aos novos desafios de saúde. Assim, o EEER em contexto domiciliário promove a adaptação do meio às limitações da pessoa, bem como, ajuda na gestão dos obstáculos existentes, com o intuito de torná-los minimamente geradores de desvantagem, assim como maximizar todo o seu potencial (Hesbeen, 2010).

Importa reforçar que a missão de reabilitação da pessoa após AVC só terá sucesso se for realizada no seio de uma equipa transdisciplinar, em que cada elemento trabalha em prol da melhoria da qualidade de vida da pessoa/família, bem como os envolve como parceiros e alvo dos cuidados, através da colaboração e responsabilidade partilhada (Petronilho, 2007 e Menoita *et al.*, 2012).

Antes de estabelecer o programa de reabilitação é necessário fazer uma avaliação inicial, em que o EEER recolhe informação pertinente da pessoa. Posteriormente o EEER realiza o exame neurológico, de modo a identificar as alterações decorrentes da lesão cerebral. É também realizado o exame da motricidade, que inclui a avaliação da força e tónus muscular, bem como, a coordenação de movimentos de modo a compreender a sua interferência nas AVD (Hoeman, 2011 e Menoita *et al.*, 2012). Estas intervenções do EEER vão de encontro à primeira fase do processo de enfermagem proposto por Orem, que consiste na fase de diagnóstico, na qual se realiza a colheita de dados, segundo as suas necessidades de autocuidado, de desenvolvimento e de desvio de saúde.

Após o diagnóstico passa-se à segunda fase do processo de enfermagem, que inclui o planeamento dos sistemas de enfermagem, assim como, a implementação das intervenções, através de métodos de ajuda, de modo a que a pessoa se torne num verdadeiro agente de autocuidado. O EEER, posteriormente identifica as necessidades de autocuidado alteradas e realiza ensinamentos e treino de AVD que sejam ajustados ao contexto onde a pessoa irá viver. No treino das AVD, o EEER deve ter presente a prevenção de riscos e a segurança da pessoa/família, pois é através de uma planificação exigente que se alcança os melhores resultados (Hoeman, 2011).

As crescentes mudanças, são acompanhadas de maiores exigências que têm como finalidade traçar um novo perfil e dinamismo profissional, com o intuito de alcançar uma enfermagem cada vez mais especializada, holística e humana. Este relatório pretende dar ênfase ao carácter prático da formação em enfermagem e contribuir para o desenvolvimento de competências pessoais, profissionais, institucionais e sociais, como futura EEER, com o intuito de compreender a importância da intervenção na promoção do autocuidado da pessoa após AVC no domicílio. A escolha desta problemática surge de uma motivação pessoal pelos cuidados à pessoa com sequelas sensório-motoras e, dado que exerço funções em cuidados no domicílio, pude constatar que as patologias cerebrovasculares constituem um problema de saúde pública. Para dar resposta a esta temática fez-me todo o sentido seguir como filosofia de cuidados, o modelo de enfermagem proposto por Orem, que se estabelecerá como um referencial teórico da minha prática junto da pessoa após AVC e sua família, o qual prioriza a promoção do autocuidado e a educação como estratégias cruciais da enfermagem.

Neste contexto, surge o tema: **Intervenções promotoras do autocuidado, na pessoa após AVC no domicílio.**

Para dar resposta à problemática, foram definidos os problemas parcelares que remetem para: a importância da promoção do autocuidado da pessoa após AVC no domicílio, as suas necessidades de autocuidado, as intervenções do EEER, a função da família na promoção do autocuidado e a importância da articulação com os apoios da comunidade.

O cuidar em enfermagem de reabilitação impõe competências técnicas e científicas, associadas a um corpo de conhecimentos com uma componente prática e concomitantemente holística, tendo assim, como ferramenta a relação e o conhecimento aliados ao cuidar. Deste modo, é essencial uma prática clínica fundamentada na prática reflexiva, onde o EEER através da observação na ação e sobre a ação em si mesma, desenvolve capacidades e produz um novo conhecimento. O desenvolvimento de competências e a prática reflexiva avocam assim um relevante instrumento de evolução do EEER e, conseqüentemente da

enfermagem, uma vez que se exprime em melhores cuidados para a pessoa e família.

Foi neste espírito de atingir a excelência no cuidar e de incutir processos de mudança e inovação e de, principalmente privilegiar o contexto domiciliário, que realizei os estágios em duas unidades na comunidade, uma vez que correspondem a instituições cuja missão e princípios vão de encontro às minhas expectativas de desempenho profissional, pois baseiam-se na garantia da equidade; universalidade de acesso a uma assistência eficaz; promoção da qualidade e da excelência dos cuidados. Por outro lado constituem igualmente uma mais-valia, na medida em que posso contribuir para o desenvolvimento de intervenções que vão melhorar a qualidade dos cuidados no meu contexto da prática, uma vez que exerço funções na comunidade. Estes aspetos foram determinantes para a escolha destes locais como campos de estágio, sendo que a preferência pelos cuidados no domicílio prenderam-se com o facto de considerar que é um local de grande riqueza em experiências de aprendizagem que constituíram um desafio pessoal e profissional.

O primeiro estágio foi realizado na unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP) de Marvila, com a duração de 6 semanas, de 30 de Setembro a 8 de Novembro de 2013. O segundo estágio decorreu na unidade de cuidados na comunidade (UCC) Cuidar⁺, com a duração de 12 semanas, tendo decorrido de 11 de Novembro de 2013 a 14 de Fevereiro de 2014, tal como se pode consultar no cronograma de estágio (Apêndice II).

O desenvolvimento de competências e da prática assumem-se como um importante instrumento da evolução do EEER. A reflexão na ação e sobre a ação permite o desenvolver de competências que devem advir do estabelecimento de objetivos. O objetivo é definido tendo por base as competências comuns do enfermeiro especialista e as específicas do EEER. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010, p.1) o EEER desenvolve competências que lhe permitem "...conceber, implementar e monitorizar planos de reabilitação, diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas." Assim, o EEER desenvolve um conjunto de competências que o torna perito nos cuidados de reabilitação. De acordo com Benner (2005) perito é aquele que atua tendo por base

uma compreensão aprofundada da situação global, contribuindo para a promoção da autonomia da pessoa, capacitando quando necessário a família/cuidador no processo do cuidar, equacionando todas as variáveis que possam emergir.

Deste modo, tendo por base as competências específicas do EEER e a problemática defini os seguintes objetivos de estágio: desenvolver competências de EEER na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa após AVC e família, que apresentam déficit de autocuidado; prestar cuidados de reabilitação nas diferentes áreas de atuação, nomeadamente na área sensório-motora, respiratória e de eliminação e em todas as dimensões afetadas na pessoa, capacitando a pessoa para o autocuidado e desenvolver competências na área clínica, formação, gestão e investigação. Para que estes objetivos fossem atingidos, tornou-se fulcral conhecer os diferentes contextos dos locais. Assim foram realizadas entrevistas junto dos EEER e enfermeiros chefes dos locais escolhidos para o desenvolvimento do estágio, bem como observação da intervenção do EEER, no sentido de perceber se os mesmos apresentavam potencial para dar resposta aos objetivos propostos. No apêndice III estão disponíveis as entrevistas realizadas.

A realização deste relatório pretende demonstrar o percurso de aprendizagem, que me permitiu a aquisição de competência como EEER com o intuito de dar resposta à problemática e aos objetivos a que me propus no projeto de estágio. Encontra-se dividido em três capítulos, sendo que no primeiro apresento o percurso de desenvolvimento de competências na área de enfermagem de reabilitação, subdividindo-se em dois subcapítulos referente à descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas e competências adquiridas no ensino clínico da vertente sensório-motor, e respiratória. No segundo capítulo será efetuada a avaliação do percurso de aprendizagem onde avalio todo o percurso de autoformação que implicou a aquisição, mobilização de conhecimentos e desenvolvimento de competências, através das aprendizagens e das atividades efetuadas em contexto de ensino clínico. Por fim, o último capítulo é relativo às considerações finais onde se apresentadas as principais conclusões e perspetivas de desenvolvimento e continuidade de trabalho.

1. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA ÁREA DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A enfermagem enquanto profissão de excelência procura através da reflexão crítica refletir, analisar e avaliar as práticas vividas na prestação de cuidados. Decorrente desta reflexão crítica emerge a necessidade da criação, implementação e desenvolvimento de programas na comunidade, na educação para a saúde e na gestão de informação, no sentido de promover e introduzir estratégias interventivas inovadoras que contribuam, para que as pessoas após AVC, adquiram autonomia no seu autocuidado tornando-se indivíduos ativos, fator positivo no contexto atual de crise económica.

A enfermagem responde a esta realidade, através da aquisição de competências que expressem a sublimidade dos cuidados na relação com a pessoa requerente dos mesmos. Assim, com o objetivo de adquirir o título de EEER procuro desenvolver competências técnicas, científicas e humanas, no decorrer do cuidar à pessoa/família através do conhecimento das suas necessidades, barreiras e recursos, assim como na procura de estratégias, que permitam a autonomia no autocuidado. Nesta linha de pensamento, o relatório de estágio emerge como o momento de introspeção pessoal sobre o resultado da minha ação; no partilhar de vivências e dificuldades sentidas; na corroboração de aquisição e desenvolvimento de competências; da reflexão do percurso de aprendizagem e, finalmente, nas aspirações futuras que me permitam aperfeiçoar a qualidade e gestão do cuidar enquanto futura EEER.

A OE destaca que aos enfermeiros especialistas, seja qual for a área de especialidade, são comuns domínios, ou seja, competências comuns que compreendem a comprometimento profissional, ético e legal; o aperfeiçoamento constante da qualidade; o desenvolvimento de experiências de aprendizagem

profissional e gestão dos cuidados. Contudo, a OE instituiu igualmente competências específicas do EEER, nomeadamente, no que concerne ao cuidar de pessoas com necessidades especiais, no decorrer do seu ciclo de vida, independentemente do contexto da prática onde são prestados cuidados; no habilitar pessoa com, limitação da atividade e/ou restrição para a sua reintegração e exercício de cidadania e, por fim, na maximização da funcionalidade com o intuito de desenvolver as capacidades da pessoa.

Com o intuito de adquirir as competências anteriormente elencadas, e considerando a temática eleita, defini objetivos e atividades, assim como os referentes indicadores e critérios de avaliação (Apêndice IV), postos em prática nos locais de estágio, que se revelaram potenciadores de aprendizagens e aquisição de postura crítica e refletiva. Foram igualmente locais, que para além de permitirem o desenvolver de competências próprias do EEER, possibilitaram a aquisição de competências na área de formação, gestão e investigação que se constituem como linhas mentoras para o meu crescimento pessoal e profissional.

1.1 Descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas e competências adquiridas no estágio da vertente sensório-motora

A UCC Cuidar⁺ foi um dos locais onde realize estágio. Para a escolha do mesmo foi pertinente a realização das entrevistas à enfermeira chefe e EEER, pois através destas, verifiquei que estas profissionais estão despertas para a questão da promoção do autocuidado da pessoa após AVC no domicílio, estando a trabalhar na implementação de um programa abrangente na área da reabilitação. Para além do aspeto anteriormente mencionado, a escolha deste local de estágio está associado à preocupação, destes enfermeiros em englobarem a pessoa/família nos cuidados prestados, efetuando ensinamentos adequados às necessidades destas pessoas e dos seus contextos.

Iniciar um estágio implica recrutar os conhecimentos obtidos e mobilizá-los na prática clínica. Desta forma, foi essencial assumir uma postura de abertura à

integração, que me possibilitasse alcançar o estatuto de elemento integrante da equipa, ao invés de ser apenas mais uma estudante que realizou estágio na unidade. Assim, através da minha motivação e empenho, procurei deixar cunho pessoal nas atividades que realizei rumo ao alcance dos objetivos propostos.

A integração de forma progressiva na equipa multidisciplinar da UCC Cuidar⁺, no que concerne à sua dinâmica, funcionamento, organização e atividades, corresponde ao primeiro objetivo que estabeleci. Este objetivo foi delineado, pois acredito que o sucesso de um estágio passa igualmente, por uma adequada integração na dinâmica de uma equipa.

Apesar de ser também uma unidade da comunidade, a UCC tem uma organização, dinâmica e rotinas distintas quando comparada com unidades como a USF Oriente onde presto exerce funções. A UCC Cuidar⁺, tem como objetivo 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, atuando ainda na educação para a saúde e na integração de redes sociais de apoio à família.

A UCC Cuidar⁺ possui uma articulação com outras unidades da área geográfica de Oeiras oriental, nomeadamente as UCSP de Algés, Carnaxide, Linda-a-Velha, e a Unidade de Saúde Familiar do Dafundo, prestando também cuidados aos pessoas provenientes dos cuidados de saúde diferenciados, aos referenciados pela rede de cuidados continuados integrados, assim como aos que se encontram na comunidade e que necessitam de cuidados de saúde. A intervenção dos profissionais centra-se em áreas chave, desenvolvendo a sua atividade na saúde escolar, cuidados continuados integrados, preparação para o parto, programas e projetos de intervenção comunitária e redes sociais da comunidade.

A UCC é constituída por três EEER, uma enfermeira especialista de saúde materna, três especialistas de comunitária, uma enfermeira especialista de saúde infantil e três enfermeiros generalistas. Os enfermeiros especialistas prestam cuidados de acordo com as suas áreas de especialidade, efetuando cerca de 250

visitas domiciliárias mensais. Cada EEER é gestor de caso até ao máximo de 5 pessoas, sendo o plano de cuidados discutido em equipa multidisciplinar nas reuniões quinzenais em que estão presentes a equipa médica, de enfermagem, assistente social e psicóloga. O AVC é a patologia mais frequente, no entanto existem também referências à UCC por fraturas, esclerose lateral amiotrófica e esclerose múltipla. Neste âmbito e analisando à luz da intervenção da enfermagem de reabilitação, compreendi que a mesma é direcionada e priorizada de acordo com as necessidades das pessoas e suas famílias.

A referência destas pessoas ocorre a nível hospitalar, através do médico de família, enfermeiro ou assistente social para a equipa coordenadora local (ECL). A coordenação desta equipa é assegurada por profissionais pertencentes a unidades de cuidados de saúde do concelho da área de residência do utente. As ECL são constituídas de modo multidisciplinar por representantes da administração regional de saúde e da segurança social, integrando um médico, um enfermeiro e um assistente social. Esta equipa avalia as referências e posteriormente, envia as mesmas para unidades como a Cuidar⁺ para reabilitação ou cuidados paliativos.

Estabeleci para a minha integração o período de 11 a 22 de novembro, que considero ter sido o adequado para realizar as atividades propostas no meu projeto. Fui esclarecida não só pela enfermeira orientadora, mas também pelos restantes elementos da equipa no que concerne a dúvidas relacionados com aspetos da organização, dinâmica e recursos do serviço, tendo todos os profissionais demonstrado disponibilidade para me esclarecer. No decorrer da minha integração presenciei a intervenção, funções e dinâmica dos três EEER revelando-se os mesmos como profissionais dinamizadores, fazendo a ligação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar e desempenhando um papel fundamental nos pareceres relativos aos cuidados e às situações específicas de cada pessoa/família.

Após a observação das intervenções da EEER pude iniciar a minha intervenção junto das pessoas, com orientação inicial da EEER e posteriormente sob minha própria iniciativa, validando sempre as minhas intervenções junto da enfermeira orientadora. Priorizei a minha prestação de cuidados a pessoas com

características que fossem de encontro ao meu projeto de estágio, direcionado para a pessoa após AVC, contudo, não me cingi a esta, tendo integrado outras experiências na minha prática de cuidados com o objetivo de aumentar os meus conhecimentos. No mesmo contexto, apesar de este estágio ser direcionado para desenvolver a componente motora foi posta em prática a componente respiratória, tendo tido a oportunidade de utilizar nas intervenções dispositivos como o espirômetro de incentivo e o *cough assist*.

No decorrer dos cuidados prestados mobilizei os recursos existentes no serviço, tendo presente as competências do enfermeiro especialista e do EEER, estando sempre presente a filosofia de cuidados de Orem, focando como objetivo a promoção do autocuidado da pessoa não só no seu domicílio, como também na comunidade valorizando sempre o envolvimento da família neste processo.

Procurei criar uma relação de empatia com todos os elementos da equipa, encarando as suas sugestões e críticas de forma construtiva. Participei na reunião quinzenal que a equipa efetua com o intuito de discutir os respetivos planos de cuidados das pessoas, assim como participei em primeiras visitas para a realização dos seus acolhimentos na unidade, explicando o funcionamento da mesma e a dinâmica dos cuidados. Participei ainda nas visitas médicas, tendo discutido planos de cuidados com os mesmos.

Tendo em conta as patologias, bem como as sequelas e limitações decorrentes das mesmas, verifiquei que o EEER desenvolve um trabalho muito dinâmico na comunidade, sendo muito gratificante para mim verificar a motivação e entusiasmo das pessoas em relação ao seu plano de reabilitação. Ao colocar em prática os planos de cuidados com os mesmos, estes demonstraram-se sempre bastante recetivos colaborando dentro das suas limitações e fazendo sugestões em relação ao seu próprio plano de reabilitação. Considero que estabeleci uma relação terapêutica com as pessoas e suas famílias, demonstrando-me sempre disponível para esclarecer dúvidas e dar resposta às suas necessidades.

Ressalvo um aspeto compensador no percurso de estágio, que remete para as visitas em conjunto com a EEER orientadora, nas quais constatei que tanto as

peças como as suas famílias demonstraram-se motivadas para a realização do programa de reabilitação. Ocorreram momentos em experimentei sentimentos de profissional de referência, pois tanto as pessoas como os familiares questionavam-me sobre as potencialidades e futuros ganhos em saúde. Assim, julgo ter sido decisivo esclarecer a pessoa/família acerca das suas considerações em relação à reabilitação e à prestação de cuidados, com o intuito de adaptar as intervenções às suas necessidades.

No decorrer do estágio tive sempre presente os princípios éticos, deontológicos e legal, de modo a atingir as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e da melhoria contínua da qualidade, na prestação de cuidados junto da pessoa/família. Deste modo, nas minhas intervenções, respeitei as decisões e dignidade da pessoa, sem fazer juízos de valor. Tal como nos diz Hesbeen (2010) os enfermeiros devem assumir recetividade no diálogo com a pessoa e família, assim como o respeito da estrutura familiar, dos seus valores e alicerces culturais.

Durante o estágio, desenvolvi o autoconhecimento no reconhecimento de fatores que lograssem intervir no relacionamento entre a pessoa/família e/ou equipa transdisciplinar, procurando estratégias para os ultrapassar, assim como, colaborei na planificação e gestão dos cuidados, bem como na tomada de decisão em equipa. Deste modo, o objetivo referente à integração no serviço permitiu-me iniciar o percurso de desenvolvimento de competências em todos os domínios definidos no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (RCCEE). Conduziu-me também à aquisição de competências mencionadas no regulamento das competências específicas do EEER, nomeadamente no domínio referente ao cuidar da pessoa com necessidade especiais ao longo do ciclo vida, em todos os contextos da prática profissional; no desenvolvimento das aprendizagens profissionais; na da gestão dos cuidados e da qualidade.

Com o intuito de alcançar as competências de EEER defini como objetivo prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico e suas famílias promovendo a otimização e/ou

reeducação das suas funções motoras, sensoriais, cognitivas, cardiorrespiratórias, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, com vista à melhoria da sua qualidade de vida e promoção do autocuidado, tendo por base os princípios éticos e legais. Deste modo, participar nas reuniões de enfermagem em equipa, com a enfermeira orientadora, assim como, a consulta de processos clínicos, consistiram num procedimento fundamental na organização da prestação de cuidados e na gestão de prioridades. Deste modo, pude constatar que na UCC o EEER tem aqui muitas intervenções a concretizar, o que proporcionou-me um leque variado de experiências importantes para no meu percurso de aprendizagem.

No decorrer de todo o estágio, mobilizei instrumentos de avaliação que se constituíram em elementos chave na perceção sobre os pontos que o plano de reabilitação tem que focar. Para além do aspeto anteriormente mencionado, a utilização destes instrumentos possibilitaram o treino dos mesmos, sendo que na sua aplicação futura enquanto EEER, me permita ser mais autónoma. Durante o ensino clínico a mobilização de instrumentos de avaliação como a escala de Glasgow (Anexo I) escala de Lower (Anexo II), escala de Asworth (Anexo III), índice de Barthel (Anexo IV), escala de Gugging Swallowing Screen (GUSS) (Anexo V), assim como a realização do exame neurológico, a avaliação dos vários tipos de sensibilidade, a avaliação da coordenação de movimentos e do equilíbrio estático e dinâmico, permitiram-me adquirir conhecimentos e práticas na avaliação da pessoa e no reconhecimento das suas necessidades de autocuidado afetadas, bem como na identificação de riscos e limitações da atividade. Por outro lado, a mobilização destas escalas revelou-se fundamental na elaboração de todos os planos de reabilitação, para além de que auxilia na gestão de cuidados e no estabelecimento de prioridades, constituindo-se assim como “ferramentas de trabalho” a mobilizar futuramente como EEER.

No que concerne às necessidades referentes ao autocuidado higiene, os cuidados foram realizados na casa de banho do domicílio da pessoa, tendo em conta o respeito pela sua privacidade, hábitos e preferências. Neste contexto, cuidados de higiene como o tomar banho, pentear, barbear ou escovar os dentes, foram realizados de modo a que a pessoa cuidada fosse estimulada no executar do

seu autocuidado, dando especial importância ao uso dos seus objetos pessoais, como pente de cabelo, perfume e desodorizante habitual, entre outros. A situação experienciada com a Sra. M.M., a qual realizei plano de cuidados (Apêndice V), reflete a minha intervenção em relação a este autocuidado, assim como os ganhos obtidos com esta senhora, que de totalmente dependente passou a independente. Deste modo, verificou-se que o domicílio assume-se como um espaço privilegiado, não só por ser o próprio espaço da pessoa, como também possibilita que a mesma se sinta menos dependente, aumentando assim a sua motivação, autoestima e autonomia, facilitadora da intervenção do EEER, tal como Burton & Gibbon (2005), mencionam no seu artigo.

O domicílio corresponde a um local que favorece a preparação e ajuda para a interiorização de competências com vista a melhorar a qualidade de vida e promover a independência funcional. Deste modo, pude constatar durante o treino para o autocuidado vestir e despir, que este contexto facilita a aquisição de competências pois a pessoa ao conhecer o espaço, sabe onde se encontram colocadas as peças de vestuário que necessita e a forma como prepará-las de modo a aumentar a sua autonomia. Tal como nos diz Menoita *et al.* (2012) no reabilitar após AVC deverá ter-se em conta os compromissos motores e/ou sensitivos e as capacidades cognitivas, assim, os exercícios iniciaram-se no leito e, posteriormente, na posição sentada com os pés bem apoiados no chão. Nas intervenções incentivei a pessoa a selecionar o seu próprio vestuário, considerando as suas preferências e hábitos e, também, com o objetivo de preservar não só a sua capacidade de decisão, como também a sua dignidade. Em relação a este autocuidado destaco a situação experienciada com o Sr. A.R. (Apêndice VI). Foi gratificante acompanhar a evolução positiva, no caminho para a independência, avaliando no final do estágio que este utente se encontrava independente e autónomo no vestir e despir.

De acordo com Menoita *et al.* (2012), a avaliação da força muscular deve ser realizada bilateralmente, em todos os movimentos dos vários segmentos corporais. Deste modo, em todos os planos de reabilitação efetuados, e através dos instrumentos de avaliação, realizei a avaliação da função motora e sensitiva que me permitiu compreender as alterações na mobilidade e, posteriormente, intervir

adequadamente de modo a ajudar as pessoas a suprirem as suas necessidades de autocuidado inerentes à mobilidade. Após o AVC surge o padrão espástico que compromete a mobilidade física. Assim, tal como nos diz Menoita *et al.* (2012) é fulcral evitar ou diminuir a instalação insidiosa da espasticidade; estimular a sensibilidade; treinar o equilíbrio; reeducar o mecanismo reflexo-postural e estimular movimentos do lado afetado.

Verifiquei que todas as pessoas após AVC por mim cuidadas, demonstravam compromisso da mobilidade física relacionado com o AVC, pelo que intervir ao nível da espasticidade com o objetivo de contrariar a sua instalação e permanência, seria fundamental enquanto futura EEER. Apesar de ter estado apenas duas semanas ao cuidado da UCC, a situação de um utente que regressou ao domicílio após AVC, dependente em todas as AVD com hemiparesia à direita, foi uma das mais marcantes. Recordo-me da esposa referir que lhe tinha sido dada tanta informação em simultâneo, que não era capaz de recordar os ensinamentos efetuados no hospital relacionados com os decúbitos e posicionamentos em padrão anti-espástico. Deste modo, considerei pertinente como futura EEER, intervir de modo a ensinar a importância da alternância de decúbitos e dos posicionamentos em padrão anti-espástico, com o objetivo de diminuir as complicações decorrentes da imobilidade, bem como a recuperação de uma função motora. Os posicionamentos em padrão anti-espástico são fundamentais na recuperação da pessoa, devendo manter-se até que esta tenha completa a sua recuperação (Menoita *et al.* 2012)

Para além dos posicionamentos em padrão anti-espástico, constatei a necessidade de contemplar no programa de reabilitação exercícios dirigidos à reintegração do esquema corporal e à estimulação do lado mais afetado. No decorrer da prestação de cuidados, experienciei o caso de um utente ao qual a esposa procurava substituir as limitações do membro superior afetado. Assim, foi fundamental ensinar esta esposa sobre a importância do estímulo constante e abordagem sobre o lado mais afetado. Este estímulo foi efetuado através do toque, da utilização de uma mesa de trabalho, da colocação de objetos como óculos e telefone na mesa-de-cabeceira do lado do membro mais afetado, de modo a estimular a integração do membro no esquema corporal.

No decorrer do ensino clínico verifiquei que o aumento da motivação das pessoas ocorria aquando do momento em que se realizavam as transferências. Foi com agrado que compreendi que incluir esta atividade no plano de cuidados, permitia ganhos em saúde importantes. No início da implementação desta intervenção, a pessoa necessita de aprender a rolar para o lado afetado e a apoiar-se sobre o cotovelo desse mesmo lado, contudo à medida que adquire capacidade para elevar-se e posteriormente sentar-se, a pessoa compreende que está a caminhar para a sua independência. Segundo Menoita *et al.* (2012) a proprioceptividade da planta dos pés deve ser ativada na transferência, através da colocação dos pés descalços assentes no chão. Contudo, em acordo com a enfermeira orientadora, optou-se por calçado com sola antiderrapante que permite uma melhor adesão ao chão, assim como, diminui o risco de queda.

De acordo com Jonhstone (1987), a evolução do processo de reabilitação da pessoa após AVC, ocorre através da realização de exercícios, com o objetivo de criar o padrão motor de desenvolvimento da criança, nomeadamente, rolar, sentar-se, assumir a posição ortostática e finalmente adquirir a marcha. Enquanto futura EEER, inclui nos planos terapêuticos (Apêndices V, VI e VII) as automobilizações, que podem ser realizadas tanto na cama como na cadeira. Deste modo tanto a pessoa como a sua família foram instruídas na realização do rolar, ponte, facilitação cruzada, carga no cotovelo e treino de equilíbrio. Para além das automobilizações, foi igualmente priorizado o treino do equilíbrio estático e dinâmico, em posição sentada e ortostática com o intuito de alcançar a marcha.

Aquando da realização do treino de marcha, e uma vez que este se realizava em contexto domiciliário, foi importante estar atenta às barreiras arquitetónicas, tão frequentes neste contexto. Deste modo, foram solicitadas, e sempre que exequíveis, adaptações por forma a minimizar e, se possível, suprimir potenciais barreiras que pudessem aumentar o risco de queda. Assim, durante o ensino clínico foi promovida a segurança das pessoas e procedeu-se ao treino de marcha utilizando inicialmente, as bases das camas, mesas e cadeiras para levar a cabo exercícios com o objetivo de favorecer o tónus muscular e promover uma correta postura corporal. Posteriormente, utilizei dispositivos auxiliares de marcha, como o andarilho e a

bengala, contudo, sempre ajustados à individualidade das necessidades com o intuito de permitir o alcance da independência no deambular. Enquanto futura EEER foi fundamental explicar e sensibilizar para as limitações das pessoas após AVC, reforçando a atenção destas pessoas e seus familiares o calçado, vestuários, mobiliário, tapetes e pisos escorregadios, assim como no cuidado com as escadas instruindo a subir e descer as mesmas.

Durante o ensino clínico tive também oportunidade de instruir a pessoa e família na utilização de produtos de apoio como tapetes antiderrapantes, vestuário com fecho de velcro e assentes de banheira. Esta oportunidade permitiu-me desenvolver competências na realização de programas de treino de AVD, que tal como nos diz Menoita *et al.* (2012) são fulcrais para a promoção do autocuidado com o intuito de otimizar a autonomia, através da adaptação às limitações da pessoa, por meio do ensino, e treino. Nos planos terapêuticos de reabilitação que executei procurei potenciar a implicação da família em todos os ensinamentos, demonstrando abertura para o esclarecimento de dúvidas e validação dos mesmos.

Em relação ao autocuidado relacionado com a alimentação e hidratação destaco o plano de cuidados do Sr., M.S. (Apêndice VII). Após internamento por AVC hemorrágico, este utente é transferido para a Residência de São João de Ávila (RSJA) com disfagia, sialorreia, disartria e hemiparesia à direita. Nesta residência iniciou programa de reabilitação física e funcional, contudo, durante este programa, necessitou de novo internamento hospitalar devido a uma pneumonia por aspiração, aquando da introdução da alimentação oral. O utente tem alta da RSJA a 29 de Novembro de 2013 recebendo visita do EEER da UCC Cuidar+ a 01 de dezembro de 2013. Somos recebidos pelo próprio utente que nos abre a porta, sendo possível verificar que é totalmente independente na marcha sem necessitar de apoio humano ou de auxiliares de marcha, demonstrando equilíbrio e coordenação na mesma. Em diálogo o utente não revela dificuldade na linguagem nem na formação de palavras, é independente nas AVD exceto na AVD comer e beber, mantendo SNG. Demonstra ainda sialorreia e disfagia para líquidos.

Após um AVC a pessoa pode apresentar disfagia orofaríngea², e, conseqüentemente, a aspiração de saliva, líquidos ou comida, que comumente resultam em pneumonia de aspiração. Tendo em conta o ocorrido durante o internamento na residência, foi importante priorizar no plano de cuidados a avaliação e a implementação de medidas precoce, daí que o recurso à escala de GUSS para avaliação da disfagia, consistiu num instrumento fulcral. Deste modo, pude efetuar uma correta avaliação da disfagia, que me permitiu realizar ensinios com segurança.

A recuperação das AVD passa por compreender primeiramente os hábitos da pessoa, assim, tive conhecimento que o Sr. M.S. tomava as suas refeições com a esposa na sala de estar. Tendo em conta que este era um hábito da família, e com o intuito de promover a estimulação para este autocuidado, foi estabelecido que os ensinios de efetuavam nesta divisão da casa. Deste modo a sala de estar revelou-se como um ambiente calmo, potenciador de concentração e relaxe para o utente, permitindo assim, a realização de ensinios a esta família, nomeadamente, à importância em oferecer pequenas quantidades de alimentos de cada vez; à utilização de água gelificada e espessantes no auxílio à disfagia a líquidos; respeitar o tempo que o utente necessitava para ingerir os alimentos e estimulá-lo a mastigar e a deglutir. Este tipo de intervenção permitiu ganhos em saúde visíveis, tendo sido retirada sonda ao utente ainda antes de ter terminado o ensino clínico, tornando-se assim independente neste autocuidado. Estamos assim perante um evidente ganho no autocuidado promovido pelas intervenções de enfermagem de reabilitação.

De acordo com Hoeman, (2011) na recuperação deste autocuidado, utilizar determinados produtos de apoio, nomeadamente, material antiderrapante, chávenas e copos de formato especial, pratos côncavos ou talheres adaptados, são alguns exemplos de material facilitador na aquisição de autonomia. Contudo, uma vez que em contexto domiciliário estes não estão disponíveis, e principalmente, porque muitas destas pessoas e famílias não têm capacidade financeira para aquisição dos mesmos, foi necessário adaptar os recursos existentes às necessidades verificadas. Apesar de não ser o caso do Sr. M.S., existiram outras situações de pessoas da

² A disfagia orofaríngea encontra-se associada ao AVC, podendo conduzir a conseqüências, tais como pneumonia aspirativa, desnutrição entre outros comprometimentos de saúde (Ashford, *et al.*, 2009).

unidade em que esta realidade se constatou, sendo necessário por parte dos EEER capacidade de improviso para responder a estas necessidades.

Em relação ao autocuidado eliminação, a situação que destaque remete novamente para um utente que esteve ao cuidado da UCC durante apenas duas semanas, até dar entrada numa unidade de reabilitação. Após o AVC, este utente apresentava incontinência urinária transitória³, situação que se afetou o utente, pela necessidade deste em se encontrar algaliado. Perante esta situação, foi fundamental efetuar ensinamentos dirigidos para a questão da eliminação vesical, incidindo essencialmente na terapia comportamental e fortalecimento da musculatura pélvica recorrendo aos exercícios de Kegel.

Durante o programa de reabilitação tanto eu como a enfermeira orientadora, percebemos que a questão da eliminação ia mais além. Compreendemos que para este utente de 56 anos, a questão da sexualidade estava diretamente influenciada pela incontinência urinária. Uma vez que a matéria da sexualidade é difícil de abordar, em reunião com a enfermeira orientadora, decidimos abordar a esposa sobre a questão com o intuito de compreendermos como a questão afetava a dinâmica do casal. Assim, em diálogo com a esposa, percebemos que o utente em privado tinha demonstrado preocupações em relação à capacidade de voltar a ter relações sexuais devido à presença da algália. Deste modo, foi essencial desmistificar a questão da algália reforçando a importância na realização de exercícios anteriormente mencionados, com o objetivo de reverter a situação de incontinência urinária transitória. Com o objetivo de minimizar o impacto psicológico que a situação podia ter na dinâmica do casal, foi solicitada a visita da psicóloga da equipa que validou a necessidade de intervenção ao nível da educação e informação sexual, reestruturação cognitiva e comportamental e também em relação à desmistificação de crenças erróneas. A situação deste casal, reforçou a importância que os profissionais de saúde devem dar em relação à componente da sexualidade e que esta não pode ser descurada, pois, tal como neste caso, potencia preocupações que podem provocar profundas alterações.

³ A perda do controlo esfíncteriano corresponde a uma manifestação frequente no AVC. A pessoa pode apresentar incontinência urinária transitória, atonia vesical com perda da sensação de bexiga cheia, ou diminuição do controlo do esfíncter urinário (Hoeman, 2011).

No que concerne à eliminação intestinal, enquanto futura EEER entendo que uma correta intervenção em relação a este autocuidado, passa por uma avaliação que contemple o conhecimento acerca das rotinas e padrões intestinais da pessoa (Hoeman, 2011). Assim, através deste conhecimento é possível ajustar face aos hábitos da mesma uma dieta individualizada e fomentar a atividade física, mediante as competências da pessoa. Assim, durante o ensino clínico foram vários os momentos de ensino tanto à pessoa como à família acerca da importância de prevenir a ocorrência de obstipação mediante a implementação de uma dieta com predomínio de fibras e de ingestão de líquidos; instituindo horários para as refeições, nomeadamente ir à casa de banho após as refeições e antes da higiene e educando no sentido de melhorar o padrão intestinal, através da realização da massagem abdominal no sentido do fluxo intestinal, do estímulo digital e uso de laxantes em último caso.

Considero que as intervenções realizadas permitiram maximizar a funcionalidade desenvolvendo a capacidade da pessoa; desenvolver aprendizagens profissionais; melhorar a qualidade, ao mesmo tempo que cuidei de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, e as capacitei para a reinserção e exercício da cidadania, atingindo assim, os domínios de competências que se prevê para o EEER.

De modo a atingir as competências definidas pela OE, um dos objetivos definidos foi o desenvolver competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa/família que se encontram a vivenciar processos de transição saúde/doença do foro sensório-motor/neurológico, de acordo com princípios éticos, deontológicos e legais. Tendo em conta o objetivo mencionado, e tendo presente a situação de um utente e sua esposa que acompanhei, considerei importante refletir acerca deste caso, uma vez que demonstra claramente uma prática de enfermagem com respeito pela pessoa, pelos seus valores, cultura, crenças pessoais e religiosas. A situação remete para o Sr. A. M. de 66 anos de idade residente com a esposa, sua principal cuidadora. O utente em causa descreve-se como uma pessoa ativa e dinâmica tendo diploma de três licenciaturas, nomeadamente, gestão, administração e antropologia, tendo exercido como ocupação laboral, bancário na caixa geral de

depósitos até reformar-se por invalidez por esclerose múltipla. A patologia foi diagnosticada aos 43 anos de idade, tendo sido o utente submetido a vários tratamentos específicos ao longos dos anos, no entanto, atualmente decidiu não efetuar a toma de medicação dirigida ao tratamento da patologia, afirmando ter encontrado outro tipo de ajuda para fazer face à sua situação de doença.

Apresenta-se consciente, orientado, muito conversador e bastante colaborante no seu programa de reabilitação, no entanto, na realização do mesmo refere dor no membro superior esquerdo, sendo a mesma descrita como intermitente, tipo choque estando presente diariamente. Quando questionado sobre a toma de medicação dirigida à dor, o utente refere não tomar, recorrendo ao Reiki⁴ para ultrapassar a mesma. Segundo o mesmo, o Reiki significa força da energia vital universal e corresponde a uma técnica de “imposição de mãos” para ativar, restaurar e equilibrar a nossa energia. Corresponde a uma técnica simples de passagem de energia por imposição das mãos, onde a mesma vai progressivamente atuando de acordo com as necessidades de cada um, desbloqueando os nossos centros energéticos, denominados de Chakras, harmonizando os corpos emocional e mental, que estão interligados entre si. É num destes corpos, mais subtis que o corpo físico, que se “instalam” as patologias (Lubeck,2013).

Para o utente o encontro com esta terapia alternativa, tornou-se num ponto de viragem para a aceitação da sua patologia, referindo o mesmo que encontrou resposta à questão que sempre o atormentou, nomeadamente, porque é que possuía esclerose múltipla. Através do Reiki, o utente conclui que esta patologia se encontrava “instalada” no seu corpo emocional e mental e que o único caminho a seguir seria aceitar esta “*decisão do universo*”. Ainda segundo o mesmo, “*o facto de socialmente sermos educados para ascender profissionalmente, para atingirmos o sucesso, faz com que nos esqueçamos, que tal como a vida, também nós passamos por ciclos, que influenciam o nosso ser e que desempenham um papel vital no nosso equilíbrio*”, sendo que no seu caso particular, o aparecimento desta patologia foi o iniciar de um novo ciclo de vida.

⁴ Para melhor compreensão do Reiki foi consultado o Manual de Reiki de Walter Lubeck.

Contudo, este virar para a espiritualidade levou a que a esposa, descrente nestas terapias alternativas e totalmente em desacordo com o abandono da medicação dirigida à esclerose múltipla e à dor, referisse que o esposo teria um distúrbio bipolar. Esta situação foi exposta por mim e pela enfermeira orientadora à médica de família do utente, que discorda totalmente com o diagnóstico de bipolaridade, afirmando que esta foi uma estratégia encontrada pelo utente para encarar a sua situação de saúde, ao invés de ser uma manifestação de uma patologia do foro psiquiátrico.

Apesar de referir que ainda ocorrem períodos de choro, de por vezes sentir-se cansado em relação à patologia e de se ter tornado dependente, ainda que parcialmente, em relação às AVD, considera-se um homem feliz, pois através do Reiki encontrou respostas e a possibilidade de vivenciar momentos, só seus, *“de tranquilidade absoluta em que é levado ao interior de si mesmo”* e que lhe permitem encarar a vida com alegria e motivação, levando para segundo plano a sua patologia.

Ao discutir este caso com a enfermeira orientadora, a mesma referiu que não é crente em relação ao Reiki e que discorda pessoalmente do abandono da medicação no entanto, respeita as decisões e convicções do Sr. A. M., compreendendo que este respeito pelas suas crenças e demonstração de interesse pelas mesmas, aumentou a motivação e colaboração do mesmo no programa de reabilitação verificando-se melhorias ao nível motor.

Enquanto enfermeira e futura EEER, considero que o cuidar implica uma elevada reverência pela pessoa e pelos seus valores que estão associado à sua autonomia e liberdade de escolha, que por sua vez, conduz a um elevado valor no mundo subjetivo da pessoa em causa e como esta compreende e aceita a experiência da sua condição saúde-doença. Assim, com o estabelecimento deste objetivo procurei atingir as competências no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria da qualidade e na gestão dos cuidados, assim como, cuidei de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

Em relação ao objetivo capacitar a pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico e sua família para o autocuidado em contexto domiciliário, maximizando a utilização dos seus recursos pessoais, familiares e sociais, a experiência de cuidados junto da Sra. M.M. (Apêndice V), foi muito enriquecedora. Tanto a utente como as suas filhas cuidadoras, foram um caso de sucesso que espelha a importância que o envolvimento da díade pessoa-família assume, no caminho da reabilitação. O incentivo à pessoa e família em participar nos cuidados sejam eles relacionados com a higiene; vestir e despir; alimentação; eliminação; posicionamentos; prevenção de riscos; levante e transferências, permite não só que estas tenham consciência das limitações e capacidades, mas também constitui-se como um importante método rumo à motivação e receptividade aos ensinamentos, mesmo quando os resultados não se atingem tão rapidamente quanto o esperado. Assim, no decorrer do ensino clínico compreendi que no que concerne ao reabilitar, é fundamental ter presente o envolvimento, a capacidade de motivação e o estabelecimento de metas atingíveis. Deste modo, é possível que as aprendizagens da pessoa e família ao longo do seu processo de reabilitação, se reflitam em verdadeiros ganhos em saúde rumo à independência no autocuidado.

Durante todo o percurso em ensino clínico fui muitas vezes confrontada com sentimentos de angústia e frustração por parte da família, quando confrontadas com a realidade que o domicílio impõe, as quais requerem de rápida intervenção, com o objetivo de minimizar a vulnerabilidade e as expectativas irreais sobre a situação da pessoa após AVC. Nove anos de experiência profissional em contexto domiciliário, ensinaram-me a valorizar e reconhecer o conhecimento da pessoa, a família e ambiente em que se encontra. Deste modo, ao aplicar estes ensinamentos relativos à minha experiência profissional, compreendi a importância de transpô-los para a reabilitação, pois enquanto futura EEER pretendo manter a minha intervenção em contexto domiciliário, espaço tão particular no que toca a conhecer a dimensão das reais necessidades, que para uns prendem-se com falta de informação acerca da patologia, para outros a falta de recursos de apoio.

A necessidade na reestruturação de papéis sociais e familiares e as modificações nos planos de vida pessoal, foram outras dificuldades encontradas.

Todos estes fatores relacionam-se e devem ser valorizados pelo EEER em contexto domiciliário, pois é através do enfoque nas relações que este é capaz de conhecer a pessoa no seu ambiente; conhecer a família; compreender onde é urgente intervir; reconhecer lacunas no saber e, por fim, informar sobre os recursos e serviços disponíveis na comunidade tendo como meta minimizar a dependência. Deste modo, com o estabelecimento deste objetivo procurei atingir as competências no âmbito da melhoria da qualidade e na gestão dos cuidados.

Em todo este percurso de ensino clínico é importante referir o importante contributo que a filosofia de cuidados de Orem teve na orientação do pensamento e das intervenções realizadas, através do conhecimento dos requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde da pessoa. Tendo em conta o contexto domiciliário, a avaliação com o intuito de maximizar o potencial da pessoa, foi possível graças ao recurso aos sistemas de enfermagem propostos por Orem, que permitem avaliar e dirigir a ação de enfermagem no sentido de suprir as necessidades da pessoa e família, através do reconhecimento dos elementos que condicionam o autocuidado, sejam eles internos ou externos, assim como, os permitem ou inibem a capacidade de realização das AVD de forma independente. Avaliado o contexto da pessoa e família, efetuei planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, compreendendo a capacidade individual de cada pessoa, com intuito a que esta readquirira a funcionalidade. A intervenção por meio da realização dos planos de intervenção permitiu, perceber as limitações existentes que condicionam o autocuidado, para posteriormente intervir com o intuito de alcançar a autonomia a nível cardiorrespiratório, motor, sensorial, cognitivo, da eliminação e da sexualidade.

Durante o percurso de estágio, os planos de cuidados e as intervenções foram avaliadas, monitorizadas e reformuladas, tendo em conta a individualidade de cada pessoa e família cuidada, tendo a preocupação de manter uma postura holística, aliada às competências do EEER e à filosofia de cuidados Orem, no sentido de promover o autocuidado da pessoa após AVC no domicílio.

Esta postura interventiva trouxe contributos importantes que me permitiram atingir dois objetivos do projeto: o aprofundar conhecimentos de enfermagem de

reabilitação na área dos cuidados à pessoa com patologia do foro sensório-motor e promoção do seu autocuidado e o otimizar conhecimentos e competências da pessoa com sequelas de AVC e sua família para o autocuidado no âmbito da reabilitação sensório-motora visando a melhoria da qualidade de vida. Foram atingidos através do desenvolvimento de aprendizagens profissionais; do cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida; da promoção da reinserção na comunidade; na maximização da funcionalidade através do desenvolvimento das capacidades da pessoa, da avaliação da funcionalidade e diagnóstico de alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades e da elaboração de planos de cuidados com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista à autonomia no autocuidado.

Fazendo o balanço sobre o trajeto desenvolvido, considero que o meu desempenho no estágio realizado na UCC Cuidar⁺ foi muito positivo. A avaliação da enfermeira orientadora relativamente a este trajeto foi tanto na avaliação formativa como final (Apêndice VIII) remetida neste sentido. Considero por fim, que o estágio permitiu de forma plena alcançar os objetivos por mim traçados no projeto de formação e no desenvolver competências como futura EEER.

1.2 Descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas e competências adquiridas no estágio da vertente respiratória

Com o intuito de adquirir competências de EEER na área respiratória, concretizei estágio na UCSP de Marvila, tendo como objetivo principal o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas na área de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia do foro respiratório e sua família. De modo a concretizar este objetivo iniciei o percurso pela integração na equipa, sua dinâmica e organização. Tendo em conta que exerço funções numa unidade do mesmo agrupamento de centros de saúde (ACES), à partida poder-se-á pensar que o percurso estaria facilitado. No entanto, a UCSP de Marvila tem uma organização, dinâmica e rotinas específicas que tive de interiorizar, pois trata-se de

uma unidade que, no que diz respeito aos cuidados domiciliários, possui uma estrutura diferente da minha.

Em Marvila, este tipo de cuidados são prestados por uma equipa de enfermagem que se dedica exclusivamente à prestação de cuidados domiciliários, não só da área geográfica de Marvila, mas também das freguesias dos Olivais e Lóios. Esta equipa presta cuidados de enfermagem a todos os pessoas que necessitem deste cuidados, independentemente da sua patologia, seja ela do foro respiratório, sensório-motor, entre outros. Assim, e analisando do ponto de vista da intervenção da enfermagem de reabilitação, pude desde logo confirmar na prática que esta deve ser, efetiva, priorizada e direcionada para as necessidades do utente/família, no contexto domiciliário, incentivando-os, ensinando-os e dando-lhe os recursos necessários para encontrarem estratégias de forma a contornar as limitações/dificuldades com que se podem deparar.

O período que estabeleci para a minha integração foi de 30 de setembro a 11 de outubro. Sempre que me surgiu alguma dúvida relacionada com os aspetos da organização, dinâmica e recursos do serviço questioneei a enfermeira orientadora ou outro elemento da equipa, nomeadamente os elementos da equipa dos cuidados domiciliários, que demonstraram sempre disponibilidade para me esclarecer. Durante o período de integração pude observar a intervenção, funções e dinâmica da EEER no seio da equipa transdisciplinar que se revela como elemento dinamizador e elo de ligação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar, desenvolvendo um papel determinante para o bom funcionamento da unidade, sendo frequentemente solicitada para pareceres relativos aos cuidados e às situações específicas de cada utente/família.

Para além de ter observado as intervenções da EEER pude começar desde logo a intervir junto dos pessoas inicialmente com a orientação da EEER e posteriormente sob minha própria iniciativa, validando sempre as minhas intervenções junto da enfermeira orientadora. As dificuldades iniciais prenderam-se com o facto de ter presente a teoria no que concerne às avaliações e aos exercícios a realizar para determinada situação mas, por considerar que colocar tudo em

prática junto do utente seria demasiado extensivo e cansativo para este, aceitei a sugestão da enfermeira orientadora e realizei primeiramente as avaliações, e posteriormente, selecionei os exercícios que considere mais importantes para as pessoas naquele momento e fui introduzindo outros, progressivamente, tendo em conta o grau de colaboração das mesmas. Considero que esta estratégia foi bastante positiva e que me ajudou a delimitar prioridades e a organizar os cuidados a prestar, bem como, a traçar um plano terapêutico de reabilitação adequado às pessoas que cuidei.

Procurei preferencialmente situações de pessoas com características que fossem de acordo com o meu projeto de estágio, direccionado para a pessoa após AVC, no entanto foram integradas na prática de cuidados outras experiências que potenciaram o aumento de conhecimentos. No mesmo contexto, apesar de este estágio ser direccionado para desenvolver a componente respiratória, intervim também ao nível da componente motora.

Pelo facto da enfermeira orientadora ser a única EEER da unidade de saúde, verifiquei que esta tem aqui muito trabalho a desenvolver e foi gratificante para mim verificar que ao apresentar-me às pessoas e suas famílias/cuidadores, como aluna da especialidade de reabilitação, que estes demonstraram-se recetivos e tentavam colaborar de acordo com as suas possibilidades. Deste modo, sinto que consegui estabelecer uma relação terapêutica com os pessoas/famílias por mim cuidadas, demonstrando-me sempre disponível para esclarecer dúvidas e dar resposta às suas necessidades.

Durante a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação procurei sempre mobilizar os recursos existentes, de acordo com as necessidades da pessoa/família, tendo sempre presentes as competências do EEER e mobilizando a teoria de enfermagem de Dorothea Orem, no sentido de promover o autocuidado da pessoa, procurando igualmente envolver a família/cuidadores neste processo.

Favorecendo da coordenação entre os elementos da equipa e das sugestões e críticas construtivas da enfermeira orientadora e enfermeira chefe, organizei os cuidados adequando-os às rotinas já estabelecidas no domicílio de cada pessoa.

Com o enfermeiro coordenador dos cuidados domiciliários, compreendi melhor o tipo de população e patologias, assim como, participei numa reunião para orientação de estágio.

Considerarei pertinente questionar a opinião da EEER, de estar presente e participar nos cuidados gerais à pessoa, na medida em que sempre privilegiei os mesmos como um momento para desenvolver a relação terapêutica e que, como futura EEER, penso que constituem uma mais-valia para a avaliação da pessoa, deteção de limitações e capacidades, bem como, para a realização de alguns exercícios, promovendo o seu autocuidado e o treino de AVD. A EEER não demonstrou objeção relativamente a essa opção e apoiou a minha decisão. Tanto os familiares como os cuidadores, também apoiaram a minha iniciativa, considerando-a bastante importante pois revelou-se num momento oportuno para o ensino e fornecimento de estratégias relevantes para os cuidados prestados às pessoas.

Resta-me também salientar que para a minha integração, também contribuiu de forma positiva, o facto de ser a primeira aluna da especialidade a realizar estágio na unidade. Acredito que desta forma seja possível reafirmar, junto de quem ocupa os cargos diretivos do ACES Lisboa central, que a enfermagem de reabilitação no domicílio assume um papel fulcral no cuidar, pois permite evidenciar o compromisso do enfermeiro com a pessoa, valorizando o que prevê a teoria mobilizada na prática de enfermagem. Esta premissa vai de encontro às unidades de competência que enquanto futura EEER em processo de aprendizagem desenvolvi, nomeadamente, na avaliação da funcionalidade e diagnóstico de alterações que determinam limitações e incapacidade; no planeamento de intervenções que promovam capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo, autocuidado e em processos de transição e também, na elaboração e implementação de treino de AVD diária que melhorem a adaptação às limitações da mobilidade e promovam a independência na realização do autocuidado das pessoas.

Para além de todas as atividades que desenvolvi no meu período de integração, gostaria de salientar o trabalho que desenvolvi com o Sr. V.P. (Apêndice IX). Escolhi esta situação por constituir uma experiência marcante e por a ter

acompanhado durante todo o percurso de estágio. Outro dos motivos da escolha prende-se com o facto de este utente ter vivenciado um AVC, se encontrar no domicílio e apresentar alterações nas suas necessidades de autocuidado limitadoras na realização das suas AVD. Neste contexto, estabeleci como objetivo conceber, implementar e avaliar planos de reabilitação respiratória na pessoa com patologia do foro respiratório, tendo em vista a promoção do autocuidado e restauração da função respiratória.

Foi realizada uma reunião com o coordenador dos cuidados domiciliários, a enfermeira orientadora e os enfermeiros que constituem a equipa da prestação de cuidados domiciliários, por forma a conhecer quais as pessoas que necessitavam de reeducação funcional respiratória (RFR), e de entre estas, quais se relacionariam com a temática do projeto. Antes de me deslocar à residência destas pessoas, procedi à consulta do processo de cada um. Acompanhei a EEER e os enfermeiros da prestação de cuidados domiciliários e fui apresentada por estes a estas pessoas e familiares, que tinham conhecimento prévio da minha vinda. Após apresentar-me pessoalmente, explicar a minha presença enquanto aluna da especialidade de enfermagem de reabilitação e do estágio a desenvolver, procedi à avaliação destas pessoas a quem ia prestar cuidados de enfermagem de reabilitação.

Após a avaliação, procedi à elaboração dos planos de cuidados adequados a cada pessoa e iniciei as sessões com as mesmas. Considerei importante estabelecer uma relação terapêutica com pessoa/família, que me permitiu colocar em prática os modos de ação proposto por Orem, no que diz respeito ao ensinar, instruir, capacitar e ao apoiar psicologicamente a pessoa.

O Sr. V.P. reside num lar das Missionária da Caridade, sendo cuidado pelas Irmãs e por uma equipa de voluntários. A maioria destes voluntários, apenas está presente uma vez por semana, sendo que apenas um é permanente. Após a apresentação, explicação da minha presença e conhecimento das rotinas da instituição, consultei o seu processo e procedi à avaliação do utente durante a qual pude constatar que o aspirador de secreções possuía os tubos bastantes sujos e que a sonda de aspiração estava sem qualquer proteção e a tocar no chão.

Questionei o voluntário permanente sobre o sucedido, tendo o mesmo referido que o utente tinha sido aspirado com os tubos sujos e que alguém se tinha esquecido de desperdiçar a sonda. Alertei o mesmo, assim como as Irmãs que prestam cuidados ao utente em causa, sobre a necessidade imediata de substituir os tubos e de colocar nova sonda e os perigos que constituía para a saúde do utente as más condições que o aparelho apresentava. Nesse mesmo dia os tubos foram substituídos, todos os componentes da máquina foram limpos e foi colocada nova sonda de aspiração com proteção. Foram efetuados os ensinamentos de como limpar os tubos, da periodicidade da mudança da sonda de aspiração e limpeza dos componentes da máquina, os quais foram bem aceites.

De acordo com Cordeiro & Menoita (2012), a aspiração de secreções deve ser apenas realizada quando a pessoa possui as suas vias aéreas obstruídas, pela incapacidade de tossir de forma a expelir as secreções. Nesse dia, e após a realização dos exercícios, tive a necessidade de aspirar o utente pelas razões acima mencionadas. Foi um momento oportuno para validar os conhecimentos dos funcionários sobre a técnica de aspiração, a qual verifiquei que eram autónomos e a realizavam corretamente. Senti necessidade de questionar se os outros voluntários também aspiravam o utente, o qual me foi dito que esses voluntários apenas procediam à limpeza das instalações, confeção de refeições e eventual auxílio nas mobilizações.

No período de 07 a 11 de Outubro foi aplicado o plano de cuidados individualizado, sendo que na 2ª sessão de RFR mantiveram-se os exercícios em decúbito dorsal conseguindo o mesmo, realizar 6 repetições. Foi necessário aspirar no final das séries por apresentar acumulação de secreções que tinha dificuldade em expelir. Após a avaliação dos sinais vitais e de promovido descanso do utente, foi efetuado o 1º levante⁵ para a cadeira de rodas, facto que não acontecia desde fins de agosto de 2013.

⁵ A realização do levante é fundamental na reabilitação, pois permite (...) “ao enfermeiro de reabilitação corrigir as posturas incorretas, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida diária e minimizar as incapacidades instaladas” (Gomes, Rocha, Martins & Gonçalves, 2014, p.69).

Por o utente na sessão anterior ter tolerado apenas alguns exercícios em decúbito lateral, optei por não realizar todos os exercícios de ambos os decúbitos laterais, mas apenas alguns, de modo a que ambos os decúbitos laterais fossem trabalhados. Assim, mantive os exercícios em decúbito dorsal por serem tolerados e introduzi posteriormente apenas os exercícios em decúbito lateral. Não foi efetuada a abertura costal seletiva nem as manobras acessórias por o utente responder afirmativamente, quando questionado se estava cansado.

Os principais ganhos deste utente remetem para à auscultação verificar-se que os ferveores são menos audíveis e que o utente tolerou um levante para o cadeirão após a sessão de RFR. Para além destes aspetos, pude constatar que os cuidadores do utente demonstraram ter aprendido os cuidados de higienização ao aspirador de secreções, ao cuidarem do aparelho tal como lhes foi instruído. Neste mesmo período, outro ganho verificado remete para a aquisição de conhecimentos, por parte dos cuidadores sobre os posicionamentos de conforto ao utente tendo em conta a patologia e as escaras de decúbito que o utente apresenta.

Na 5ª sessão ocorreu um importante momento pois, durante a realização dos exercícios verifiquei que o utente demonstrou o reflexo da tosse, ainda que este não fosse eficaz. Aquando do reflexo demonstrado pelo utente, elevei a cabeceira da cama e efetuei a tosse assistida através da compressão manual vigorosa sobre a região hipogástrica na fase expiratória, verificando posteriormente, que o Sr. V.P. deglutiou as secreções. Este momento não só foi importante para verificar a capacidade do utente de efetuar este mecanismo de limpeza das vias aéreas, como também, foi um momento de observação do reflexo da deglutição do utente que possui SNG para alimentação.

No dia 18 de outubro, e terminada a sessão com o utente, encontrava-me de saída da instituição quando reparei que o voluntário permanente se deslocava em direção ao quarto do Sr. V.P. com um alguidar cheio de água quente. Desloquei-me ao quarto do utente e constatei que o alguidar cheio de água quente a libertar vapor tinha sido colocado debaixo da cama do utente. Questionei o voluntário sobre a situação, o qual me disse que um dos outros voluntários tinha tido a seu cargo

quatro idosos na sua casa e que colocava alguidares com água quente debaixo das camas, com o objetivo de o vapor de água ser absorvido pela pele e, conseqüentemente, hidratá-la prevenindo assim, as úlceras de pressão. No caso específico do Sr. V.P. o alguidar foi colocado numa tentativa de este surtir algum efeito na cicatrização das úlceras que o utente apresenta.

Confrontada com esta situação considerei importante intervir, deste modo, solicitei a presença das Irmãs que prestam cuidados ao utente, e tendo presentes todos os prestadores de cuidados do Sr. V.P. alertei para o perigo da presença de um alguidar por baixo da cama repleto de água quente, tendo em conta a idade, situação de saúde, assim como o historial de infeções respiratórias do utente e dos riscos que comporta roupa de cama húmida provocada pela evaporação da água. Para além destes aspetos informei que a existência de um colchão de pressões alternas associado a posicionamentos corretos, assim como uma ingestão adequada de líquidos, constituía um método seguro e eficaz para a cicatrização das úlceras e hidratação da pele. Para além do mais, estando o utente a realizar RFR, os benefícios da mesma seriam postos em causa devido à presença do alguidar com água quente. Após esta minha explicação, o alguidar foi removido e tanto o voluntário como as irmãs referiram não voltar a colocá-lo. Questionei se o mesmo já teria sido colocado após alguma sessão de RFR, ao qual responderam negativamente, encorajei-os então de futuro, a pedirem-me esclarecimento antes de tomarem alguma iniciativa. Em relação ao voluntário que indicou a colocação do alguidar, foi também informado por mim sobre os riscos e os perigos dessa prática.

Ao refletir sobre esta situação particular, compreendo a importância da abordagem educacional para a saúde do enfermeiro de reabilitação, com o intuito de promover estratégias que têm como objetivo evidenciar atitudes na gestão do desenvolvimento de mecanismos de controlo e entendimento do ciclo de saúde/doença e as suas implicações para minimizar os efeitos desse défice, neste caso específico, o défice de conhecimentos dos cuidadores. Recorrer ao sistema de apoio e educação, assim como a quatro dos cinco métodos de ajuda propostos por Orem, ou seja, agir ou fazer pela pessoa, guiar e orientar, ensinar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento da pessoa, constituiu um aspeto

fundamental na intervenção enquanto futura enfermeira de reabilitação, uma vez que promovi nestes cuidadores o desenvolvimento de capacidades para o autocuidado do utente em causa, visando assim, a prevenção e minimização das complicações decorrentes do défice de conhecimentos.

Neste período considero que os principais ganhos remetem para a realização completa do plano de cuidados, sendo o mesmo tolerado pelo utente, à auscultação os ferveores eram praticamente inaudíveis e igualmente importante, a aquisição de conhecimentos dos cuidadores do utente sobre os riscos e perigos de determinadas práticas. Para além do anteriormente mencionado, ocorreu um momento muito importante, na medida em que se visualizou o reflexo da deglutição.

No período de 21 a 25 de outubro destaco no Sr. V.P. o facto de ter tolerado o levante após a sessão completa de RFR e por ter deglutido o lanche do meio da manhã oralmente ao invés de pela SNG. Aquando da consulta do processo do utente no início do estágio, verifiquei que a nota de alta referia que o utente teria sido entubado por dificuldade em deglutir devido à presença de secreções. Contudo, senti necessidade de confirmar esta questão dado que o utente vivenciou um AVC em março de 2013 e poderia apresentar uma disfagia como sequela do mesmo. Após nova leitura da carta de alta, verifiquei que esta mencionava que não existiam sequelas a esse nível. A avaliação dos pares cranianos⁶ também foi fundamental, pois desta forma pude confirmar a fase reflexa da deglutição, através da avaliação dos pares cranianos: trigémeo, facial, glossofaríngeo, vago e hipoglosso que se relacionam com a fase faríngea.

Refletindo sobre esta situação, e remetendo para o processo de enfermagem, verifico que este é uma ação ou uma sucessão de ações regulares e contínuas que ocorrem e são realizadas de maneira definida. Quando aplicado à teoria de geral de Orem é composto por três passos denominados de operações do processo da prática de enfermagem: a fase de diagnóstico e prescrição, a fase de planeamento dos sistemas de enfermagem e a produção e execução dos sistemas de

⁶ “Uma correta neuroavaliação das alterações ou potenciais alterações, do estado neurológico pode ser a chave do sucesso de reabilitação. O exame neurológico faz parte integrante do exame físico geral da pessoa e da anamnese (...). Este exame deve (...) contemplar a avaliação: (...) pares cranianos (...).” (Menoita *et al.*, 2012, p.40)

enfermagem. Na fase de diagnóstico e prescrição, enquanto futura enfermeira de reabilitação procurei determinar as necessidades de cuidados de enfermagem através da realização da colheita de dados que me ajudaram a conhecer a pessoa, o exame físico, elaboração do diagnóstico de enfermagem e determinação dos défices, o que no caso do utente em causa, apresentava em relação à AVD comer e beber.

A análise e interpretação destas informações permitiram-me a realização de intervenções de enfermagem direcionadas para as necessidades do utente. Na fase de planeamento dos sistemas de enfermagem, elaborei o planeamento mais adequado face às necessidades encontradas. Através do diagnóstico de enfermagem, sou capaz de definir estratégias para que, neste caso, se minimizassem os défices de autocuidado identificados, através de intervenções que ajudassem a capacitar o utente. Na fase da produção e execução do sistema de enfermagem, avaliei e analisei os resultados, sendo que desta análise pode verificar que no que concerne à AVD comer e beber, o utente anteriormente necessitava de um sistema totalmente compensatório, dado à necessidade de SNG para a alimentação e ingestão hídrica, necessitando agora de um sistema parcialmente compensatório, necessitando de ajuda parcial para a realização da AVD em causa. Esta alteração no sistema de enfermagem constituiu num verdadeiro ganho em saúde para este utente.

Em relação ao período de 28/10/2013 a 01/11/2013 destaco como principal ganho em saúde no Sr. V.P. um momento que ocorreu na 13ª sessão de RFR, na qual, foram-me mostradas fotografias de ocasiões festivas, nas quais pude verificar o utente sentado à mesa juntamente com os outros utentes do lar. Foi-me igualmente informado que o Sr. V.P., era uma pessoa reservada não participando das conversas às refeições, contudo gostava de estar à mesa a escutar os outros pessoas a conversar. Perante esta informação, e mediante autorização da orientadora, adequiei o meu horário de estágio e nesta sessão levei o Sr. V.P. na cadeira até à sala de refeições para que este almoçasse juntamente com outras pessoas. Quando entrou na sala de refeições todos os presentes saudaram-no e cumprimentaram-no, ao que o Sr. V.P. demonstrou um sorriso aberto. Ingeriu sopa e

fruta por via oral na companhia dos restantes pessoas. Quando me despedi, o Sr. V.P. verbalizou um “obrigado” com uma lágrima no olho. Esta simples palavra comoveu-me e posso dizer que este momento, aparentemente simples, fez toda a diferença, fazendo com que sentisse realmente o que é o espírito da reabilitação. Tal como nos diz Kelleher *et al.* (2009), os enfermeiros de cuidados de saúde primários possuem uma posição privilegiada na reabilitação respiratória, pois têm a oportunidade de adaptar as suas intervenções, face às reais necessidades do quotidiano da pessoa.

Refletindo no modelo de Orem relaciono este momento com a premissa deste modelo, em que a meta dos cuidados de enfermagem é ajudar as pessoas a satisfazerem as suas próprias necessidades terapêuticas de autocuidado e no acreditar de que o ser humano tem habilidades para promover o cuidado de si mesmo, podendo beneficiar do cuidado de enfermagem nos momentos que apresenta défices devido ao estado de saúde. Assim, é importante ter em mente que a reabilitação não incide apenas nos défices, mas também possibilita à pessoa voltar a interagir no seu contexto social.

O cumprimento deste objetivo permitiu-me desenvolver competências como EEER uma vez que conduziu à realização de intervenções no âmbito dos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da gestão da qualidade, do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, do cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, da capacitação da pessoa com, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, e por fim, da maximização a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Por outro lado, as intervenções realizadas permitiram igualmente atingir o objetivo de aprofundar conhecimentos de enfermagem de reabilitação na área dos cuidados à pessoa com patologia do foro respiratório e promoção do seu autocuidado, através da aplicação dos conhecimentos adquiridos, mobilizando-os na prestação de cuidados de enfermagem especializados, seguros e competentes à pessoa com patologia respiratória, e sua família; e também, através da partilha de

saberes e experiências com a professora e a enfermeira orientadora e os vários elementos da equipa multidisciplinar do local de estágio. Com o estabelecimento deste objetivo procurei atingir mais especificamente as competências no âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, descritos RCCEE.

No que concerne ao período de estágio referente à vertente respiratória, julgo que o meu desempenho foi bastante positivo. Tal como no estágio anterior, a avaliação da enfermeira orientadora foi tanto na avaliação formativa como final (Apêndice X) remetida neste sentido. Considero por fim, que o estágio permitiu atingir os objetivos por mim delineados no projeto de formação e desenvolver competências como futura EEER.

Quadro 1: Atividades desenvolvidas para aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Unidades de Competência	Atividades desenvolvidas em contexto de estágio para aquisição de competências de EEER
<p>A - Responsabilidade profissional ética e legal.</p> <p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Envolvimento do utente e família na tomada de decisão; - Fundamentação das ações realizadas; - Participação nas reuniões de equipa multiprofissionais para discussão de casos e tomada de decisão; - Mobilização do código deontológico na intervenção junto da pessoa e família e na tomada de decisão; - Participação como gestora de caso sob orientação da EEER orientadora de processos de pessoas; - Avaliados ganhos em saúde, partilhados juntamente com a equipa multiprofissional e divulgados a nível dos órgãos de direção. - Prestação de cuidados baseada no respeito por direitos, deveres, crenças, valores e privacidade; - Assegurada confidencialidade das informações debatidas nas reuniões profissionais, das fornecidas pela pessoa e família e dos registos efetuados; - Desenvolvimento do exercício profissional de acordo com o código deontológico.
<p>B- Domínio da melhoria da qualidade.</p> <p>B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p>B3.1- Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados valorizando a participação da pessoa e família, envolvendo-as no plano de cuidados; - Articulação com outros elementos da equipa multidisciplinar para a avaliação dos recursos pessoais, familiares e socioeconómicos existentes em cada situação específica; - Identificação junto da pessoa/família de barreiras arquitetónicas no domicílio; - Realização e implementação programas de treino de AVD tendo em conta as barreiras arquitetónicas existentes, visando a adaptação da pessoa/família às mesmas, bem como às limitações da mobilidade;

<p>indivíduos/grupo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação e reformulação dos programas implementados; - Estabelecimento de uma relação profissional com a equipa multidisciplinar; - Estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa/família.
<p>C- Domínio da gestão de cuidados</p> <p>C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;</p> <p>C1.1- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observação da intervenção da EEER e a sua dinâmica na equipa multidisciplinar; - Identificação das funções da EEER na prestação de cuidados a pessoas/famílias; - Conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais existentes, que possam ser mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação; - Identificação os procedimentos de acolhimento/colheita de dados da pessoa e sua família; - Observação e colaboração de como se processa a tomada de decisão da equipa multidisciplinar.
<p>D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>D1-Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p>D2. Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p> <p>D2.1-Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade;</p> <p>D2.2- Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade;</p> <p>D2.3- Provê liderança e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento do autoconhecimento; - Consciencialização das capacidades pessoais e limites pessoais e profissionais; - Ter identificado fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa/família e/ou equipa multidisciplinar, nomeadamente crenças e valores; - Identificação das necessidades formativas pessoais; - Aplicação dos conhecimentos adquiridos, mobilizando-os na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa e sua família; - Partilha de saberes e experiências com a professora orientadora e a enfermeira orientadora e os vários elementos da equipa multidisciplinar do local de estágio; - Identificação de necessidades de investigação e divulgação de resultados; - Realização de uma avaliação dos ganhos em saúde após intervenções de enfermagem de reabilitação, discussão sobre a importância de futuros trabalhos de investigação e sugestões para a realização dos mesmos. - Demonstração de conhecimentos científicos atuais acerca de avaliação e intervenção na pessoa com patologia do foro respiratório e sensório-motor/neurológico e sua família; - Utilização de tecnologias de informação e métodos de pesquisa bibliográfica adequados; - Rentabilização de oportunidades de aprendizagem, não restringindo as oportunidades apenas à área do projeto;
<p>J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J1.1 Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações.</p> <p>J1.2 Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados de enfermagem na pessoa com patologia do foro respiratório, sensório-motor/neurológico e sua família baseada em conhecimentos atuais resultante da evidência científica; - Prestação de cuidados à pessoa e família tendo por base os princípios presentes no código deontológico; - Realização de colheita de dados junto da pessoa com patologia do foro respiratório e sensório-motor/neurológico e proceder à sua avaliação objetiva e subjetiva; - Avaliação da pessoa com recurso aos instrumentos de avaliação adequados à sua situação (ex: escala Painad, índice de barthel, avaliação dos pares cranianos, escala modificada de ashworth, escala de Lower); - Avaliação do risco de alteração da funcionalidade, limitação da atividade e restrição da participação na pessoa com patologia do foro respiratório e sensório-motor/neurológico; - Identificação dos requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde

<p>nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade.</p> <p>J1.3 Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade.</p> <p>J1.4 Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p>	<p>da pessoa que podem condicionar o seu autocuidado;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos fatores condicionantes da pessoa, internos e externos, para o autocuidado; - Avaliação dos aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e saúde/doença e ou incapacidade; - Conceção e implementação de planos de intervenção com vista a uma reeducação funcional respiratória, motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da eliminação e da sexualidade e à satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa/família e à promoção e gestão da saúde; - Intervenção junto da pessoa recorrendo aos sistemas de enfermagem propostos por Orem, avaliando em qual a pessoa se situa, que pode ser num sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio/educação; - Utilização dos modos de ação propostos por Orem para ensinar, instruir e treinar sobre técnicas a utilizar para maximizar todo o potencial da pessoa, tendo em conta os seus objetivos individuais, de modo a que esta e a sua família consigam realizar de forma independente, intervenções adequadas às suas necessidades em contexto domiciliário; - Utilização de estratégias de resolução de problemas desenvolvidas em parceria com a pessoa e sua família, de modo a promover a independência e a qualidade de vida; - Monitorização e avaliação dos resultados das intervenções implementadas; - Reformulação das intervenções implementadas tendo em conta os resultados esperados e sempre que se justifique; - Realização de registos de enfermagem de reabilitação pertinentes no processo clínico.
<p>J2.Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p> <p>J2.1 Elabora e implementa plano de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.</p> <p>J2.2- Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p> <p>J3.1 Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório;</p> <p>J3.2 Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conceção e implementação de planos de intervenção/treino de AVD com vista a uma reeducação funcional, à satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa/família, à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à maximização da sua autonomia e qualidade de vida; - Realização de intervenções de reabilitação motora promovendo o posicionamento anti-espástico, a estimulação sensorial, implementar programas de mobilizações e atividades terapêuticas; - Utilização de estratégias de resolução de problemas desenvolvidas em parceria com a pessoa e sua família; - Seleção e ensino sobre a utilização de produtos de apoio/dispositivos de compensação adaptados às limitações e necessidades da pessoa com patologia do foro sensorio-motor/neurológico, bem como às suas condições habitacionais e contextos de vida social e profissional, com vista à promoção da sua independência e autocuidado; - Monitorização e avaliar os resultados das intervenções implementadas; - Reformulação das intervenções implementadas tendo em conta os resultados esperados e sempre que se justifique; - Elaboração de registos de enfermagem pertinentes; - Articulação com a psicóloga/assistente social do serviço para avaliar os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade;

2. AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO

A elaboração deste relatório surge de uma ambição que passou pela construção de um projeto. Projeto esse que se transformou numa ação refletida, esclarecida e planejada com o intuito de atingir objetivos na prática clínica que permitam concretizar saberes e atingir competências. A realização deste relatório demonstra todo o percurso de autoformação que implicou a aquisição, mobilização de conhecimentos e desenvolvimento de competências, através das aprendizagens e das atividades efetuadas em contexto de ensino clínico, culminando assim, numa nova maturidade pessoal e profissional que se concretiza na passagem de enfermeira generalista para EEER.

Ambos os campos de estágio permitiram-me interiorizar a dinâmica e a extensão das intervenções do EEER, que se concretizam não só ao nível das competências técnicas e científicas, mas também ao nível de competências na área da relação interpessoal, da comunicação e da relação de ajuda, numa abordagem holística do cuidar. A mobilização destas competências na prestação de cuidados, possibilita a promoção do autocuidado, o alcance da autonomia na realização das AVD, assim como a aquisição de estilos de vida saudáveis. Através destas intervenções verifiquei como é possível à pessoa/família reajustar-se e até suprir limitações, alcançando assim, o seu lugar no seio familiar e social.

Ao refletir sobre os aspetos facilitadores deste percurso de aprendizagem, ressalvo a importância dos dois campos de estágio na comunidade, que me permitiram observar por um lado a realidade do EEER da comunidade com défice de recursos físicos e humanos, por outro, a realidade de uma equipa de enfermagem organizada com três EEER gestores de caso. Estas duas oportunidades de estágio permitiram-me observar e interiorizar a capacidade do EEER em adaptar-se à realidade onde presta cuidados e da importância em focar-se na qualidade dos mesmo, sabendo contornar as dificuldades com que se depara diariamente. Para

além deste aspeto, destaco igualmente o contexto comunitário, como um local de diversidade de experiências, na minha opinião, muitas vezes desvalorizado em comparação ao contexto hospitalar.

Durante o ensino clínico posso salientar como constrangimento o facto da UCSP de Marvila dispor de recursos humanos escassos, sendo a orientadora a única EEER para dar apoio a toda a população inscrita na unidade; associados à escassez de recursos humanos, existe também neste local de estágio, limitados recursos físicos e materiais. Neste contexto como estratégia de resolução para contornar este constrangimento saliento a capacidade de adaptação a situações novas que desenvolvi, e que é indispensável ao EEER, e que me permitiu ser capaz de prestar cuidados de qualidade, isto porque, não são só as estruturas físicas e materiais que definem a qualidade dos cuidados, a postura e intervenção do enfermeiro é muitas vezes o mais determinante.

No que diz respeito a dificuldades sentidas, estas remeteram-se para a gestão de prioridades. No decorrer do estágio compreendi que a implementação de um plano de reabilitação, pressupõe que a introdução de intervenções não deverá ser em simultâneo, para que no final se obtenham ganhos em saúde produtivos. Ainda como dificuldades e limitações ocorridas no decorrer do ensino clínico, destaco a dificuldade em coordenar o estágio com a atividade profissional, dado que a direção do ACES à qual pertence a USF Oriente, não autorizou de bolsa para a realização de ensino clínico, o que levou a situações de alguma angústia e cansaço pela necessidade de compensar horas no serviço, que implicou prestação de cuidados durante um mês interruptamente, contudo, o apoio das colegas de equipa e das enfermeiras orientadoras, assim como, a componente motivacional, foi determinante no superar deste obstáculo.

Ressalvo igualmente as lacunas existentes no que diz respeito à ponte entre o contexto hospitalar e comunitário. Esta realidade é vivida diariamente no meu contexto da prática e foi transversal em relação aos campos de estágio. Observei notas de altas pouco detalhadas, num modelo biomédico e a carecer de intervenções de enfermagem realizadas, o que dificulta o trabalho do EEER na

comunidade e exige que o mesmo dedique tempo a contatos telefónicos, com o objetivo de obter mais informações para melhor intervir.

No que concerne a propostas e sugestões de mudança remeto as mesmas para o nível pessoal, através da atualização dos conhecimentos e valorização que a formação não fica pelo término da especialidade. A nível profissional, considero de extrema importância a realização de investigação, pois durante a elaboração do projeto de formação como principal limitação/constrangimento detetei o facto de na realização da revisão de literatura ter encontrado apenas 6 artigos científicos que remetem para a intervenção de enfermagem de reabilitação à pessoa após AVC em contexto domiciliário. Tendo em conta a lacuna anteriormente mencionada, senti necessidade durante o estágio de realizar uma avaliação dos ganhos em saúde nas pessoas após AVC na UCC Cuidar⁺ (Apêndice XI), que apesar de não assumir todas as componentes de um trabalho de investigação, permitiu dar visibilidade a esses mesmos ganhos, cujos resultados, quando comparados com outros estudos realizados, são corroborados. Deste modo, enquanto futura EEER pretendo integrar grupos de trabalho por forma a dar visibilidade ao trabalho do EEER da comunidade, e da sua importância da sua intervenção junto da pessoa e família.

Tendo em conta a lacuna já mencionada, relativamente à articulação entre o EEER em contexto da comunidade e em contexto hospitalar; considero que será importante não só para a visibilidade do trabalho dos EEER, mas principalmente com vista à melhoria dos cuidados, que se invista definitivamente numa comunicação efetiva entre o hospital e as unidades da comunidade. Assim, aproveitando o recente estabelecimento de protocolos entre a USF e diversas unidades do centro hospitalar Lisboa central, enquanto futura EEER pretendo junto da coordenação da USF Oriente propor um protocolo de articulação, não só entre os EEER do ACES Lisboa central, como também, entre as unidades hospitalares do centro hospitalar de Lisboa central. Considero, que um projeto desta natureza iria potenciar uma reflexão sobre a prática e, posteriormente, cimentar alicerces que permitissem ao EEER assumir-se como mediador, otimizando recursos de modo a que o planeamento e continuidade de cuidados fossem mais eficazes, com vista a uma melhoria da qualidade nos cuidados prestados.

Para finalizar, considero positiva a avaliação do meu percurso formativo, tendo alcançado os objetivos propostos no projeto de formação. Para a concretização destes objetivos, revelou-se importante a escolha dos locais de estágio, a realização de planos de cuidados e dos jornais de aprendizagem, como uma oportunidade de partilha de experiências, emoções, sentimentos, confirmação de aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de uma compreensão do processo de aprendizagem, bem como projetar ações futuras, que me permitiram melhorar a qualidade dos cuidados prestados enquanto enfermeira e futura EEER. Deste modo, através da reflexão crítica descrevi e analisei as aprendizagens vivenciadas recorrendo ao ciclo reflexivo de Gibbs como modelo orientador.

Considero igualmente, que desenvolvi uma atitude crítica e de reflexão, tendo adquirido competências que se assumiram como linhas orientadoras do meu percurso pessoal e profissional. Considero ter atingido o nível de perita tal como é proposto por Benner (2005) no seu modelo de aquisição de competências, no qual a enfermeira perita não se apoia num princípio analítico para passar do estado de compreensão da situação ao ato apropriado e compreende de maneira intuitiva cada situação.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento da prevalência do AVC associado à complexidade dos problemas sociais, económicos e culturais, trazem repercussões a nível da pessoa e sua família tais como limitações e restrições na sua participação na comunidade, sendo que estas requerem maiores cuidados no domicílio, onde a família é frequentemente sobrecarregada. Esta situação está diretamente relacionada com a enfermagem de reabilitação na comunidade que privilegia a reintegração comunitária da pessoa após AVC e sua família, promovendo o seu autocuidado e independência.

Segundo Rice (2004), prestar cuidados em contexto domiciliário significa conhecer e vivenciar a realidade da pessoa e família. É um ambiente potenciador da proximidade, cooperação e estabelecimento de relações terapêuticas, tão importantes na promoção e educação para a saúde. Possibilitar à pessoa após AVC os cuidados no seu contexto, revela-se menos penoso para a mesma, permite a sua participação e envolve a família. Assim, o domicílio assume-se como um local de destaque na prevenção e promoção da saúde, que permite a centralidade dos cuidados, associada a uma visão holística da díade pessoa-família, onde a personalização dos cuidados alia e o respeito pelos princípios éticos e deontológicos revelam-se promotores da reabilitação.

Tal como nos diz Burton & Gibbon (2005) um programa de reabilitação realizado com pessoa após AVC em domicílio, possibilita uma melhor compreensão da patologia, menor isolamento social e redução de stress emocional. Verifiquei que o domicílio proporciona bem-estar, potencia cuidados individualizados. Por seu lado, a evidência científica permite concluir que programas de educação para a saúde no domicílio, sugerem a assimilação de conhecimentos, no que se refere à patologia fatores de risco, aquisição de hábitos de vida saudáveis, bem como uma melhoria dos conhecimentos relativamente à gestão e adesão terapêutica que, posteriormente, permitem uma diminuição do risco de um novo AVC. Pude constatar durante todo o ensino clínico que esta evidência científica também se verificou

durante o meu percurso de estágio, deste modo, a educação para a saúde será sempre uma premissa na minha prestação de cuidados enquanto futura EEER.

No que concerne à motivação a evidência científica aponta para a importância de encorajar e motivar a pessoa após AVC a melhorar a qualidade da comunicação e interação social, o que implica reenquadrar vivências individuais e aprender a viver com a sua nova situação. Assim, para além das necessidades de intervenção a nível da reabilitação funcional, há necessidade de um acompanhamento para minimizar o impacto do stress emocional da pessoa e família, motivando-a para a sua recuperação, sendo o domicílio um local privilegiado para que esta minimização do stress aconteça, facto que constatei em ambos os campos de estágio.

A prática de enfermagem rege-se na equidade designada para cada um, no que necessita ou pode tolerar, tendo como fim uma complementaridade, entre o cuidado prestado e as reais necessidades da pessoa/família. Assim, considero que as pessoas após AVC têm várias necessidades de cuidados de enfermagem, dependendo das alterações à sua saúde provocadas pelas diferentes lesões. Para minimizar essas alterações vão ter que encontrar formas de readaptação à sua nova condição de modo a satisfazer às suas necessidades de autocuidado. Neste contexto quando as diferentes atividades de autocuidado estão afetadas ou limitadas, a pessoa após AVC torna-se dependente de outros para as realizar, sendo aqui que a enfermagem de reabilitação ganha relevo, como detentora de saberes que lhe permitem avaliar os diferentes graus de dependência e implementar estratégias de intervenção com recurso aos métodos de ajuda propostos por Orem. Estes métodos podem ir desde a substituição da pessoa (agir ou fazer pelo outro); à transmissão de conhecimentos (educar); ao ensino de estratégias (instruir) ou treino de capacidades e AVD (treinar); ao apoiar física e psicologicamente e ao proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, tornando a pessoa apta a satisfazer as suas necessidades de autocuidado.

De acordo com a DGS (2013) as doenças cérebro-cardiovasculares constituem a causa de morte mais relevante em toda a Europa, incluindo Portugal, destacando-se pela sua especial relevância o AVC. Em contexto de estágio da

vertente sensório-motora, pude constatar esta realidade, sendo o diagnóstico de AVC o segundo predominante.

As incapacidades que advém do AVC levam a que a pessoa necessite de requerer ajuda para as AVD. No decorrer do estágio na UCC pude concluir que na admissão existiam 41,6% pessoas com grau de dependência total e apenas 8,4% eram independentes. Também o estudo de Ricardo (2012), demonstra resultados semelhantes aos encontrados em estágio, nomeadamente, 42% das pessoas no seu estudo, apresentavam dependência total na admissão. Na alta, verifica-se uma diminuição da dependência total e um aumento significativo da independência, com um valor percentual a evoluir positivamente dos 8,4% para os 58,3%. Estes resultados são demonstrativos de uma melhoria funcional das pessoas através da intervenção de enfermagem de reabilitação, indo de encontro aos resultados obtidos por Ricardo (2012), que demonstraram uma evolução de 3,7% para 19,2% em relação ao grau de independência. Tal como nos diz Legg (2004), existe evidência que a reabilitação de qualquer tipo de AVC reduz a incidência da deterioração funcional e mantém ou melhora as capacidades na realização das AVD, facto demonstrado na avaliação dos ganhos em saúde efetuada em contexto de estágio.

Através do conhecimento das intervenções promotoras do autocuidado, detenho um conjunto de saberes e competências que me permitem melhorar o cuidar da pessoa e família, conhecer as suas necessidades, barreiras e recursos, assim como possibilitam desenvolver estratégias, que permitam à pessoa alcançar a autonomia e a independência no autocuidado.

É através da produção de evidência científica que a profissão de enfermagem se destaca, sendo que de futuro pretendo apostar na área de investigação com o intuito de dar visibilidade aos ganhos em saúde, potenciados pelas intervenções do EEER promotoras do autocuidado.

4. BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Erica Oliveira (2009) - **Frequência e fatores relacionados à disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico**. Minas Gerais. Dissertação de mestrado apresentada no Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

ASHFORD, John; MCCABE, Daniel; WHEELER-HEGLAND, Karen; FRYMARK, Tobi; MULLEN, Robert; MUSSON, Nan; SCHOOLING, Tracy; HAMMOND, Carol (2009) - Evidence-based systematic review: Oropharyngeal dysphagia behavioral treatments. Part III – Impact of dysphagia treatments on populations with neurological disorders. **Journal of Rehabilitation Research & Development** [em linha]. Vol. 46 nº 2, (agosto, 2009), p.195-204. ISSN:0748-7711.

Acedido em: 01/04/2014. Disponível em:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?sid=f15f51a9-6407-465a-a0da-f8037b39147d%40sessionmgr4003&vid=1&hid=4212&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010310578>

BENNER, Patricia (2005) – **De Iniciado a Perito**. 2ª Edição: Quarteto. ISBN: 989558-052-5. Depósito legal 228818/05.

BRADY, Marian; CLARK, Alexander; DICKSON, Sylvia; PATON, Gillian; BARBOU, Rosaline (2011) – Dysarthria following stroke – the patient's perspective on management and rehabilitation. **Clinical rehabilitation** [em linha]. Vol. 25, nº10 (março, 2011) p. 935-952. ISSN:0269-2155. Acedido em: 20/04/2013. Disponível em:<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?vid=25&sid=6a58f418-5b58-4ba2-9ba7-bf9c19771796%40sessionmgr4005&hid=4209&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=21729975>

BURTON, Christopher; GIBBON, Bernard (2005) – Expanding the role of the stroke: a pragmatic clinical trial. **Issues and innovations in nursing practice** [em linha]. Vol. 56 nº6 (março, 2005) p. 640-650. ISSN:0309-2402. Revisão a: 02-03-2012. Acedido em 20/04/2013. Disponível em:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?sid=afda7faa-3af1-4b06-b361-86a453e fb3f9%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4107&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009078992>

CORDEIRO, Maria do Carmo; MENOITA, Elsa (2012) - **Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas**. Lusociência. Loures. ISBN: 978-972-8930-86-8.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2013) - **Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares**. Lisboa: Direção Geral de Saúde. ISSN: 2183-0681.

FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – **O processo de investigação: da concepção à realidade**. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-10-X.

GREEN, Theresa; HALEY, Eryka; ELIASZIW, Michael; HOYTE, Keith (2007) – Education in stroke prevention: Efficacy on an education counselling intervention to increase knowledge in stroke survivors. **Canadian Journal of Neuroscience Nursing** [em linha]. Vol. 29 nº2 (janeiro, 2007) p.13-20. ISSN:1913-7176. Revisão a 07-01-2011. Acedido em: 20/04/2013 Disponível em:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?vid=8&sid=298358a0-bfe2-4552-999c-124ab1124dbe%40sessionmgr4003&hid=4209&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009907461>

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

HOEMAN, Shirley (2011) - **Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados**. 4ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN 978-0-323-04555-1.

<http://ucccuidar.no.comunidades.net/index.php>. Acedido em: 06/07/2013.

[http://www.cufmafra.pt/SDT/Acidente+Vascular+Cerebral+\(AVC\)/1302](http://www.cufmafra.pt/SDT/Acidente+Vascular+Cerebral+(AVC)/1302). Acedido em: 06/07/2013.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/> Acedido em: 06/07/2013.

IRELAND, Sandra; MACKENZIE, Gail; GOULD, Linda; DASSINGER, Diane; KOPER, Alicja; LEBLAN, Kathryn (2010) - Nurse case management to improve risk reduction outcomes in a stroke prevention clinic. **Canadian Journal of Neuroscience Nursing** [em linha]. Vol. 32 nº4 (dezembro, 2010) p. 7-13. Revisão a: 25-02-2011. ISSN: 1913-7176. Acedido em: 20/04/2013 Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?sid=368f77f2-6cef-4071-9f094a83bf80d251%40sessionmgr115&vid=1&hid=120&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010885333>

JONHSTONE, Margaret. (1987) – *Tratamento domiciliário do doente hemiplégico: Texto de apoio nº.3*. São Paulo: Editora Manole Lda.

KELEHER Helen; PARKER, Rhian; ABDULWADUD, Omar; FRANCIS, Karen (2009) - Systematic review of the effectiveness of primary care nursing. **International Journal of Nursing Practice** [em linha]. Vol. 15 nº1 (fevereiro, 2009) p. 16 – 24. ISSN:1322-7114. Acedido em: 26/03/2014. Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?sid=74ae0c27-12c0-4e0a-95be-73f257c038d9%40sessionmgr111&vid=1&hid=128&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010171910>

KLEINDORFER, Dawn; JUDD, Suzanne; HOWARD, Virginia; MCCLURE, Leslie; SAFFORD, Monika; CUSHMAN, Mary; RHODES, David; HOWARD, George (2011). Self-Reported Stroke Symptoms Without a Prior Diagnosis of Stroke or TIA: A Powerful New Risk Factor for Stroke. **National Institute of Health**. Vol. 42 nº12 (novembro, 2011) p.1-11. ISSN: 0039-2499. Acedido em: 14/03/2014. Disponível em: <http://europepmc.org/articles/PMC3244205>

LEGG, Lynn (2004) - Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: systematic review of randomized controlled trials. **The Lancet**. Vol. 363 nº 9406 (janeiro, 2004) p. 352 – 356. ISSN: 1474-547X. Acedido em:14/03/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?sid=00ed3b4f-5b9e-4bc9-a7a1888ded1f1ae1%40sessionmgr111&vid=1&hid=121&bdata=Jmxhbm9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=15070563>

LÜBECK, Walter (2013) - **Manual de Reiki - Um guia completo para a prática de Reiki**. 2ª Ed. Lisboa: Pergaminho. ISBN: 9789896871918.

MARTINS, Maria Manuela (2002) – **Uma crise acidental na família: o doente com AVC**. Coimbra. Formasau, ISBN: 9789728485306.

MARTINS, Teresa (2002) - *Prevalência dos acidentes vasculares cerebrais*. Escola Superior de Enfermagem de São João. Edição da autora.

MARKLE-REID, Maureen; WEIR, Robin; BROWNE, Gina; ROBERTS, Jacqueline GAFNI, Amiram; HENDERSON, Sandra (2006) – Health Promotion for Frail Older Home Care Clients. **Journal of Advanced Nursing**. [em linha]. Vol. 54 nº3 (maio, 2006) p. 381-395. Revisão a 02-03-2012 ISSN:0309-2402. Acedido em: 09/03/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?sid=f77526ab-783b-4d2e-836fe4e87308a2c9%40sessionmgr110&vid=1&hid=121&bdata=Jmxhbm9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009162956>

MCBRIDE, Kelly; WHITE, Carole; SOURIAL, Rosa; MAYO, Nancy (2004). Postdischarge nursing intervention for stroke survivors and their families. **Journal of Advanced Nursing** [em linha]. Vol. 47 nº2 (julho, 2004) p. 192-200. Revisão a 02-03-2012. ISSN:0309-2402. Acedido em 20/04/2013. Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?sid=9810d526-4a88-4db0-99ef-ab3917c69745%40sessionmgr110&vid=1&hid=120&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2004190563>

MELNYK, Bernadette Mazurek; FINEOUT-OVERHOLT, Ellen (2005) - Rapid critical appraisal of randomized controlled trial (RCTs): an essential skill for evidence-based practice (EBP). **Pediatric Nursing**, [em linha]. Vol.31, nº1.(jan-fev, 2005), p. 50-52. Revisão a: 07/12/2007. ISSN:0097-9805. Acedido em: 20/04/2013. Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?sid=e2e1e83c-7ed6-4a46-a500-00b05663a33e%40sessionmgr110&vid=1&hid=121&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2005068829>

MENOITA, Elsa Caravela, SOUSA, Luís Mota; ALVO, Isabel Brito Pão; VIEIRA, Cristina Marques (2012) – **Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC -Contributos para um envelhecer resiliente**. Lusociência.ISBN:978-972-8930-78-3.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) – Proposta de Modelo de Desenvolvimento Profissional. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa. 29 de Maio.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa. 20 de Outubro.

OREM, Dorothea (2001) - **Nursing Concepts of Practice**. 6th ed. Saint Louis (GE):Mosby.ISBN0-323-00864-X

PEREIRA, José Alberto Teixeira Pires (2014) - Papel/ competências do Enfermeiro de Reabilitação em Unidades de Cuidados Intensivos. In: GOMES, Bárbara; ROCHA, Maria do Carmo, MARTINS, Maria Manuela; GONÇALVES, Maria Narcisa - **Investigação em Enfermagem de Reabilitação - um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. ISBN 978-989-98443-1-5.p. 64-72.

PETRONILHO, Fernando Alberto Soares (2007) – **Preparação do regresso a casa**. Coimbra: Editora Formasau. ISBN 978-972-8485-91-7.

PETRONILHO, Fernando Alberto Soares (2012) - **Autocuidado Conceito Central da Enfermagem**. Coimbra: Formasau. ISBN: 978-989-8269-17-1.

REDMAN, Barbara Klug (2003) - **A prática da Educação para a Saúde**. 9º ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-39-8.

RICARDO, Rui Manuel Peredo (2012) - **Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o índice de Barthel nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta com intervenções de enfermagem de reabilitação**. Bragança. Dissertação de mestrado apresentada no Instituto Politécnico de Bragança.

RICE, Robyn. (2004) – **Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários – conceitos e aplicação**. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8383-46-4.

RUIVO, Maria Alice; FERRITO, Cândida; NUNES, Lucília (2010) – Metodologia do Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. Enfermagem – Revista Percursos – Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Nº 15. janeiro-março. 2010.

SIT, Janet; YIP, Vera; KO, Stanley; GUN, Amy; LEE, Judy (2007) - A quasi-experimental study on a community-based stroke prevention programme for clients with minor stroke. **Journal Of Clinical Nursing**. [em linha]. Vol. 16 nº2, p. 272-281

(fevereiro, 2007). ISSN: 0962-1067. Revisão a 02-03-2012. Acedido em: 20/04/2013 disponível em:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?sid=da513993-71a7-4397-bd0f-6de8de6c8b50%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4209&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009505893>

SOUZA, Caroline Braga; ABREU, Rita Neuma Dantas Cavalcante; BRITIII, Eliane Magalhães; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; SILVA, Lucilane Maria Sales, VASCONCELOS, Silvânia Maria Mendes (2009) - O cuidado domiciliar de idosos acometidos por acidente vascular cerebral: cuidadores familiares. **Revista de Enfermagem UERJ**. [em linha]. Vol.17 nº1, p. 41-45. (jan.-mar., 2009).

TONES, Keith; TILFORD, Sylvia (2001) – **Health Promotion: Effectiveness, Efficiency and Equity**. 3ªEd. Chenttenham: Nelson Thornes, Ld. ISBN: 978-0748745272.

UMPHRED, Darcy Ann (2010) – **Neurological Rehabilitation**. 5ª Ed. London: Mosby Elsevier. ISBN 13: 9780323033060.

WORP, Bart van der; GIJN, Jan van (2007). Acute Ischemic Stroke. **The New England Journal of Medicine**. Massachusetts. Vol. 357 (agosto, 2007) p.572- 579. DOI: 10.1056/NEJMcp072057.

ANEXOS

ANEXO I – Escala de Glasgow

Escala de Glasgow

Abertura dos olhos	Espontânea - 4 Ao estímulo verbal - 3 Ao estímulo doloroso - 2 Ausência de resposta - 1
Melhor resposta verbal	Orientada - 5 Conversa confusa - 4 Palavras inapropriadas -3 Sons incompreensíveis - 2 Ausência de resposta - 1
Melhor resposta motora	Obedece a ordens - 6 Localiza estímulos - 5 Movimentos de retirada - 4 Flexão anormal - 3 Extensão anormal - 2 Nenhuma - 1

ANEXO II – Escala de Lower

Escala de Lower

5/5 – Movimento normal contra gravidade e resistência;

4/5 – Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. O doente consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força;

3/5 – Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência;

2/5 – Tem movimento das extremidades mas não contra gravidade. O doente consegue mover o membro na base da cama;

1/5 – Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento;

0/5 – Sem contração muscular e sem movimento.

ANEXO III – Escala de Ashworth Modificada

ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH
Classificação da Espasticidade

Grau	Descrição
0	Sem aumento do tônus muscular
1	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea, ou por uma resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular, quando a região é movida em flexão e extensão.
1+	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos da metade da ADM restante.
2	Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da ADM, mas a região é movida facilmente.
3	Considerável aumento do tônus muscular, movimentos passivos dificultados
4	A parte (ou partes) afetada mostra-se rígida à flexão ou extensão

ANEXO IV – Índice de Barthel

Avaliação do índice de Barthel				
	0	5	10	15
Alimentação	Incapaz	Com ajuda	Independente	
Higiene Pessoal	Com ajuda	Independente		
Controlo Vesical	Incontinente ou Algaliado	Problemas Ocasionais	Continente	
Controlo Anal	Incontinente	Acidentes Ocasionais	Sem problemas	
Transferência	Incapaz	Muita ajuda	Alguma ajuda	Independente
Deslocação / Mobilização	Imobilidade	Independente em Cadeira de Rodas	Com ajuda	Independente
WC	Dependente	Com ajuda	Independente	
Vestir	Dependente	Com ajuda	Independente	
Banho	Dependente	Sem ajuda		
Subir/descer escadas	Incapaz	Com ajuda	Independente	

Score do índice de Barthel - nível de dependência	
Autónomo	100 pontos
Dependente Leve	>60 pontos
Dependente Moderado	>40 e ≤60 pontos
Dependente Grave	>20 e ≤40 pontos
Dependente Total	<20 pontos

ANEXO V – Escala de Guss

Avaliação Não invasiva da Disfagia (Adaptado Escala GUSS, 2007)		Data da Avaliação:		
1- Avaliação Preliminar - Teste indireto				
	Sim	Não		
Vigilância (a pessoa terá de permanecer sentada e acordada pelo menos durante 15 minutos)	(1)	(0)		
Tosse (a pessoa deverá conseguir realizar limpeza das vias aéreas tossindo 2 vezes)	(1)	(0)		
Deglutição da saliva: Deglute	(1)	(0)		
Engasga-se	(0)	(1)		
Alteração da voz (tosse, salivação, alteração do padrão respiratório, dispneia, tosse tardia)	(0)	(1)		
1-3 Não administrar nada oralmente 4-5 Continuar para parte 2				
Total: (5)				
2- Avaliação da Deglutição – Teste Direto				
	Pastosa (5)	Líquida (5)	Sólida (5)	
Deglutição:				
Não deglute (0)				
Atraso na Deglutição (1)				
Deglute (2)				
Tosse (involuntária, antes durante e depois da deglutição):				
Sim (0)				
Não (1)				
Engasgamento:				
Sim (0)				
Não (1)				
Alteração da voz (escutar o tom de voz antes de deglutir – a pessoa deverá dizer “O”):				
Sim (0)				
Não (1)				
Total:				
	1-4 – Referenciar terapeuta da deglutição/fala 5 – Avançar para líquida	1-4 – Referenciar terapeuta da deglutição/fala 5- Avançar para sólida	1-4 Referenciar terapeuta da deglutição/fala 5- Normal	
Total teste direto e indireto (20):				

	Resultados	Grau de Disfagia	Recomendações
20	Texturas: Líquida Pastosa Com sucesso Sólida	Leve/Não Disfagia Risco mínimos de disfagia	- Dieta normal - Ingestão normal de líquidos (sempre com supervisão do enfermeiro numa fase inicial)
15-19	Texturas: Líquida Com sucesso Pastosa Sólida Com insucesso	Leve Disfagia Baixo Risco de aspiração	- Dieta Pastosa com texturas homogéneas - Ingestão de Líquidos muito lentamente, um golo de cada vez - Referenciar à terapeuta da deglutição/Fala
10-14	Texturas: Pastosa Com sucesso Líquida Com insucesso Sólida	Disfagia Moderada Com risco de aspiração	- Dieta Pastosa com texturas homogéneas com adição de alimentação parentérica - Administração de líquidos apenas por sonda nasogástrica - Referenciar à terapeuta da deglutição/fala
0-9	Avaliação preliminar com insucesso ou textura pastosa com insucesso	Disfagia Grave Alto risco de aspiração	- Não usar a via oral - Referenciar à terapeuta da deglutição

ANEXO VI – Autorização da enfermeira chefe para recolha de dados

EX.^{ma} Sra. Enfermeira Lina Pereira

(Enfermeira Coordenadora da UCC Cuidar⁺)

Mónica Filipa Silva Martins, aluna do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, vem por este meio pedir a Vossa Ex.^{cia}, que se digne a autorizar o acesso aos registos da avaliação funcional dos utentes, com recurso ao índice de Barthel, no âmbito da realização do estudo subordinado ao tema: **“Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o Índice de Barthel, nos utentes após AVC na Unidade de Cuidados na Comunidade Cuidar +”**.

A avaliação e registo do índice de Barthel, na unidade, durante o período de janeiro a dezembro de 2013, constituirão o elemento de colheita de dados que servirá de base ao estudo em causa. O animato dos dados será assegurado.

Oeiras, 16 de dezembro 2013

Agradecendo desde já a atenção dispensada por Vossa Ex.^{cia}.

Peço deferimento

Estudante Enfermagem Reabilitação

Enfermeira Coordenadora

UCC Cuidar +

Mónica Filipa Silva Martins

Lina Maria C. J. Pereira

(Mónica Filipa Silva Martins)

(Lina Pereira)

APÊNDICES

APÊNDICE I – Projeto formação



4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

**Intervenções promotoras do autocuidado, na
pessoa após AVC no domicílio.**

Mónica Filipa Silva Martins

Professora Orientadora - Vanda Marques Pinto

Lisboa, Julho 2013

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1-DEFINIÇÃO DA ÁREA TEMÁTICA	7
1.1- Justificação da escolha do tema	8
1.2- Enquadramento Teórico	12
1.2.1- Intervenção de enfermagem de reabilitação após AVC	13
1.2.2- Autocuidado da pessoa após AVC.....	15
2-DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	21
2.1- Problema Geral.....	21
2.2- Problemas / Questões Parcelares	21
3-PREPARAÇÃO E PLANEAMENTO DO TRABALHO	22
3.1- Fundamentação da escolha dos locais de estágio	22
3.2- Planeamento das actividades	24
3.3- Previsão de limitações/constrangimentos e estratégias de resolução.....	24
4-CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
5-BIBLIOGRAFIA	28

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Locais de ensino clínico: justificação da escolha.....	23
--	----

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular – Opção II, foi proposto a elaboração de um projeto de formação como meio de construção pessoal e de orientação de aprendizagem, com o intuito de colmatar as necessidades sentidas no que concerne à formação.

Tendo como linha orientadora a metodologia de projeto pretendendo que a minha aprendizagem pessoal enquanto estudante, através da elaboração de um projeto, seja um processo de desenvolvimento operacionalizado em contexto de ensino clínico, onde posso contextualizar na prática os meus conhecimentos teóricos e adquirir competências em áreas específicas de intervenção, sob orientação de um perito. Tal como diz Ruivo, Ferrito & Nunes (2010) esta metodologia tem como objetivo principal a centralização da resolução de problemas, com o intuito de adquirir capacidades e competências pessoais com a elaboração e concretização de um projeto. Este constitui uma ponte entre a prática e a teoria, pois o seu suporte é o conhecimento teórico a ser posteriormente aplicado na prática. O formando assume aqui a responsabilidade pela sua própria aprendizagem em função das necessidades sentidas a nível pessoal, profissional e social, decorrentes da relação consigo próprio e com o meio envolvente.

A reorganização do sistema educativo culminou com a concretização do Processo de Bolonha, e no âmbito da formação, a metodologia de projeto surge desta mudança de paradigma. Este preconiza a substituição de um modelo passivo, baseado na transmissão de conhecimentos, para um ensino baseado no desenvolvimento de competências, na valorização e no reconhecimento da aprendizagem ao longo da vida (OE, 2007). A aprendizagem torna-se deste modo, num processo contínuo e permanente de procura de novas competências, com o objetivo de responder a novos desafios, em função de um percurso profissional individual, estando inerente uma dinâmica de transformação pessoal baseada num

processo de autoformação assente nas dimensões do saber, saber-fazer e saber-ser.

O crescente desenvolvimento científico e tecnológico permite oferecer à sociedade intervenções cada vez mais especializadas com a finalidade de retardar os efeitos prejudiciais dos problemas de saúde. As intervenções têm como objetivo tratar a doença, prolongar a vida e afastar qualquer tipo de défice. Contudo, a medicina curativa atinge também os seus limites, surgindo assim a reabilitação no sentido de ajudar a pessoa a viver o melhor possível, maximizando as suas capacidades, face a uma nova situação de saúde. Os EEER assumem um domínio de intervenção alargado, pois além de desenvolverem competências transversais a todos os especialistas, desenvolvem igualmente competências específicas da sua área de intervenção, tais como: cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição na participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (OE, 2010).

Ao considerar o meu processo pessoal de aprendizagem, e tendo em conta o meio em permanente mudança, assim como as competências essenciais ao desempenho da minha profissão, entendi a importância de estar em permanente atualização de conhecimentos com vista a um aperfeiçoamento profissional direcionado para critérios de qualidade. Neste sentido Ruivo, Ferrito & Nunes (2010) reforçam a metodologia de projeto como uma atividade intencional que pressupõe iniciativa e autonomia, autenticidade e originalidade, complexidade e incerteza com um carácter prolongado e faseado. Assim, a projeção dos meus conhecimentos e competências é orientado por uma intenção baseada numa ação refletida, planeada e fundamentada com o objetivo de atingir os objetivos propostos.

Surgindo de uma intenção e preocupação pessoal, este projeto pretende dar ênfase ao carácter prático da formação em enfermagem e contribuir para o desenvolvimento de competências pessoais, profissionais, institucionais e sociais, como futura enfermeira especialista, com o intuito de compreender a importância da intervenção da reabilitação de enfermagem com enfoque major na promoção do

autocuidado da pessoa após AVC em contexto domiciliário, com o objetivo de torná-la o mais independente possível, promovendo a melhoria da qualidade de vida, dos cuidados de enfermagem de reabilitação e introduzir processos de mudança e inovação. Neste sentido, considere um desafio interessante, numa perspetiva de enfermagem de reabilitação, compreender quais as intervenções do enfermeiro especialista de reabilitação na promoção do autocuidado na pessoa após AVC no domicílio.

A teoria de enfermagem pode ser definida como uma conceptualização de alguns aspetos da realidade com o objetivo de descrever e compreender fenómenos, prever consequências e planear cuidados de enfermagem (Vitor, Lopes & Araújo, 2010). Por incluir elementos fundamentais para a prática de enfermagem, uma das teorias mais citadas em trabalhos científicos a nível mundial é a teoria do défice de autocuidado de Orem. Considerei que esta teoria de enfermagem, sendo de grande alcance, é aquela que me ajudou a compreender o papel da enfermagem e as suas intervenções na promoção do autocuidado da pessoa após AVC.

Perante esta problemática defini como objetivo geral para este projeto:

- Compreender a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na pessoa após AVC, garantindo a continuidade de cuidados e promovendo o máximo de autocuidado, autonomia e independência.

Como objetivos específicos:

- Definir a área temática;
- Elaborar um enquadramento teórico;
- Formular o problema geral e problemas parcelares;
- Fundamentar a escolha dos locais de estágio;
- Definir os objetivos de estágio;
- Planear as atividades de acordo com os objetivos e recursos;
- Definir indicadores e critérios de avaliação;
- Prever limitações/constrangimentos e estratégias preventivas.

Este projeto encontra-se dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo compreende a definição da área temática. Neste capítulo encontra-se também inserido a justificação da escolha do tema e o enquadramento teórico, que engloba o recurso a diversas fontes como estratégia de pesquisa, tais como a plataforma EBSCOhost, utilizando as bases de dados científicos tais como a *CINAHL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text*, limitando os resultados a texto completo e a data de publicação entre de 2002 e 2012. Foi também efetuada pesquisa no google académico, teses de mestrado e doutoramento, recurso à mobilização de contributos teóricos das diferentes unidades curriculares, à minha experiência profissional e pessoal, assim como à reflexão sobre a mesma. Neste capítulo desenvolverei a temática centrando-me em 4 palavras-chave/conceitos tais como AVC, reabilitação, autocuidado e domicílio. O segundo capítulo engloba a definição do problema geral e problemas parcelares. O terceiro capítulo contempla a preparação e o planeamento do trabalho, no qual se encontra a fundamentação dos locais de estágio assim como o planeamento das atividades. Neste capítulo também abordarei a previsão de limitações e constrangimentos, bem como, as estratégias com vista à sua resolução. O quarto capítulo engloba as considerações finais do projeto, onde menciono se os objetivos a que me propus foram atingidos. Por fim, no quinto capítulo apresento a bibliografia consultada para a elaboração do projeto.

Com esta aprendizagem pretendo desenvolver uma atitude crítica e de reflexão, ser capaz de adquirir novas competências que sirvam de linha orientadora ao meu percurso pessoal e profissional, para que no final atinja o nível de perita tal como é proposto por Benner (2005) no seu modelo de aquisição de competências, no qual a enfermeira perita não se apoia num princípio analítico para passar do estado de compreensão da situação ao ato apropriado, mas sim, compreende de maneira intuitiva cada situação, e apreende diretamente o problema sem se perder por um largo leque de soluções e de diagnósticos.

1. DEFINIÇÃO DA ÁREA TEMÁTICA

As crescentes mudanças e modificações das organizações e sua estrutura, são acompanhadas de maiores exigências das nossas capacidades e características. Estas capacidades, que podem ser consideradas de competências não técnicas, tais como as de carácter pessoal e relacional, ou seja, a capacidade de trabalho em equipa, tomada de decisões, iniciativa e liderança, têm como finalidade traçar um novo perfil e dinamismo profissional, com o intuito de alcançar uma enfermagem cada vez mais especializada, holística e humana.

O cuidar em enfermagem de reabilitação pressupõe o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas, constituindo uma arte que tem como principal característica o articular de um imenso leque de conhecimentos, com uma vertente prática e ao mesmo tempo holística e humanista, tendo assim como pilar a relação interpessoal, todo o conhecimento científico, e a essência do cuidar. Quando Hesbeen (2010, p.35) se refere ao “espírito da reabilitação” como uma característica do profissional, significa que enquanto enfermeiros somos capazes de “(...) mudar a visão dos factos, ajustá-la para tentar ver melhor, ou analisar melhor, tendo em vista agir adequadamente perante as situações humanas que se lhe apresentem (...); um interesse autêntico pela pessoa, sem a reduzir à sua afeição ou às suas características. Ressalva ainda que aliado ao espírito de reabilitação o profissional deve ser dotado de uma inteligência afetiva, ou seja, ter a “ (...) capacidade de se desejar, simplesmente, ser alguém preocupado em acompanhar outro alguém para tentar ajudá-lo”.

Nesta linha de pensamento, senti necessidade de aperfeiçoar as minhas competências enquanto pessoa e profissional na área da enfermagem de reabilitação, dado à componente prática que esta especialidade possui, podendo exercê-la em qualquer âmbito e em qualquer fase do ciclo da vida da pessoa. A área sensório-motora, prende-se também com uma motivação pessoal e profissional, pois a vertente dos cuidados à pessoa com sequelas nesta área é uma realidade que

contato diariamente uma vez que, os cuidados domiciliários são uma das funções que desempenha na comunidade. Estas pessoas são a razão dos nossos cuidados, uma vez que apresentam défices que limitam bastante a realização das suas AVD e conseqüentemente, o seu autocuidado.

O facto das patologias cerebrovasculares serem consideradas um problema de saúde pública pelo seu carácter incapacitante e com bastante incidência e prevalência, muito em parte devido às suas sequelas, fez com que despertasse em mim a vontade de desenvolver competências na abordagem da pessoa após AVC.

1.1- Justificação da escolha do tema

O aumento da esperança média de vida, resultante da evolução dos processos terapêuticos na área da saúde, do desenvolvimento de técnicas cada vez mais sofisticadas, bem como da melhoria das condições socioeconómicas da população em geral, tem-se traduzido num aumento significativo de pessoas com doenças crónicas. Destas, destaca-se o AVC, como uma das principais causas de mortalidade e morbilidade em todo o mundo, sendo caracterizado por uma interrupção ou bloqueio do fluxo sanguíneo em determinada área do cérebro provocando lesões que resultam num quadro clínico de deficiência neurológica, originando défices a nível físico, cognitivo, comportamental e emocional (Kleindorfer *et al.*, 2011).

O AVC corresponde a uma das principais causas de morte durante a última década, estimando-se que uma em cada seis pessoas a nível mundial terá um AVC a cada segundo. A cada ano, estima-se que em todo o mundo 15 milhões de pessoas sofre AVC sendo que, 6 milhões sucumbem. Dados da OMS referentes ao ano de 2011 revelaram que 6.2 milhões de pessoas, ou seja, 10,6% da população mundial faleceu devido ao AVC, sendo esta a 2ª causa de morte em todo o mundo (OMS, 2013).

Na Europa, incluindo Portugal, as patologias cerebrovasculares constituem a causa de morte mais significativa. Entre elas destaca-se o AVC, dados relativos a

2011, revelaram que na Europa 463 por 100.000 habitantes faleceu devido a patologia cerebrovascular. Já em Portugal, a taxa de mortalidade por doença cerebrovascular por 100 000 habitantes, em 2011, era de 61,9%, o que faz de Portugal um dos países da Europa com maior prevalência desta patologia, apenas atrás de países como a Letónia e a Bulgária (OMS, 2013 e DGS, 2013). A prevenção será o ideal, no entanto e apesar das evidências crescentes de melhoria na prevenção primária e secundária, esta continua a ser incompleta e ineficaz.

Tal como em outras patologias, ao AVC está associado a deterioração física, emocional e social do indivíduo, com repercussões na sua autonomia funcional para o desempenho das AVD, podendo potenciar o défice para o autocuidado. Tal pode manifestar-se em défice motor, sensorial, comportamental, perceptivo e linguístico. Os défices mais frequentes incluem a afasia, hemianópsia, hemiparésia, hemiplegia, atáxia, perda sensorial e assomatognosia (Worp & Gijn, 2007).

Após o período de internamento hospitalar decorrente de um episódio de AVC, a pessoa pode retornar ao domicílio com sequelas físicas e emocionais, que comprometem a capacidade funcional, a independência, autonomia e, também, o autocuidado, definido por Orem como as atividades realizadas em favor de si mesmo, no sentido de manter a vida, a saúde e o bem-estar. (Souza *et al.*, 2009)

Os estudos que envolvem a área do autocuidado são relevantes ao nível dos cuidados de saúde, pois permitem compreender e promover a qualidade de vida das pessoas. Neste sentido, o autocuidado abrange não apenas as capacidades necessárias para a realizar as AVD, mas também conhecimentos e perícias que as pessoas utilizam na autogestão da sua condição de saúde. O enfermeiro tem um papel fundamental na compreensão da pessoa após AVC e dos seus familiares e como elemento de uma equipa multidisciplinar, no âmbito da reabilitação, é competente para: identificar as variáveis que afetam o regresso à comunidade; conduzir uma avaliação completa; participar no estabelecimento de objetivos mútuos e intervir a um nível que promova o sucesso, a autoconfiança e a independência do utente (Hoeman, 2011).

De modo a reunir a literatura científica relevante para este projeto, consultei a base de dados eletrónica EBSCO, em particular a CINAHL *Plus with Full Text* e MEDLINE *with Full Text*. Como ponto de partida para a realização desta revisão da literatura foi formulada a seguinte questão de acordo com o método PICO: Quais as intervenções de enfermagem promotoras de autocuidado (I) na pessoa após AVC (P) no domicílio (Co)?

Inicialmente limitou-se a pesquisa aos artigos publicados a texto integral nos últimos seis anos (2008-2013), tal como recomenda Melnyk, Fineout – Overholt, (2005). Contudo encontrei apenas 4 artigos com evidência recente, pelo que alarguei a pesquisa para artigos publicados nos últimos 10 anos (2003-2013). Devido à dificuldade em encontrar artigos relevantes numa só pesquisa, contemplando todos os descritores considerados importantes, foram realizadas duas pesquisas sequenciais. Numa primeira pesquisa foram utilizadas as palavras-chave com a seguinte orientação: [(*“Stroke”*) AND (*“Aged OR Aged, 80 and Over”*) AND (*“Selfcare”*) AND (*Nurs**)]. Estes descritores foram pesquisados separadamente, primeiro nos Headings da CINAHL e posteriormente no MeSH da MEDLINE. Na segunda pesquisa utilizou-se [(*“Stroke”*) AND (*“Aged OR Aged, 80 and Over”*) AND (*“Home Visit”*) AND (*Nurs**)] apenas nos Headings da CINAHL, uma vez que o descritor (*“Home Visit”*), não consta no MeSH da MEDLINE. Deste modo, foram seleccionados seis artigos.

A reabilitação é vital na pessoa após AVC e é uma das muitas funções de enfermagem, com o objetivo que a pessoa alcance a máxima independência para a realização do autocuidado. Um programa de reabilitação pressupõe a aplicação precoce de técnicas de reabilitação específicas, de forma a prevenir sequelas e contribuir para a reintegração da pessoa e a sua família na comunidade. Neste sentido, o enfermeiro para ser eficaz no processo de reabilitação, necessita não só de compreender as técnicas usadas, como também mobilizar os seus conhecimentos no sentido de ajudar a pessoa e família.

O artigo de Burton & Gibbon (2005) salienta o benefício da execução de um programa de reabilitação na pessoa após AVC em contexto domiciliário, comparativamente ao contexto de uma unidade de reabilitação, no sentido em que

promove uma melhor percepção da patologia, menor isolamento social e redução de stress emocional. Neste sentido, o domicílio não apresentando as características de uma instituição formal de saúde e sendo o local gerador de bem-estar onde as pessoas convivem, torna propícios os cuidados individualizados, pelo que para os enfermeiros o contexto domiciliário surge como um ideal para o cuidar centrado na pessoa. Ainda relativamente ao contexto domiciliário, o artigo de McBride *et al.* (2003) enfatiza a importância dos cuidados à pessoa após AVC serem realizados no domicílio, no sentido em que há evidência de redução de custos associados à saúde, uma vez que reduz os gastos inerentes ao internamento hospitalar.

A educação para a saúde é um dos recursos para a transmissão de saberes. Os ensinamentos devem ser coerentes com o contexto social e cultural da pessoa e sua família/cuidador, sendo que o domicílio assume aqui um local privilegiado na preparação e ajuda para a interiorização de competências com vista a melhorar a qualidade de vida e promover a independência funcional. Alguns artigos analisados salientam a importância desta vertente, através da leitura dos mesmos, é possível concluir que programas de educação para a saúde no domicílio, sugerem benefícios no grau de conhecimentos adquiridos pela pessoa após AVC, no que se refere à patologia, fatores de risco, aquisição de hábitos de vida saudáveis, bem como uma melhoria dos conhecimentos relativamente à gestão e adesão terapêutica que, posteriormente, permitem uma diminuição do risco de um novo AVC. (Green *et al.* 2007; Sit *et al.*; Ireland *et al.* 2010 Brady *et al.* 2011).

No âmbito motivacional, o artigo de Brady *et al.* (2011) refere a importância de encorajar e motivar a pessoa após AVC a melhorar a qualidade da comunicação e interação social. Este aspeto remete para a importância de ajudar a pessoa após AVC a reenquadrar as vivências individuais e aprender a viver com a sua nova situação. Neste sentido, para além das necessidades de intervenção a nível da reabilitação funcional, há necessidade de um acompanhamento para minimizar o impacto do stress emocional da pessoa e família, motivando-a para a sua recuperação, sendo o domicílio um local privilegiado para que esta minimização do stress aconteça.

Após a análise dos artigos com evidência científica fica demonstrado que para a implementação de cuidados de excelência enquanto importante contributo na promoção do autocuidado na pessoa após AVC no domicílio, é fundamental que, enquanto futura EEER, desenvolva competências ao nível do cuidar de pessoas com necessidades especiais em todos os contextos da prática de cuidados, ao nível da capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e, por fim, na maximização da funcionalidade e no desenvolvimento das capacidades da pessoa. Perante esta problemática, considere importante identificar quais as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado na pessoa após AVC no domicílio.

1.2- Enquadramento teórico

Um enquadramento teórico tem como base a pesquisa bibliográfica, complementada por análises e reflexões, de forma a seleccionar a informação disponível e obter uma linha lógica de pensamento, orientadora para a fundamentação do problema em estudo. De acordo com Fortin (1999, p.93), o enquadramento teórico corresponde a um “ (...) apoio e lógica em relação ao problema de investigação (...) situa o estudo no interior de um contexto e (...) dá uma significação particular, isto é, uma forma de perceber o fenómeno em estudo”. De acordo com a temática em estudo, pretendo enfatizar alguns conceitos que irei desenvolver ao longo do enquadramento teórico, nomeadamente o de AVC, reabilitação, autocuidado e EEER, que serão inter-relacionados.

Neste enquadramento será abordado a pessoa após AVC, as suas necessidades de reabilitação, bem como as intervenções do enfermeiro especialista de reabilitação na promoção do autocuidado destas pessoas no domicílio. O desenvolvimento destes temas, que considere relevantes para o problema em estudo, vão permitir-me enquanto futura EEER, aprofundar e analisar o tema abordado, situar a problemática em estudo, assim como, desenvolver aprendizagens e consolidar saberes e formas de Ser e Estar, conferindo competências para uma melhor prestação de cuidados à pessoa após AVC.

1.2.1- Intervenção de enfermagem de reabilitação após AVC

De acordo com a OMS (2013), o AVC é a segunda maior causa de morte no mundo e afeta indivíduos de ambos os sexos acima dos 50 anos de idade. Apesar de se verificar um decréscimo gradual nas últimas décadas em relação às taxas de mortalidade referentes ao AVC, este, mantém-se a das causas de morte mais expressiva no nosso país.

Segundo a DGS (2013) em Portugal, a taxa de mortalidade por doença cerebrovascular por 100 000 habitantes, em 2011, era de 61,9%, o que corresponde a 12690 óbitos nesse ano. Quando comparados com os dados relativos a 2007, em que a taxa de mortalidade por doença cerebrovascular por 100 000 habitantes era de 79,9%, correspondendo a 14383 óbitos, verifica-se na realidade uma diminuição de cerca de 18%, no entanto, a taxa ainda mantém um valor elevado, o que significa que percentagens elevadas da incidência do AVC, aumenta também significativamente as suas sequelas que têm um grande impacto na sociedade em geral e na vida das pessoas, nomeadamente na sua vida pessoal, familiar, profissional e social.

Umphred (2010) nos seus estudos verificou que das pessoas que sofrem um AVC apenas 38% apresentam destreza após seis meses do surgimento do AVC. No entanto o mesmo estudo demonstra que 58% das pessoas recuperam a independência nas AVD e 82% aprendem a caminhar.

O comprometimento físico, é uma realidade presente na pessoa que sofreu AVC, podendo ser ao nível da tonicidade, da coordenação dos movimentos e/ou do equilíbrio. O tónus muscular é afetado, sendo que a maior parte das pessoas apresenta flacidez que, progressiva e gradualmente, pode evoluir para diferentes graus de espasticidade. Deste modo, o AVC conduz a deformidades corporais, que devem-se em grande parte à imobilidade forçada pela ausência de força levando a adaptações secundárias dos tecidos moles, em especial dos músculos, que sendo mantidos em posição encurtada, tornam-se ainda mais espásticos, diminuindo a aptidão física e a habilidade para o desempenho das AVD essenciais para o suprimento do autocuidado. No entanto a prevenção destas deformidades e da

espasticidade pode ser efetuada através da realização de exercícios assistidos de mobilização articular ampla, repetidos várias vezes ao dia (Menoita *et al.*,2012).

Neste contexto é importante reforçar a importância da reabilitação e do EEER na otimização das potencialidades das pessoas após AVC e para a sua reeducação funcional e consequente reinserção social e reintegração profissional. Deste modo, os cuidados de enfermagem de reabilitação devem ser iniciados o mais cedo possível, logo que as lesões sejam identificadas, e se não existir progressão dos défices neurológicos e se a pessoa estiver clinicamente estável, de modo a evitar complicações músculo-esqueléticas secundárias, como contraturas dos tecidos moles; ombro doloroso; ou neurológicas como a espasticidade, que podem estar associadas ao atraso ou inexistência da reabilitação após a lesão (Hesbeen, 2010).

Assim, torna-se fundamental que a implementação do plano de cuidados de reabilitação se inicie entre as quarenta e oito a setenta e duas horas após a lesão, contemplando os objetivos primários da reabilitação precoce da pessoa após AVC, tais como a prevenção da deterioração secundária, tanto física como intelectual e emocional, e preparar a pessoa e a família para os desafios com que se vão deparar. Deste modo, os cuidados de enfermagem e os programas de reabilitação devem procurar promover a máxima independência das pessoas que apresentam défices potencialmente recuperáveis e a manutenção daqueles cujos défices são irreversíveis. Outro aspeto importante centra-se no acompanhamento e monitorização do progresso do estado funcional da pessoa para o desempenho do seu autocuidado, de modo a que se possa seguir a sua evolução, detetar os ganhos em saúde e se necessário efetuar possíveis correções nos planos de reabilitação (Menoita *et al.*,2012).

A reabilitação deve ser precoce no que concerne à prevenção e à promoção de saúde, salientando que tal precocidade é fulcral no delimitar dos défices, sejam eles temporárias, permanentes ou progressivas, procurando compensá-las para uma melhor independência possível. A reabilitação faz-se junto à família e pessoa, por profissionais qualificados e especializados, plenamente integrados em equipa, usufruindo do corpo de conhecimento que é próprio desta especialidade na área de saúde. Deve considerar-se o ambiente familiar como componente fundamental na

reabilitação, quer seja pelo aspeto físico e material, ou pelo lado afetivo e social, pois a família tem um papel fulcral e influencia todo o processo de recuperação (Ricardo, 2012).

Assim, é importante ter em mente que diagnosticar e tratar o AVC não significa somente o tratamento e reabilitação dos défices resultantes, mas também possibilitar à pessoa voltar a interagir no seu contexto familiar e social. As pessoas têm a capacidade de desenvolver novas habilidades, quando aparecem limitações e são necessárias novas formas de cuidados. Torna-se assim imperioso que exista alguém disponível para ensinar e treinar as pessoas de modo a capacitá-las, sendo que, pelas competências adquiridas, o EEER é um profissional capaz de responder a este desafio. Este possui conhecimentos para identificar os défices da pessoa para o seu autocuidado, implementando intervenções que a tornem como agente de autocuidado, capaz de desenvolver ações no sentido de satisfazer as suas necessidades e regular o seu desenvolvimento e funcionamento.

1.2.2- Autocuidado da pessoa após AVC

O modelo de Autocuidado de Orem, baseia-se na premissa que os indivíduos podem cuidar de si. Neste encontram-se três teorias: a teoria dos sistemas de enfermagem, a teoria do défice de autocuidado e a teoria do autocuidado.

De acordo com Orem a pessoa após AVC, apresenta necessidades terapêuticas de autocuidado, estas não são mais que medidas de cuidados necessários num momento específico, ou durante um período de tempo. A pessoa após AVC manifesta défices para o autocuidado, definido por Orem como as atividades realizadas em favor de si mesmo, no sentido de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Nesta linha Andrade *et al.* (2009) referem que após um episódio de AVC instala-se um conjunto de défices neurológicos que comprometem a qualidade de vida e cerca de dois terços dos sobreviventes permanecem com algum grau de deficiência tornando-se dependentes.

A pessoa deixa de ser o agente do autocuidado ou seja, aquele que realiza uma função reguladora em função de si próprio, passando a necessitar da ajuda do enfermeiro/cuidador assumindo assim o papel de recetor do cuidado. Neste sentido, importa compreender que a capacidade para o autocuidado é a competência que o indivíduo tem para realizar comportamentos de autocuidado. Quando esta se encontra comprometida, o indivíduo não é capaz de suprir todos os requisitos de autocuidado identificados pela autora como necessidades do indivíduo (Silva *et. al*, 2009 e Petronilho, 2012).

O AVC acarreta inúmeras alterações fisiológicas e sociais que implicam necessidades adaptativas a uma nova realidade decorrente da situação de doença. Deste modo e à luz da teoria do autocuidado, a pessoa após AVC apresenta alterações no cumprimento dos vários requisitos universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Os requisitos são comuns a todos os seres humanos durante qualquer fase da sua vida e devem ser encarados como fatores que se interrelacionam afetando-se mutuamente. Os requisitos universais têm em vista a manutenção da integridade do funcionamento humano (ex: respiração e alimentação), os requisitos de desenvolvimento são referentes a situações de vida que implicam necessidade de adaptação a uma nova realidade (como mudança de emprego) e os requisitos de desvio de saúde emergem de uma situação de doença (Orem, 2001).

Tal como já foi referido, o AVC implica uma reestruturação da forma de viver, tal como, nas expectativas de qualidade de vida futuras. A pessoa afetada e os seus familiares terão de aprender a viver e a gerir a sua situação de doença. O enfermeiro deve ter em conta os antecedentes e experiências da pessoa, o seu estilo de vida, hábitos quotidianos e modo de sentir e pensar, assim como ter conhecimento dos requisitos de autocuidado. A idade, a etapa de desenvolvimento e o estado de saúde da pessoa após AVC constituem fatores condicionantes básicos que interferem na regulação do funcionamento humano ou seja no suprimento dos requisitos. Orem (2001), descreve ainda outros fatores que condicionam a formulação dos requisitos como o sexo, a orientação sociocultural, o sistema familiar e os padrões de vida.

O AVC condiciona a capacidade de realização das AVD e quando as exigências de autocuidado são superiores à capacidade do indivíduo para o mesmo, surge o déficit de autocuidado. Nesta perspectiva o enfermeiro de reabilitação para minimizar os efeitos desse déficit, utiliza os cinco métodos de ajuda propostos por Orem: agir ou fazer pela pessoa, guiar e orientar, ensinar, proporcionar apoio físico e psicológico e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento da pessoa. Um dos aspectos fundamentais da atuação do enfermeiro de reabilitação, prende-se com a utilização de técnicas específicas da prestação de cuidados de enfermagem diferenciados, que promovem nas pessoas o desenvolvimento de capacidades para o autocuidado, visando prevenir ou minimizar as complicações decorrentes da patologia (Ricardo, 2012).

As alterações decorrentes desta patologia resultam em sequelas que frequentemente comprometem a autoestima e a autoimagem, bem como, a sua interação com a família e a sociedade. Nesta perspectiva o enfermeiro de reabilitação na sua abordagem educacional para a saúde, promove estratégias que têm como objetivo evidenciar atitudes de autoestima e de autoeficácia na gestão do desenvolvimento de mecanismos de controlo e entendimento do ciclo da doença e as suas implicações (Sequeira, 2009).

Para Orem, a meta dos cuidados de enfermagem é ajudar as pessoas a satisfazerem as suas próprias necessidades terapêuticas de autocuidado. A sua teoria tem como premissa básica a crença de que o ser humano tem habilidades para promover o cuidado de si mesmo, podendo beneficiar do cuidado de enfermagem nos momentos que apresenta défices devido ao estado de saúde. Neste sentido o enfermeiro de reabilitação centra-se em três principais metas: maximizar a determinação própria, restaurar funções e otimizar as escolhas do estilo de vida da pessoa.

No decurso da sua reabilitação, a pessoa após AVC necessita de intervenções de enfermagem que serão realizadas de acordo com os sistemas básicos de enfermagem que definem o âmbito de responsabilidade, o papel geral e específico de enfermagem e da pessoa, a razão para existir a relação enfermeiro-

pessoa e os tipos de ações desempenhadas pelo enfermeiro e pela pessoa para preencher a necessidade de autocuidado (Orem, 2001).

Na maioria dos casos, a pessoa é hospitalizada com o objetivo de determinar a localização da lesão, a sua etiologia, o grau de comprometimento das funções neurológicas, realizar tratamento e prevenir sequelas. Para iniciar o processo de reabilitação na pessoa após AVC, é necessário compreender as fases de recuperação motora a que este está sujeito. Quando o indivíduo é totalmente incapaz para o autocuidado, e a intervenção de enfermagem é necessária para compensar inteiramente esse déficit, é utilizado o sistema totalmente compensatório (Orem, 2001).

Numa fase inicial de recuperação pós AVC, o enfermeiro assume este sistema devido ao elevado grau de comprometimento funcional da pessoa. As intervenções de enfermagem nesta fase consistem fundamentalmente na reabilitação motora e funcional que corresponde a um conjunto de técnicas utilizadas pela equipa de enfermagem, que visa a prevenção de contraturas das articulações e atrofias, assim como, na aquisição de competências para a realização das suas AVD. No entanto, o processo de recuperação nem sempre segue um padrão e muitas pessoas não ultrapassam a fase flácida ou a fase espástica, situações que vão interferir negativamente no seu processo de reabilitação, mantendo-se a necessidade de um sistema totalmente compensatório para realizar o autocuidado (Summers *et al.*, 2009).

Quando a pessoa realiza algumas ações de autocuidado, mas necessita do enfermeiro para compensar aquelas que não consegue executar, estamos perante o sistema parcialmente compensatório. Por vezes, a pessoa, apesar da implementação de um programa de reabilitação, mantém algumas limitações funcionais, partilhando o enfermeiro e a pessoa a responsabilidade do autocuidado. Neste sentido, o planeamento da alta hospitalar assume uma importante relevância, dado que 50% das pessoas que sobrevivem a um AVC ficam com limitações nas AVD. Assim, cabe ao enfermeiro de reabilitação capacitar não só à pessoa, mas também a família/cuidador envolvendo-os nos cuidados, certificar-se que dispõe de

todas as informações, clarificar dúvidas e apoiar na tomada de decisão (Simões & Grilo, 2012).

Quando a pessoa é capaz de executar ou pode aprender a executar medidas de autocuidado, então faz-se recurso ao sistema de apoio-educação. A educação para a saúde é um dos recursos para a transmissão dos saberes e o treino para a aquisição de habilidades. Os ensinamentos devem ser coerentes com o contexto social e cultural do cliente e sua família/cuidador, com o objetivo de prepará-los e ajudá-los a interiorizar competências com vista a melhorar a qualidade de vida e promover a independência funcional. A promoção da reintegração da pessoa e cuidadores na comunidade contribui não só para minimizar a insegurança da família/cuidador, como possibilita a prevenção de complicações, diminuição de reinternamentos e consequente rentabilização dos recursos disponíveis (Sequeira, 2009).

Segundo Foster & Bennett (2000), o processo de enfermagem é uma ação regular e contínua ou uma sucessão de ações que ocorrem e são realizadas de maneira definida. Estes autores reconhecem que o processo de enfermagem aplicado à teoria de geral de Orem é composto por três passos denominados operações do processo da prática de enfermagem: a fase de diagnóstico e prescrição, a fase de planeamento dos sistemas de enfermagem e a produção e execução dos sistemas de enfermagem. Na fase de diagnóstico e prescrição, o enfermeiro determina as necessidades de cuidados de enfermagem através da realização da colheita de dados que o ajudem a conhecer a pessoa (conhecimentos, habilidades, motivação), o exame físico, elaboração do diagnóstico de enfermagem e determinação da possível existência de défices.

A análise e interpretação destas informações permitem a realização de intervenções de enfermagem direcionadas para as necessidades da pessoa. Na fase de planeamento dos sistemas de enfermagem, elabora-se o planeamento mais adequado face às necessidades encontradas. Através do diagnóstico de enfermagem, o enfermeiro constrói estratégias para minimizar ou suprimir os défices de autocuidado identificados, através de intervenções que capacitem o cliente a tornar-se um verdadeiro agente de autocuidado. Por fim, na fase da produção e execução do sistema de enfermagem, o enfermeiro apoia a pessoa e cuidador no

autocuidado. Nesta fase são também avaliados e analisados os resultados, ou seja a sua participação, sendo que nesta análise pode verificar-se a necessidade de readaptar o sistema de cuidado de enfermagem.

Uma vez conhecido o diagnóstico, a pessoa e a sua família têm de tomar uma série de decisões que deverão ser facilitadas pela abordagem do enfermeiro, nomeadamente: compreensão da doença, examinar e maximizar a saúde e o estilo de vida, maximizar as potencialidades e limitar as debilidades, desenvolver estratégias para gerir os problemas criados pela doença, examinar as fontes internas e externas de recursos, assim como explorar o efeito da doença no próprio e nas suas relações com os outros (Almeida, 2007).

2-DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Definida a área temática e realizado o enquadramento teórico surge a necessidade de definir-se o problema geral deste projeto, bem como os problemas parcelares, sendo que estes decorrem do geral e podem surgir em forma de questões que lhe darão resposta.

2.1- Problema Geral

Através da revisão da literatura efetuada e após a definição da área temática deste projeto surgiu-me como problema geral: Promoção do autocuidado na pessoa após AVC em contexto domiciliário.

2.2- Problemas / Questões Parcelares

Para dar resposta ao problema geral, foram definidos os problemas parcelares em forma de questão:

- Qual a importância da promoção do autocuidado da pessoa com AVC no domicílio?
- Quais as necessidades de autocuidado da pessoa com AVC no domicílio?
- Quais as intervenções do EEER na promoção do autocuidado da pessoa com AVC no domicílio?
- Qual a função da família na promoção do autocuidado da pessoa com AVC no domicílio?
- Qual a importância da articulação com os apoios da comunidade para a promoção do autocuidado da pessoa com AVC no domicílio?

3-PREPARAÇÃO E PLANEAMENTO DO TRABALHO

Neste capítulo da preparação e planeamento do projeto apresentarei a fundamentação da escolha do local de estágio, onde faço referência aos locais onde decorrerá o meu ensino clínico, bem como a sua importância para atingir os objetivos a que me proponho, o planeamento das atividades que realizarei ao longo do ensino clínico, assim como, a previsão de limitações e constrangimentos e estratégias de resolução.

3.1- Fundamentação da escolha dos locais de estágio

Chegado a um entendimento acerca da área temática e realizado o enquadramento teórico surge a necessidade de definir o objetivo deste projeto. O objetivo é definido tendo por base as competências comuns do enfermeiro especialista e as específicas do EEER. Segundo a OE (2010, p.1) o EEER desenvolve competências que lhe permitem "... conceber, implementar e monitorizar planos de reabilitação, diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas."

Assim, o EEER desenvolve um conjunto de competências que o torna perito nos cuidados de reabilitação. De acordo com Benner (2005) perito é aquele que atua tendo por base uma compreensão aprofundada da situação global, contribuindo para a promoção da autonomia da pessoa, capacitando quando necessário a família/cuidador no processo do cuidar, equacionando todas as variáveis que possam emergir.

Deste modo, tendo por base as competências específicas do EEER e a problemática defini os seguintes objetivos gerais de estágio:

- Desenvolver competências de EEER na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa após AVC e família, que apresentam défice de autocuidado;

Prestar cuidados de reabilitação nas diferentes áreas de atuação, nomeadamente na área sensório-motora, respiratória e de eliminação e em todas as dimensões afetadas na pessoa, capacitando a pessoa para o autocuidado;

- Desenvolver competências na área clínica, formação, gestão e investigação.

Para que estes objetivos sejam atingidos torna-se fulcral conhecer os diferentes contextos dos locais onde irão decorrer os estágios. Assim foram realizadas entrevistas junto dos EEER e enfermeiros chefes dos locais escolhidos para o desenvolvimento do estágio, bem como observação da intervenção do EEER, no sentido de perceber se os mesmos apresentavam potencial para dar resposta aos objetivos propostos. No apêndice III estão disponíveis as entrevistas realizadas. A escolha dos locais de estágio para a aplicação deste projeto de formação teve em conta alguns aspetos fundamentais tais como: os critérios definidos pela escola; as minhas aspirações pessoais; a realidade/necessidades dos locais de estágio, bem como a disponibilidade dos mesmos para me receberem em ensino clínico. A justificação/pertinência dos locais escolhidos para alcançar os meus objetivos encontra-se explicitada no seguinte quadro:

Quadro 1: Locais de ensino clínico: justificação da escolha

Locais de Ensino Clínico	Justificação/ Pertinência da Escolha
<p>Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Marvila (UCSP). Desenvolvimento de competências na área respiratória.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tem 1 EEER que prestam cuidados gerais e como especialista a utentes com necessidade de intervenção de reabilitação; - Prevalência de 159 utentes com DPOC, com diagnóstico ativo de DPOC num total de 38102, o que corresponde a 0,4% da população inscrita; - Possibilidade de conhecer a realidade de outra unidade, na comunidade; - Disponibilidade demonstrada pelo serviço em me receber no período referido.
<p>ECCI Oeiras Oriental. Desenvolvimento de competências na área sensório motora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Serviço com 3 EEER a prestar cuidados aos utentes com necessidade de reabilitação pertencentes à unidade; - Elevada incidência de doentes do foro da neurologia vascular como AVC que necessitam de cuidados de enfermagem de reabilitação a nível respiratório, sensório-motor e eliminação;

	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa de reabilitação vai iniciar a implementação de um projeto relacionado com a reabilitação; - Igual disponibilidade demonstrada pelo serviço e EEER em me receber no período referido.
--	--

3.2- Planeamento das atividades

O planeamento é a terceira fase do projeto, no qual é elaborado um plano detalhado do mesmo. De modo a atingir as competências definidas pela OE, há necessidade de definir objetivos específicos, delinear as atividades a desenvolver, as quais implicam recursos específicos e identificar os critérios de avaliação. O planeamento das atividades deste projeto pode ser consultado em anexo no apêndice nº IV.

Todo o planeamento decorre ao longo de um período de tempo, tendo sido elaborada uma representação gráfica desse mesmo período, assim, nesta fase da planificação é elaborado o cronograma de atividades do projeto, que pode ser observado em anexo no apêndice nº II. Neste cronograma de atividades encontra-se a calendarização das atividades através da determinação das datas de início e fim dos objetivos propostos.

3.3- Previsão de limitações/constrangimentos e estratégias de resolução

Durante a elaboração deste projeto de formação como principal limitação/constrangimento detetei o facto de na realização da revisão de literatura ter encontrado alguma dificuldade em obter artigos científicos que associam a intervenção de enfermagem de reabilitação à pessoa após AVC em contexto domiciliário. Deste modo, como estratégia de resolução, optei por fazer a pesquisa separadamente na CINAHL e MEDLINE, utilizando os mesmos descritores. Apenas com a utilização de descritores como [("*Stroke*") (*Aged OR Aged, 80 and Over*)], (*Selfcare*"), (*Nurs**) e (*Home Visit*)"], foi possível encontrar artigos referentes às intervenções realizadas pela enfermagem de reabilitação em contexto domiciliário.

Como previsão de limitações e constrangimentos durante o ensino clínico posso salientar o facto de o enfermeiro chefe e EEER da UCSP de Marvila onde vou estagiar terem referido nas entrevistas que dispõem de recursos humanos escassos, sendo que existe apenas uma EEER para dar apoio a toda a população inscrita na unidade. Referem também recursos físicos e materiais deficitários. Neste contexto como estratégia de resolução para contornar estas possíveis limitações/constrangimentos saliento a capacidade de adaptação a situações novas que é indispensável para o EEER, que deverá ser capaz de prestar cuidados de qualidade em qualquer contexto, marcando a diferença, isto porque, não são só as estruturas físicas e materiais que definem a qualidade dos cuidados, a postura e intervenção do enfermeiro é muitas vezes o mais determinante.

4-CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento da prevalência do AVC associado à complexidade dos problemas sociais, económicos e culturais, trazem repercussões a nível da pessoa e sua família tais como limitações e restrições na sua participação na comunidade, sendo que estas requerem maiores cuidados no domicílio, onde a família é frequentemente sobrecarregada. Esta situação está diretamente relacionada com o EEER da comunidade que privilegia a reintegração comunitária da pessoa após AVC e sua família, promovendo o seu autocuidado, independência e qualidade de vida.

A prática de enfermagem rege-se na equidade designada para cada um, no que necessita ou pode tolerar, tendo como fim uma complementaridade, entre o cuidado prestado e as reais necessidades da pessoa/família. Assim, considero que as pessoas após AVC têm várias necessidades de cuidados de enfermagem, dependendo das alterações à sua saúde provocadas pelas diferentes lesões. Para minimizar essas alterações vão ter que encontrar formas de readaptação à sua nova condição de modo a satisfazer às suas necessidades de autocuidado. Neste contexto quando as diferentes atividades de autocuidado estão afetadas ou limitadas, a pessoa após AVC torna-se em dependente de outros para as realizar, sendo aqui que a função do EEER ganha relevo, como detentor de saberes que lhe permitem avaliar os diferentes graus de dependência e implementar estratégias de intervenção com recurso aos métodos de ajuda propostos por Orem. Estes métodos podem ir desde a substituição da pessoa (agir ou fazer pelo outro); à transmissão de conhecimentos (educar); ao ensino de estratégias (instruir) ou treino de capacidades e AVD (treinar); ao apoiar física e psicologicamente e ao proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, tornando a pessoa apta a satisfazer as suas necessidades de autocuidado.

Cuidar é a essência da enfermagem de reabilitação, e é esta característica que a torna diferente de qualquer outra profissão, sendo através do cuidar que

iremos ajudar a pessoa a readquirir a sua autonomia e independência. Para um cuidar de excelência a intervenção do EEER deve também envolver a família, dado que enquanto a pessoa não for autónoma, a família vai ajudar na realização das suas atividades de autocuidado.

A realização deste projeto de formação permitiu uma projeção de saberes e competências, que nasceu de um desejo, passou por uma intenção e demonstrar-se-á numa ação refletida, esclarecida e planeada para que venha a atingir os objetivos a que me propus concretizar no estágio. O desenvolver deste projeto foi motivante e surgiu como uma oportunidade de autoformação que implicou a aquisição, mobilização e desenvolvimento de um variado leque de conhecimentos e competências, permitindo o aprofundar de conteúdos programáticos abordados nas várias unidades curriculares do curso. Deste modo, considero que consegui aprofundar conhecimentos e desenvolver competências específicas do EEER com o intuito de atingir os objetivos a que me propus para a elaboração deste projeto de formação.

5- BIBLIOGRAFIA

ANDRADE, Luciene Miranda; COSTA, Maria de Fátima Maia; CAETANO, Joselany Áfio; SOARES, Enedina; BESERRA, Eveline Pinheiro (2009) - A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. [em linha]. Vol. 43 nº1 (março, 2009), p.37-43. ISSN 0080-6234. Acedido em 26/05/2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100005>

FOSTER, Peggy Coldwell; BENNETT, Agnes (2000) - Dorothea Orem - In: GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, ISBN: 0135135834. p. 83-101.

BENNER, Patricia (2005) – **De Iniciado a Perito**. 2ª Edição: Quarteto. ISBN: 989558-052-5. Depósito legal 228818/05.

BRADY, Marian; CLARK, Alexander; DICKSON, Sylvia; PATON, Gillian; BARBOU, Rosaline (2011) – Dysarthria following stroke – the patient's perspective on management and rehabilitation. **Clinical rehabilitation** [em linha]. Vol. 25, nº10 (março, 2011) p. 935-952. ISSN:0269-2155. Acedido em: 20/04/2013. Disponível em:<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?vid=25&sid=6a58f418-5b58-4ba2-9ba7-bf9c19771796%40sessionmgr4005&hid=4209&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=21729975>

BURTON, Christopher, GIBBON, Bernard (2005) – Expanding the role of the stroke: a pragmatic clinical trial. **Issues and innovations in nursing practice** [em linha]. Vol. 56 nº6 (março, 2005) p. 640-650. ISSN:0309-2402. Revisão a: 02-03-2012. Acedido em 20/04/2013. Disponível em:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?sid=afda7faa-3af1-4b06-b361-86a453efb3f9%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4107&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009078992>

FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – **O processo de investigação: da concepção à realidade**. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-10-X

GREEN, Theresa; HALEY, Eryka; ELIASZIW, Michael; HOYTE, Keith (2007) – Education in stroke prevention: Efficacy on an education counselling intervention to increase knowledge in stroke survivors. **Canadian Journal of Neuroscience Nursing** [em linha]. Vol. 29 nº2 (janeiro, 2007) p.13-20. ISSN:1913-7176. Revisão a 07-01-2011. Acedido em: 20/04/2013 Disponível em:<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?vid=8&sid=298358a0-bfe2-4552-999c124ab1124dbe%40sessionmgr4003&hid=4209&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009907461>

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

HOEMAN, Shirley (2011) - **Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados**. 4ª Edição.Loures:Lusociência.ISBN978-0-323-04555-1.

[http://www.cufmafra.pt/SDT/Acidente+Vascular+Cerebral+\(AVC\)/1302](http://www.cufmafra.pt/SDT/Acidente+Vascular+Cerebral+(AVC)/1302). Acedido em: 06/07/2013.

<http://ucccuidar.no.comunidades.net/index.php>. Acedido em: 06/07/2013.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/> Acedido em: 06/07/2013.

IRELAND, Sandra; MACKENZIE, Gail; GOULD, Linda; DASSINGER, Diane; KOPER, Alicja; LEBLAN, Kathryn (2010) - Nurse case management to improve risk

reduction outcomes in a stroke prevention clinic. **Canadian Journal of Neuroscience Nursing** [em linha]. Vol. 32 nº4 (dezembro, 2010) p. 7-13. Revisão a: 25-02-2011. ISSN: 1913-7176. Acedido em: 20/04/2013 Disponível em:<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?sid=368f77f2-6cef-4071-9f094a83bf80d251%40sessionmgr115&vid=1&hid=120&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010885333>

KLEINDORFER, Dawn; JUDD, Suzanne; HOWARD, Virginia; MCCLURE, Leslie; SAFFORD, Monika; CUSHMAN, Mary; RHODES, David; HOWARD, George (2011). Self-Reported Stroke Symptoms Without a Prior Diagnosis of Stroke or TIA: A Powerful New Risk Factor for Stroke. **National Institute of Health**. Vol. 42 nº12 (novembro, 2011) p.1-11. ISSN: 0039-2499. Acedido em: 14/03/2014. Disponível em: <http://europepmc.org/articles/PMC3244205>

MCBRIDE, Kelly; WHITE, Carole; SOURIAL, Rosa; MAYO, Nancy (2004). Postdischarge nursing intervention for stroke survivors and their families. **Journal of Advanced Nursing** [em linha]. Vol. 47 nº2 (julho, 2004) p. 192-200. Revisão a 02-03-2012. ISSN:0309-2402. Acedido em 20/04/2013. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?sid=9810d526-4a88-4db0-99ef-ab3917c69745%40sessionmgr110&vid=1&hid=120&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2004190563>

MELNYK, Bernadette Mazurek; FINEOUT-OVERHOLT, Ellen (2005) - Rapid critical appraisal of randomized controlled trial (RCTs): an essential skill for evidence-based practice (EBP). **Pediatric Nursing**, [em linha]. Vol.31, nº1.(jan-fev, 2005), p. 50-52. Revisão a: 07/12/2007. ISSN:0097-9805. Acedido em: 20/04/2013. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?sid=e2e1e83c-7ed6-4a46-a500-00b05663a33e%40sessionmgr110&vid=1&hid=121&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2005068829>

MENOITA, Elsa Caravela, SOUSA, Luís Mota; ALVO, Isabel Brito Pão; VIEIRA, Cristina Marques (2012) – **Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC -Contributos para um envelhecer resiliente**. Lusociência.ISBN:978-972-8930-78-3.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) – *Proposta de Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa. 29 de Maio.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa. 20 de Outubro.

OREM, Dorothea E. (2001) - **Nursing Concepts of Practice**. 6th ed. Saint Louis (GE):Mosby.ISBN0-323-00864-X

.

Petronilho, Fernando Alberto Soares (2012). **Autocuidado Conceito Central da Enfermagem**. Coimbra: Formasau. ISBN: 978-989-8269-17-1.

RICARDO, Rui Manuel Peredo (2012) - **Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o índice de Barthel nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta com intervenções de enfermagem de reabilitação**. Bragança. Dissertação de mestrado apresentada no Instituto Politécnico de Bragança.

RUIVO, Maria Alice, FERRITO, Cândida; NUNES, Lucília (2010) – Metodologia do Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Enfermagem – Revista Percursos – Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal*. Nº 15. janeiro-março 2010.

SEQUEIRA, Pedro Miguel Dias (2009) - Educação para a saúde à família do doente com AVC; Investigação em Enfermagem. **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0874-769. Nº20 (agosto, 2009), p. 15 – 25.

SILVA, Irene de Jesus; OLIVEIRA, Marília de Fátima Vieira; SILVA, Sílvio Éder Dias; POLARO, Sandra Helena Isse; RADÜNZ, Vera; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino; SANTANA, Mary Elizabeth (2009) - Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo. ISSN 0080-6234. Vol. 43 nº3 (setembro, 2009),p. 697-703.

SIMÕES, Silvia Cristina Almeida; GRILO, Eugénia Nunes (2012) - Cuidados e Cuidadores: O contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na preparação da alta do doente pós acidente vascular cerebral. **Revista de Saúde Amato Lusitano**. Castelo Branco. ISSN: 0873-5441. Vol. 31 (abril-junho), p.18-23.

SIT, Janet; YIP, Vera; KO, Stanley; GUN, Amy; LEE, Judy (2007) - A quasi-experimental study on a community-based stroke prevention programme for clients with minor stroke. **Journal Of Clinical Nursing**. [em linha]. Vol. 16 nº2, p. 272-281 (fevereiro, 2007). ISSN: 0962-1067. Revisão a 02-03-2012. Acedido em: 20/04/2013 disponível em:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?sid=da513993-71a7-4397-bd0f-6de8de6c8b50%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4209&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009505893>

SOUZA, Caroline Braga; ABREU, Rita Neuma Dantas Cavalcante; BRITIII, Eliane Magalhães; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; SILVA, Lucilane Maria Sales, VASCONCELOS, Silvânia Maria Mendes (2009) - O cuidado domiciliar de idosos acometidos por acidente vascular cerebral: cuidadores familiares. **Revista de Enfermagem UERJ**. [em linha]. Vol.17 nº1, p. 41-45. (jan.-mar., 2009).

SUMMERS, Debbie; LEONARD, Anne; WENTWORTH, Deidre; SAVER, Jeffrey; SIMPSON, Jo; SPILKER, Judith; HOCK, Nanette; MILLER, Elaine; MITCHELL, Pamela (2009) - Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary care of to acute ischemic stroke patient. **Stroke – Journal of the American Heart Association**. Dallas. ISSN: 0039-2499. Vol. 40 nº8 (maio,2009) p. 2911- 2944.

UMPHRED, Darcy Ann (2010) – **Neurological Rehabilitation**. 5ª Ed. London: Mosby Elsevier. ISBN 13: 9780323033060.

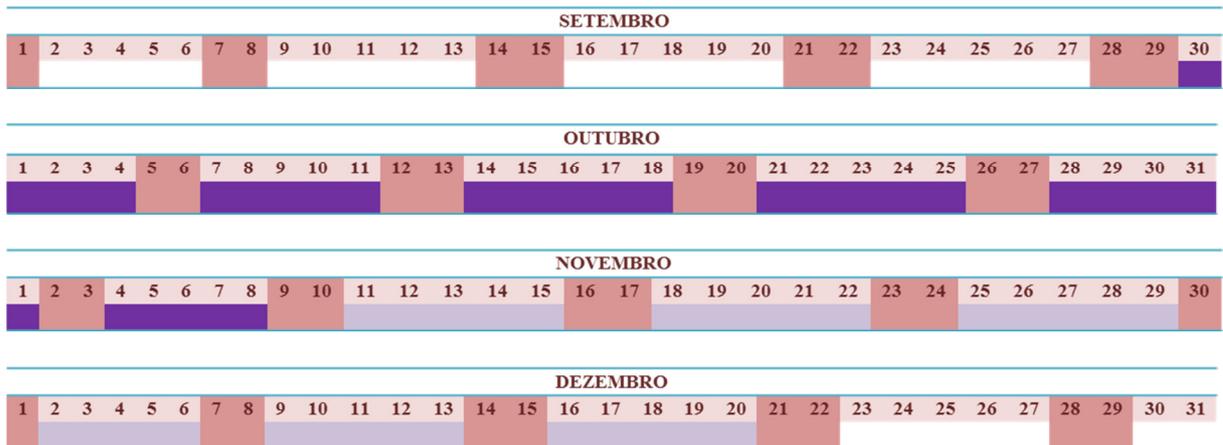
VITOR, Allyne Fortes; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; ARAUJO, Thelma Leite. (2010) - Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro. ISSN: 1414-8145. Vol.14 nº3 (julho-setembro, 2010), p. 611-616.

WORP, Bart van der; GIJN, Jan van (2007). Acute Ischemic Stroke. **The New England Journal of Medicine**. Massachusetts. Vol.357 (agosto, 2007) p.572- 579. DOI: 10.1056/NEJMcp072057.

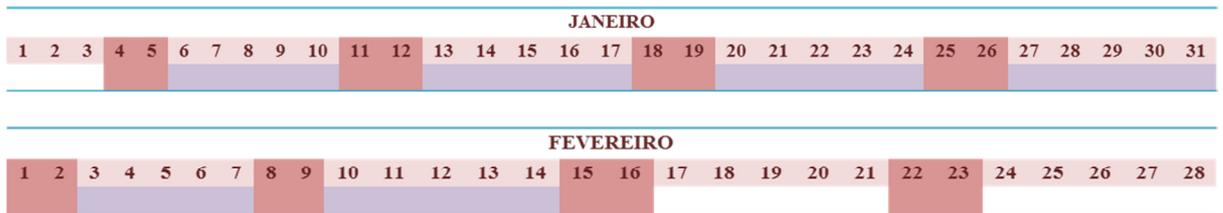
APÊNDICE II – Cronograma de estágio

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

2013



2014



■ UCSP Marvila

■ UCC Cuidar+

APÊNDICE III – Entrevistas aos enfermeiros chefes e especialistas

Local de Estágio – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Marvila

Data: 30 de Setembro de 2013 – 08 de Novembro de 2013

Vertente do Ensino-Clínico: Reabilitação Funcional Respiratória

Breve caracterização da unidade

A UCSP de Marvila encontra-se situada na Rua Dr. Estêvão de Vasconcelos, nº 56, na Freguesia de Marvila. Esta UCSP presta cuidados personalizados, garantindo a sua acessibilidade, continuidade e globalidade.

As instalações situam-se num prédio de habitação adaptado às suas funções. É constituído por 5 pisos de atendimento em diferentes áreas de intervenção em cuidados de saúde primários. Para além deste edifício, existe a extensão do Condado, onde decorrem as atividades de higiene oral. Marvila dispõem também de uma USF – USF dos Lóios, é confinada a sul pelo rio Tejo, e pelas freguesias de Alvalade, São João, Santa Maria dos Olivais, Beato e Alto Pina.

A população inscrita na unidade corresponde a 38.102 pessoas. Esta unidade é constituída por 18 médicos de saúde familiar, 1 médico pediatra, 17 enfermeiros, dos quais 4 prestam cuidados continuado. Nesta unidade exercem funções: 1 assistente social, 1 psicólogo, 11 administrativos, 2 telefonistas e 2 seguranças.

Os elementos da equipa de enfermagem desempenham as funções por programas, ou seja, 4 enfermeiros compõem a equipa de cuidados continuados, e os restantes realizam funções nos programas de saúde materna, e planeamento familiar, saúde infantil, sala de tratamentos, injetáveis, vacinação, consultas de enfermagem ao utente diabético e ao utente com risco/doença cardiovascular.

Guião de entrevista ao enfermeiro chefe – Enfermeiro Rogério Dinis

1. Caracterização do Serviço

- Como está organizado o serviço?

A USCP de Marvila está organizada por programas de saúde, em que todos os enfermeiros prestam cuidados nas diferentes áreas. Nas áreas de especialidade, o enfermeiro especialista presta os cuidados específicos da sua especialidade.

- Número médio de pessoas seguidos neste serviço?

Neste momento existem 159 pessoas com diagnóstico ativo de DPOC, sendo que nem todos requerem cuidados da enfermeira especialista. Esta presta cuidados aqueles que necessitam dos mesmos. Este mês em sala de tratamentos 4 pessoas necessitaram de cuidados de enfermagem de reabilitação na área respiratória.

- Qual é a população alvo da Unidade?

Todas as pessoas inscritos na Unidade, num total de 38.102 pessoas.

- Quais as patologias mais frequentes?

Em relação à área respiratória a DPOC é a patologia mais frequente.

2. Compreender a gestão de recursos humanos

- Número de enfermeiros, generalistas e especialistas, a exercer funções no serviço; É suficiente em termos de rácios enfermeiro/ utente?

Existem no total 17 enfermeiros, sendo 3 especialista e os restantes generalistas. Para cada enfermeiro é desejável cerca de 1750 pessoas, tendo em conta os 38.102 atuais o rácio para cada enfermeiro é cerca 2241, não sendo o nº atual de enfermeiros o suficiente.

- Número de pessoas atribuídos a cada enfermeiro. O EEER também tem pessoas atribuídas?

Os enfermeiros prestam cuidados por programas de saúde, dependendo o nº de pessoas de acordo com as consultas. O enfermeiro especialista não tem um nº específico de pessoas atribuídas.

- Organização dos horários (manhãs/ tardes) do EEER?

O enfermeiro especialista, tal como o generalista tem horário rotativo das 08:00h às 20:00h.

- Como é feita a articulação do trabalho entre os diferentes profissionais? Como é feita a articulação com o trabalho do EEER?

Todos os enfermeiros encontram-se integrados nos diferentes programas de saúde, articulando-se através de reuniões sempre que necessário. Quando algum elemento da equipa multidisciplinar deteta a possível necessidade de utente de cuidados de reabilitação, articula com a enfermeira que avalia a necessidade do mesmo.

3. Compreender a gestão de cuidados

- Quais as funções do EEER?

Na USCP a enfermeira especialista presta cuidados gerais e de especialista.

- Quem define o plano de reabilitação para cada utente?

A enfermeira especialista é quem define o plano de reabilitação.

- É possível dar continuidade aos planos iniciados em internamento hospitalar? Como é feita a continuidade de cuidados após a alta? Existe articulação com o hospital?

Infelizmente a articulação com o hospital é inexistente.

- Existem projetos no serviço relacionados com a reabilitação?

Neste momento não existem projetos na área de reabilitação.

4. Compreender a gestão de recursos materiais

- Em termos de equipamento o serviço está dotado de todo o material considerado necessário para a prestação de cuidados específicos do EEER?

A unidade infelizmente não tem todo o equipamento necessário para a prestação de cuidados especializados de reabilitação.

- Se não, que material está em falta?

Seria desejável e importante possuir espirómetros e faixas elásticas.

Guião de entrevista ao enfermeiro especialista em enfermagem reabilitação

Enfermeira Fátima Mendanha

1. Gestão de Cuidados

- Qual o papel do EEER neste serviço? Quais os cuidados específicos de EEER?

No serviço presto cuidados gerais e de especialista de enfermagem, sendo os cuidados específicos tanto na área respiratória como sensório-motora.

- Como é feita a organização do trabalho durante um turno?

Temos horários rotativos das 08:00h às 20:00h nos diferentes programas de saúde.

- A população apresenta alguma patologia respiratória predominante? Se sim, qual?

A patologia mais predominante é a DPOC, neste momento existem 159 pessoas com diagnóstico ativo, sendo a predominância do sexo masculino com 102 pessoas e feminino com 57 pessoas.

- Quais as maiores necessidades de ensino que os pessoas apresentam?

Em relação à área respiratória as necessidades são essencialmente na prevenção e correção das alterações do esqueleto e músculos, ensino de técnicas que ajudem a melhorar a permeabilidade das vias aéreas, a prevenção e correção de defeitos ventilatórios e melhoria da performance dos músculos respiratórios.

- Qual o nº de pessoas com patologia respiratória com apoio de enfermagem de reabilitação?

Como de momento não estou exclusivamente na prestação de cuidados de reabilitação, não tenho um nº exato de pessoas, presto cuidado sempre que seja necessário.

- Como é feita a avaliação das pessoas com patologia respiratória? Utilizam algum modelo de enfermagem? Utilizam alguma escala de avaliação?

A avaliação das pessoas é efetuada com recurso aos instrumentos de avaliação adequados à sua situação como por exemplo a escala de Borg para avaliação da dispneia/cansaço. O autocuidado é sempre tido em conta, havendo deste modo referência ao modelo de Orem.

- Como elabora o EEER o plano de cuidados das pessoas com patologia respiratória?

Para realizar um plano de cuidados é necessário realizar uma colheita de dados junto da pessoa e efetuar uma avaliação objetiva e subjetiva, para além deste aspeto é necessário avaliar a pessoa com recurso aos instrumentos de avaliação adequados à sua situação. A recolha de dados clínicos do processo do utente e exames complementares de diagnóstico é importante para identificar as necessidades de intervenção.

A avaliação de possíveis alterações da funcionalidade ou limitações também é importante. Posteriormente identificam-se as necessidades da pessoa e também da família, para a reeducação da sua função respiratória.

- Como o EEER estuda e adapta o meio na preparação para o regresso a casa do utente com patologia respiratória? Existem recursos para a adaptação?

Infelizmente os recursos de adaptação são escassos e a articulação com hospital com a nossa unidade é nula, na maioria das vezes nem temos o conhecimento do regresso a casa destas pessoas.

- Como é feita a avaliação da eficácia do plano de reabilitação estabelecido?

São avaliados os resultados das intervenções e reformulados se necessário.

- Quais os apoios sociais existem na área de abrangência da unidade? Existe articulação com outros cuidados na comunidade?

A Santa Casa da Misericórdia é o principal apoio social.

- Como é efetuada a avaliação sócio familiar das pessoas? Qual a intervenção do EEER na família ou cuidadores? Que papel é atribuído à família? *(entrega de documentação de esclarecimento ao cliente e família, panfletos, folhetos etc.)*

Para além de avaliar as necessidades das pessoas, avalio também as necessidades da família, intervindo também junto dela, pois esta tem um papel fundamental na reabilitação do utente.

- Como EEER quais são as maiores dificuldades sentidas no dia-a-dia?

Neste momento a falta de enfermeiros e a dispensa de uma colega também especialista de reabilitação, fez com que não possa dedicar aos cuidados de reabilitação como desejaria, o que considero um ponto negativo na qualidade dos cuidados que estas pessoas necessitam.

- Tem projetos relacionados com a reabilitação? Quais?

Neste momento não tenho nenhum projeto de reabilitação.

2. Compreender a gestão de recursos materiais

- Em termos de equipamento o serviço está dotado de todo o material considerado necessário para a prestação de cuidados específicos do EEER?

- Se não, que material está em falta?

Não tenho todo o material que necessito, seria importante o serviço ter espirómetros de incentivo, faixas elásticas, bolas entre outros.

Local de Estágio – ECCI Oeiras Oriental

Data: 11 de Novembro de 2013 – 14 de Fevereiro de 2014

Vertente do Ensino-Clínico: Sensório - Motora

Breve caracterização da unidade

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Cuidar⁺, iniciou funções a 26 de Novembro de 2010, por homologação do Conselho Diretivo da ARSLVT, IP.

Acompanhando a reforma dos cuidados de saúde primários, a criação desta UCC têm como propósito dar resposta às necessidades de saúde da população, através da prestação de cuidados de saúde com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados das pessoas através de intervenções/atuações a nível da promoção da saúde e prevenção da doença.

Tem como objetivo 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, atuando ainda na educação para a saúde, na integração de redes sociais de apoio á família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

A UCC Cuidar⁺ possui uma articulação com outras unidades da área geográfica de Oeiras oriental, nomeadamente as UCSP de Algés, Carnaxide, Linda-a-Velha, e a Unidade de Saúde Familiar do Dafundo, prestando também cuidados aos pessoas provenientes dos cuidados de saúde diferenciados, aos referenciados pela rede de cuidados continuados integrados, assim como aos que se encontram na comunidade e que necessitam de cuidados de saúde.

A intervenção dos profissionais centra-se em áreas como: saúde escolar, cuidados continuados integrados, continuidade de cuidados, preparação para o parto, programas e projetos de intervenção comunitária e redes sociais da comunidade. (ECCI Oeiras, 2013)

Guião de entrevista à enfermeira chefe – Enfermeira Lina Pereira

1. Caracterização do Serviço

- Como está organizado o serviço?

A ECCI é constituída por um especialista de saúde materna, três especialistas de reabilitação, três especialistas de comunitária, eu como especialista de saúde infantil e três enfermeiros generalistas. Os enfermeiros generalistas prestam cuidados domiciliários e na sala de tratamentos que possuímos, os enfermeiros especialistas prestam cuidados de acordo com as suas áreas de especialidade.

- Número médio de pessoas seguidos neste serviço?

São efetuadas cerca de 250 visitas domiciliárias, sendo mais ou menos a média de pessoas mensais aos quais os enfermeiros prestam cuidados.

- Qual é a população alvo da ECCI?

Todas as pessoas inscritas na UCSP de Carnaxide e Queijas.

- Quais as patologias mais frequentes?

O AVC é a patologia mais frequente, ainda que tenhamos alguns casos de fraturas e esclerose múltipla.

2. Compreender a gestão de recursos humanos

- Número de enfermeiros, generalistas e especialistas, a exercer funções no serviço.

É suficiente em termos de rácios enfermeiro/ utente?

Neste momento temos conseguido dar resposta aos cuidados, no entanto seriam precisos mais enfermeiros para podermos responder na totalidade às necessidades dos mesmos.

- Número de clientes atribuídos a cada enfermeiro. O EEER também tem clientes atribuídos?

Todos os enfermeiros têm pessoas atribuídos consoante a sua área de especialidade, no caso da reabilitação penso que são quatro pessoas a cada um.

- Organização dos horários (manhãs/ tardes) do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Reabilitação?

Todos os enfermeiros incluindo os especialistas possuem horário rotativo das 08:00h às 20:00h, sendo também distribuídos nos turnos de sábado e domingo.

- Como é feita a articulação do trabalho entre os diferentes profissionais? Como é feita a articulação com o trabalho do EEER?

Todas as manhãs existe uma passagem de turno onde se articula o trabalho de todos os elementos de enfermagem.

3. Compreender a gestão de cuidados

- Quais as funções do EEER?

Cada especialista presta cuidados especializados de acordo com a sua área.

- Quem define o plano de reabilitação para cada utente?

O plano de cuidados é definido em equipa multidisciplinar nas reuniões quinzenais que efetuamos, nestas reuniões estão presentes a equipa médica, de enfermagem, assistente social e psicóloga.

- É possível dar continuidade aos planos iniciados em internamento hospitalar? Como é feita a continuidade de cuidados após a alta? Existe articulação com o hospital?

O hospital não articula com a nossa unidade, não sendo possível dar continuidade aos planos efetuados a nível hospitalar.

- Existem projetos no serviço relacionados com a reabilitação?

A unidade vai iniciar ainda este ano um projeto de reabilitação.

4. Compreender a gestão de recursos materiais

- Em termos de equipamento o serviço está dotado de todo o material considerado necessário para a prestação de cuidados específicos do EEER? Se não, que material está em falta?

Temos material para a prestação de cuidados de reabilitação, as nossas necessidades prendem-se essencialmente ao nível das viaturas que são poucas.

Guião de Entrevista ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Reabilitação

Enfermeira Clarisse Melo

1. Gestão de Cuidados

- Qual o papel do EEER neste serviço? Quais os cuidados específicos de EEER?

Na unidade o EEER presta cuidados especializados de acordo com a sua área de especialização, no meu caso, presto cuidados de reabilitação nas áreas sensório-motora e respiratória.

- Como é feita a organização do trabalho durante um turno?

É feita uma distribuição das pessoas pelos três enfermeiros de reabilitação durante a passagem de turno, os quais passamos a seguir.

- A população apresenta alguma patologia da área sensório-motora predominante? Se sim, qual?

O AVC é a principal patologia, embora tenhamos também casos de fraturas e esclerose múltipla.

- Quais as maiores necessidades de ensino que os pessoas apresentam?

As necessidades são essencialmente ao nível da própria patologia, potencial de recuperação e utilização de produtos de apoio.

- Qual o nº de pessoas com AVC com apoio de enfermagem de reabilitação?

Neste momento temos doze pessoas pós AVC a receber cuidados de enfermagem de reabilitação.

- Como é feita a avaliação das pessoas com AVC? Utilizam algum modelo de enfermagem? Utilizam alguma escala de avaliação neurológica?

As pessoas são avaliadas com recurso a instrumentos de avaliação adequados à sua situação como por exemplo a escala de Lower, Ashworth modificada, índice de Barthel, entre outras. Esta avaliação é feita quinzenalmente. Fazemos referência aos défices de autocuidado que a pessoa manifesta, estando por isso presente o modelo de Orem.

- Como elabora o EEER o plano de cuidados das pessoas com AVC?

Os planos de cuidados são elaborados em conjunto com a equipa multidisciplinar nas reuniões quinzenais que efetuamos, nestas reuniões estão presentes a equipa médica, a de enfermagem, assistente social e psicóloga.

- Como é feita a avaliação da eficácia do plano de reabilitação estabelecido?

São avaliados e monitorizados os resultados das nossas intervenções e, sempre que necessário, são reformuladas.

- Como o EEER estuda e adapta o meio na preparação para o regresso a casa do utente com AVC? Existem recursos para a adaptação?

São efetuadas reuniões com as famílias e identificadas as suas necessidades e dos pessoas. Temos alguns produtos de apoio para fornecer em caso de necessidade, nomeadamente, cadeiras para banho, andarilhos e cadeiras de rodas. Apoiamos igualmente em caso de identificação de barreiras arquitetónicas.

- Quais os apoios sociais existem na área de abrangência da unidade? Existe articulação com outros cuidados na comunidade?

Existem algumas IPSS e a Santa Casa da Misericórdia como apoios sociais.

- Como é efetuada a avaliação sócio familiar das pessoas? Qual a intervenção do EEER na família ou cuidadores? Que papel é atribuído à família? *(entrega de documentação de esclarecimento ao cliente e família, panfletos, folhetos etc.)*

Tal como já mencionei são efetuadas reuniões com as famílias, sendo dado bastante importância ao seu papel na recuperação das pessoas. Temos panfletos para entregar para complementar as nossas orientações.

- Como EEER quais são as maiores dificuldades sentidas no dia-a-dia?

A falta de mais viaturas constitui uma dificuldade para o nosso funcionamento.

- Tem projetos relacionados com a reabilitação? Quais?

Vamos iniciar ainda este ano um projeto na área de reabilitação.

2. Compreender a gestão de recursos materiais

- Em termos de equipamento o serviço está dotado de todo o material considerado necessário para a prestação de cuidados específicos do EEER? Se não, que material está em falta?

Temos material para a prestação de cuidados de reabilitação, na área respiratória temos falta de espirómetros, mas sem dúvida que a viatura constitui uma falha.

APÊNDICE IV – Planejamento de atividades

PLANIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES

De modo a atingir as competências definidas pela ordem dos enfermeiros, há necessidade de definir objetivos específicos, delinear as atividades a desenvolver, as quais implicam recursos específicos e identificar os critérios de avaliação.

O enfermeiro especialista é aquele que detém um conhecimento aprofundado no que concerne a um domínio específico de enfermagem. Independentemente da área de especialização, a atuação do enfermeiro especialista inclui competências em todos os contextos de prestação de cuidados, que decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2010).

Objetivos gerais do ensino clínico:

- Desenvolver competências de EEER na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa após AVC e família, que apresentam défice de autocuidado;
- Prestar cuidados de reabilitação nas diferentes áreas de atuação, nomeadamente na área sensório-motora, respiratória e de eliminação e em todas as dimensões afetadas na pessoa, capacitando a pessoa para o autocuidado;
- Desenvolver competências na área clínica, formação, gestão e investigação.

Local de ensino clínico – unidade de cuidados de saúde personalizados de Marvila

Data: 30 de Setembro de 2013 – 08 de Novembro de 2013

Vertente do Ensino-Clinico: Reabilitação Funcional Respiratória.

1 - OBJETIVO ESPECÍFICO

Integrar de forma progressiva e gradual na equipa multidisciplinar, na dinâmica organizacional e funcionamento da unidade de cuidados de saúde personalizados de Marvila.

1.1 - Domínios e competências:

A - Responsabilidade profissional ética e legal.

A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção:

A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

B - Gestão da qualidade

B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

C – Domínio da gestão dos cuidados

C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;

C1.1- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1-Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

1.2 – Atividades a desenvolver:

- Realização de uma visita a UCSP Marvila;

- Realização de reuniões informais com, enfermeira chefe, EEER, com aplicação de guiões de entrevista;

- Realização de reuniões informais com pessoas/famílias e outros elementos da equipa de enfermagem e multidisciplinar;

- Consulta de documentos do serviço: manuais/ protocolos/ normas/ instrumentos de registo;

- Observação da intervenção da EEER e a sua dinâmica na equipa multidisciplinar;

- Identificação das funções da EEER na prestação de cuidados a pessoas/famílias que estão a vivenciar processos de doença com alterações do foro respiratório, que lhes conferem grau de limitação e restrição na participação;
- Conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais existentes na unidade, que possam ser mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação;
- Identificação os procedimentos de acolhimento/colheita de dados da pessoa com patologia do foro respiratório e sua família;
- Estabelecimento de uma relação profissional com a equipa multidisciplinar;
- Estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa/família;
- Desenvolvimento do autoconhecimento para a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa/família e/ou equipa multidisciplinar;
- Reconhecimento os seus recursos e limites pessoais e profissionais;
- Observação de como se processa a tomada de decisão da equipa multidisciplinar.

1.3 – Recursos

Humanos:

Professora orientadora, enfermeira chefe, EEER, restantes enfermeiros, elementos da equipa e multidisciplinares pessoas/ famílias.

Materiais:

Documentos do serviço (manuais/ protocolos/ normas/ instrumentos de registo).

Físicos:

UCSP Marvila.

Temporais: 30 de Setembro a 11 de Outubro de 2013.

1.4 - Indicadores e critérios de avaliação

Indicadores:

- Ter efetuado pelo menos uma visita à USCP Marvila;
- Ter realizado pelo menos uma reunião informal com enfermeira chefe; EEER e restantes elementos da equipa de enfermagem e multidisciplinar;
- Ter consultado os documentos do serviço existentes: manuais/protocolos/normas/instrumentos de registo;
- Ter observado a intervenção e dinâmica da EEER no seio da equipa multidisciplinar, como elemento dinamizador;
- Ter identificado pelo menos três funções da EEER na prestação de cuidados a pessoas/famílias que estão a vivenciar processos de doença com alterações do foro respiratório, que lhes conferem grau de limitação e restrição na participação;
- Ter conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais existentes no serviço para serem mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação;
- Ter identificado pelo menos três procedimentos de acolhimento/colheita de dados da pessoa com patologia do foro respiratório e sua família;
- Ter estabelecido uma relação profissional com a equipa multidisciplinar;
- Ter estabelecido uma relação terapêutica com a pessoa/família;
- Ter identificado pelo menos dois fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa/família e/ou equipa multidisciplinar;
- Ter reconhecido os seus recursos e limites pessoais e profissionais;
- Ter colaborado nas decisões da equipa multidisciplinar.

Critérios de Avaliação:

- Reflete de que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para a integração na equipa multidisciplinar, na dinâmica, funcionamento, organização e atividades da unidade de cuidados personalizados;
- Reflete sobre as atividades e estratégias desenvolvidas e na sua importância para atingir o objetivo;
- De que modo presta cuidados de enfermagem e de reabilitação em articulação com a pessoa/família e os vários elementos da equipa multidisciplinar.

2 - OBJETIVO ESPECÍFICO

Conceber, implementar e avaliar planos de reabilitação respiratória na pessoa com patologia do foro respiratório, tendo em vista a promoção do autocuidado, restauração da função respiratória e consequente melhoria da qualidade de vida.

2.1 – Domínios e competências

A - Responsabilidade profissional, ética e legal

A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção

A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

B - Gestão da qualidade

B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

D - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D2. Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

J1.1 Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações.

J1.2 Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo a autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade.

J1.3 Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade.

J1.4 Avalia os resultados das intervenções implementadas.

J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

J2.1 Elabora e implementa plano de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

J3.1 Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório;

J3.2 Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados.

2.2- Atividades a desenvolver

- Prestação de cuidados de enfermagem na pessoa com patologia do foro respiratório e sua família baseada em conhecimentos atuais resultante da evidência científica;

- Prestação de cuidados à pessoa e família tendo por base os princípios presentes no código deontológico;

- Realização de colheita de dados junto da pessoa com patologia do foro respiratório e proceder à sua avaliação objetiva e subjetiva;

- Avaliação da pessoa com recurso aos instrumentos de avaliação adequados à sua situação (ex: Escala de Borg para avaliação da dispneia/cansaço);
- Avaliação do risco de alteração da funcionalidade, limitação da atividade e restrição da participação na pessoa com patologia do foro respiratório;
- Identificação das necessidades de autocuidado alteradas na pessoa com patologia do foro respiratório, de modo a reeducar a sua função respiratória para que possa realizar as AVD de forma independente;
- Identificação dos requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde da pessoa que podem condicionar o seu autocuidado;
- Identificação dos fatores condicionantes da pessoa, internos e externos, para o autocuidado, assim como, os facilitadores ou inibidores para a realização das AVD de forma independente no contexto de vida da pessoa;
- Avaliação dos aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e saúde/doença e ou incapacidade;
- Intervenção junto da pessoa recorrendo aos sistemas de enfermagem propostos por Orem, avaliando em qual a pessoa se situa, que pode ser num sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio/educação;
- Utilização dos modos de ação propostos por Orem para ensinar, instruir e treinar sobre técnicas a utilizar para maximizar todo o potencial da pessoa, tendo em conta os seus objetivos individuais, de modo a que esta e a sua família consigam realizar de forma independente intervenções adequadas às suas necessidades em contexto domiciliário;
- Conceção e implementação de planos de intervenção com vista a uma reeducação funcional respiratória; à satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa/família e à promoção e gestão da saúde;
- Realização de intervenções de reeducação funcional respiratória, adaptadas à pessoa com patologia respiratória, que visam: prevenção e correção das alterações do esqueleto e músculos; redução da tensão psíquica e muscular; ensino de

técnicas que visam assegurar a permeabilidade das vias aéreas (métodos de limpeza das vias aéreas/ manobras acessórias/ drenagem postural); prevenção e correção de defeitos ventilatórios e melhoria da performance dos músculos respiratórios (exercícios de reeducação funcional respiratória seletivos e/ou globais/ abdomino-diafragmáticos e costais) e reeducação no esforço;

- Utilização de estratégias de resolução de problemas respiratórios desenvolvidas em parceria com a pessoa e sua família, de modo a promover a independência e a qualidade de vida;
- Monitorização e avaliação dos resultados das intervenções implementadas;
- Reformulação das intervenções implementadas tendo em conta os resultados esperados e sempre que se justifique;
- Realização de registos de enfermagem de reabilitação pertinentes no processo clínico.

2.3 – Recursos

Humanos:

- Professora orientadora, enfermeira chefe; EEER, restantes enfermeiros e elementos da equipa multidisciplinar, enfermeiros generalistas e pessoas e suas famílias;

Materiais:

- Experiência da enfermeira orientadora e da equipa multidisciplinar;
- Matérias lecionadas nas disciplinas de reabilitação I e enfermagem avançada;
- Pesquisa bibliográfica sobre a avaliação e intervenção na pessoa com patologia do foro respiratório;
- Instrumentos de avaliação, planos de cuidados realizados e código deontológico.

Físicos:

ESEL – Pólo Ravara

UCSP Marvila

Contexto domiciliário da pessoa e sua família.

Temporais: 30 de Setembro a 08 de Novembro de 2013 (Ver Cronograma no Apêndice nº 4)

2.4 – Indicadores e critérios de avaliação:

Indicadores:

- Ter prestado cuidados tendo por base conhecimentos científicos atuais resultantes da evidência científica;
- Ter realizado pelo menos três colheitas de dados à pessoa com patologia respiratória;
- Ter avaliado pelo menos três pessoas com recurso aos instrumentos de avaliação adequados à sua situação;
- Ter avaliado o risco de alteração da funcionalidade, limitação da atividade e restrição da participação a pelo menos três pessoas com patologia do foro respiratório;
- Ter identificado as necessidades de autocuidado alteradas da pessoa com patologia do foro respiratório e sua família, de modo a reeducar a sua função respiratória, para que possa realizar as AVD de forma independente;
- Ter identificado os requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados;
- Ter identificado os fatores condicionantes, internos e externos, para o autocuidado, assim como, os facilitadores ou inibidores para a realização das AVD, de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados;

- Ter avaliado os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados;
- Ter realizado intervenções recorrendo aos sistemas de enfermagem propostos por Orem, avaliando em qual a pessoa se situa;
- Ter utilizado os modos de ação propostos por Orem para ensinar, instruir e treinar sobre técnicas a utilizar para maximizar todo o potencial da pessoa, tendo em conta os seus objetivos individuais, de modo a que esta e a sua família consigam realizar autonomamente intervenções adequadas às suas necessidades no contexto domiciliário;
- Ter concebido e implementado pelo menos três planos de intervenção com vista a uma reeducação funcional respiratória; à satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa/família; à promoção da saúde; à prevenção de lesões e à reabilitação;
- Ter realizado intervenções de reeducação funcional respiratória, adaptadas à pessoa com patologia respiratória;
- Ter realizado treino de exercício à pessoa com patologia do foro respiratório;
- Ter utilizado estratégias de resolução de problemas respiratórios desenvolvidas em parceria com a pessoa e sua família, de modo a promover a autonomia e a qualidade de vida;
- Ter monitorizado e avaliados os resultados das intervenções implementadas;
- Ter reformulado as intervenções implementadas tendo em conta os resultados esperados;
- Ter efetuado registos de enfermagem pertinentes.

Critérios de avaliação:

- De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia do foro

respiratório e sua família, que lhes conferem alterações nas suas necessidades de autocuidado, tendo em vista à promoção do seu autocuidado, restauração da função e maximização da sua capacidade funcional o mais precocemente possível;

- Reflete sobre as atividades/estratégias e na sua importância para atingir o objetivo;

- De que modo assume responsabilidades na implementação de programas de reabilitação que promovam o autocuidado e maximizem a funcionalidade, desenvolvendo todas as capacidades e potencialidades da pessoa com patologia do foro respiratório e sua família;

-De que modo desenvolve perícia na execução das intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia respiratória e sua família.

3 – OBJETIVO ESPECÍFICO

Aprofundar conhecimentos de enfermagem de reabilitação na área dos cuidados à pessoa com patologia do foro respiratório e promoção do seu autocuidado.

3.1 – Domínios e competências

D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;

D2.1- Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade;

D2.2- Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade;

D2.3- Provê liderança e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

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.

3.2– Atividades a desenvolver

- Identificação das necessidades formativas da equipa/serviço;
- Identificação das necessidades formativas pessoais;
- Utilização de tecnologias de informação e métodos de pesquisa bibliográfica adequados;
- Rentabilização de oportunidades de aprendizagem;
- Aplicação dos conhecimentos adquiridos, mobilizando-os na prestação de cuidados de enfermagem especializados, seguros e competentes à pessoa com patologia respiratória, e sua família;
- Partilha de saberes e experiências com a professora orientador e a enfermeira orientadora do ensino clínico e os vários elementos da equipa multidisciplinar do local de estágio;
- Participação em ações de formação que possam surgir acerca da temática;
- Realização de uma sessão de formação dirigida à equipa de enfermagem tendo em conta as suas necessidades formativas.

3.3– Recursos

Humanos:

- Professora orientadora do projeto, enfermeira chefe; EEER, restantes enfermeiros e elementos da equipa multidisciplinar e enfermeiros generalistas.

Materiais:

Computador com acesso à internet e às bases de dados internacionais, data show; livros, trabalhos académicos, artigos científicos, teses de mestrado e doutoramento acerca da temática.

Físicos:

- ESEL – Pólo Ravara;
- Biblioteca da ESEL;
- UCSP Marvila.

Temporais: 30 de Setembro de 2013 a 08 de Novembro de 2013.

3.4 – Indicadores e critérios de avaliação:

Indicadores

- Ter identificado necessidades formativas pessoais;
- Ter identificado as necessidades formativas da equipa/serviço;
- Ter usado tecnologias de informação e métodos de pesquisa bibliográfica adequados;
- Ter rentabilizado as oportunidades de aprendizagem;
- Ter aplicado os conhecimentos adquiridos, mobilizando-os para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, seguros e competentes à pessoa com alterações do foro respiratório e sua família;
- Ter partilhado saberes e experiências com a professora orientador e a enfermeira orientadora do ensino clínico e os vários elementos da equipa multidisciplinar do local de estágio;
- Ter participado em pelo menos uma ação de formação acerca da temática em estudo;
- Ter elaborado uma sessão de formação à equipa de enfermagem da unidade.

Critérios de avaliação:

- Reflete de que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para o aprofundar de conhecimentos de enfermagem de reabilitação na área dos cuidados à pessoa com patologia do foro respiratório e promoção do seu autocuidado;
- Reflete nas atividades/estratégias utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo;
- De que modo assume responsabilidades de autoformação e estimula a equipa multidisciplinar para a aprendizagem;
- De que modo demonstra conhecimentos teóricos em enfermagem de reabilitação na área do cuidado à pessoa com patologia do foro respiratório e sua família e promoção do seu autocuidado;
- De que modo evidencia a teoria na prática.

4 – OBJETIVO ESPECÍFICO

Elaborar o Relatório Final do Projeto de Formação.

4.1 – Domínios e competências

A- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;

B- Domínio da melhoria da qualidade;

C- Domínio da gestão dos cuidados;

D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais;

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.

4.2– Atividades a desenvolver

- Demonstração de como aplica e mobiliza na prática os conhecimentos adquiridos na teoria, evidenciando as competências desenvolvidas, fazendo uma reflexão crítica de todo o percurso;
- Fundamentação dos cuidados prestados, através dos registos dos ensinamentos efetuados e a evolução observada; descrição do grau de envolvimento e as competências adquiridas pela pessoa e sua família;
- Justificação das opções, prioridades e planeamento dos cuidados definidos;
- Elaboração do relatório de estágio no qual aborda quais as competências desenvolvidas no decorrer do ensino clínico, recorrendo a uma análise crítica do percurso realizado;
- Descrição das atividades desenvolvidas durante o ensino clínico e fazer uma análise de todo o processo de formação;
- Realização de registos/reflexões dos momentos de aprendizagem, experiências vividas, intervenções desenvolvidas e dificuldades sentidas durante o estágio;
- Identificação dos aspetos positivos/negativos e de que forma contribuíram para o meu processo de aprendizagem, bem como para a aquisição de competências na área da enfermagem de reabilitação;
- Reflexão sobre se os objetivos estabelecidos no projeto de formação foram atingidos no decorrer do estágio;
- Identificação de oportunidades de melhoria;
- Estabelecimento prioridades de melhoria;

- Seleção de estratégias de melhoria pessoal e profissional.

4.3– Recursos

Humanos:

Professora orientadora, enfermeira chefe, EEER, restantes enfermeiros e elementos da equipa multidisciplinar e pessoas e suas famílias;

Materiais:

Reflexões das experiências vivenciadas em estágio.

Físicos:

ESEL – Pólo Ravara

UCSP Marvila

ECCI Oeiras

Temporais: 30 de Setembro de 2013 a 14 de Fevereiro de 2014.

4-4 - Indicadores e critérios de avaliação:

Indicadores

-Ter demonstrado como aplica e mobiliza na prática os conhecimentos adquiridos na teoria, evidenciando as competências desenvolvidas, fazendo uma reflexão crítica de todo o percurso;

-Ter fundamentado os cuidados prestados, através dos: registos dos ensinamentos efetuados e a evolução observada; descrição do grau de envolvimento e as competências adquiridas pela pessoa e sua família;

-Ter justificado as opções, prioridades e planeamento dos cuidados definidos;

- Ter elaborado o relatório de estágio no qual aborda quais as competências desenvolvidas no decorrer do ensino clínico, recorrendo a uma análise crítica do percurso realizado;
- Ter descrito as atividades desenvolvidas durante o ensino clínico e faz uma análise de todo o processo de formação;
- Ter efetuado um registo/reflexão dos momentos de aprendizagem, experiências vividas, intervenções desenvolvidas e dificuldades sentidas durante o estágio;
- Ter identificado quais os aspetos positivos/negativos e de que forma contribuíram para o meu processo de aprendizagem, bem como para a aquisição de competências na área da enfermagem de reabilitação;
- Ter referido se os objetivos estabelecidos no projeto de formação foram atingidos no decorrer do estágio;
- Ter identificado pelo menos duas oportunidades de melhoria;
- Ter estabelecido pelo menos duas prioridades de melhoria;
- Ter selecionado pelo menos duas estratégias de melhoria pessoal e profissional.

Critérios de Avaliação:

- Reflete de que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para a elaboração do relatório de estágio;
- Reflete sobre as atividades/estratégias e na sua importância para atingir o objetivo.

Local de ensino clínico – ECCI Oeiras

Data: 11 de Novembro de 2013 – 14 de Fevereiro de 2014

Vertente do Ensino-Clínico: Sensório-Motora

5 – OBJETIVO ESPECÍFICO

Integrar de forma progressiva e gradual na equipa multidisciplinar, na dinâmica organizacional e funcionamento ECCI Oeiras.

5.1 - Domínios e competências:

A - Responsabilidade profissional ética e legal.

A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção:

A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

B - Gestão da qualidade

B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

C – Domínio da gestão dos cuidados

C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;

C1.1- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1-Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

5.2 – Atividades a desenvolver:

- Visita à ECCI Oeiras Oriental;
- Realização de reuniões informais com, enfermeira chefe, EEER, com aplicação de guiões de entrevista;
- Realização de reuniões informais com pessoas/famílias e outros elementos da equipa de enfermagem e multidisciplinar;
- Consulta de documentos do serviço: manuais/ protocolos/ normas/ instrumentos de registo;
- Observação da intervenção da EEER e a sua dinâmica na equipa multidisciplinar;
- Identificação das funções da EEER na prestação de cuidados a pessoas/famílias que estão a vivenciar processos de doença com alterações do foro sensório-motor/neurológico, que lhes conferem grau de limitação e restrição na participação;
- Conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais existentes na unidade, que possam ser mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação;
- Identificação os procedimentos de acolhimento/colheita de dados da pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico e sua família;
- Estabelecimento de uma relação profissional com a equipa multidisciplinar;
- Estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa/família;
- Desenvolvimento do autoconhecimento para a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa/família e/ou equipa multidisciplinar;
- Reconhecimento dos seus recursos e limites pessoais e profissionais;
- Observação de como se processa a tomada de decisão da equipa multidisciplinar.

5.3 – Recursos

Humanos:

Professora orientadora do projeto, enfermeira Chefe; EEER; restantes enfermeiros, pessoas/ famílias e elementos da equipa multidisciplinar.

Materiais:

Documentos do serviço (manuais/ protocolos/ normas/ instrumentos de registo).

Físicos:

ECCI Oeiras Oriental.

Temporais: 11 de Novembro a 22 Novembro de 2013 (Ver Cronograma no Apêndice nº 4).

5.4 - Indicadores e Critérios de Avaliação

Indicadores:

- Ter efetuado pelo menos uma visita à unidade ECCI;
- Ter realizado pelo menos uma reunião informal com enfermeira chefe; EEER e restantes elementos da equipa de enfermagem e multidisciplinar;
- Ter consultado os documentos do serviço existentes: manuais/protocolos/normas/ instrumentos de registo;
- Ter observado a intervenção e dinâmica da EEER no seio da equipa multidisciplinar, como elemento dinamizador;
- Ter identificado pelo menos três funções da EEER na prestação de cuidados a pessoas/famílias que estão a vivenciar processos de doença com alterações do foro sensório-motor/neurológico, que lhes conferem grau de limitação e restrição na participação;

- Ter conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais existentes no serviço para serem mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação;
- Ter identificado pelo menos três procedimentos de acolhimento/colheita de dados da pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico e sua família;
- Ter estabelecido uma relação profissional com a equipa multidisciplinar;
- Ter estabelecido uma relação terapêutica com a pessoa/família;
- Ter identificado pelo menos dois fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa/família e/ou equipa multidisciplinar;
- Ter reconhecido os seus recursos e limites pessoais e profissionais;
- Ter colaborado nas decisões da equipa multidisciplinar;

Critérios de Avaliação:

- Reflete de que modo as atividades e estratégias planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para a integração na equipa multidisciplinar, na dinâmica, funcionamento, organização e atividades da unidade de cuidados personalizados;
- Reflete sobre as atividades e estratégias desenvolvidas e na sua importância para atingir o objetivo;
- De que modo presta cuidados de enfermagem e de reabilitação em articulação com a pessoa/família e os vários elementos da equipa multidisciplinar.

6 – OBJETIVO ESPECÍFICO

Aprofundar conhecimentos de enfermagem de reabilitação na área dos cuidados à pessoa com patologia do foro sensório-motor e promoção do seu autocuidado.

6.1 – Domínios e competências

D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;

D2.1- Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade;

D2.2- Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade;

D2.3- Provê liderança e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

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.

6.2 – Atividades a desenvolver

- Identificação de necessidades formativas pessoais;
- Identificação de necessidades formativas da equipa/serviço;
- Utilização de tecnologias de informação e métodos de pesquisa bibliográfica adequados;
- Rentabilização as oportunidades de aprendizagem;
- Aplicação dos conhecimentos adquiridos, mobilizando-os na prestação de cuidados de enfermagem especializados, seguros e competentes à pessoa com patologia sensório-motor/neurológico;

- Partilha de saberes e experiências com a professora orientador e a enfermeira orientadora do ensino clínico e os vários elementos da equipa multidisciplinar do local de estágio;
- Participação em ações de formação que possam surgir acerca da temática;
- Realização de uma sessão de formação dirigida à equipa de enfermagem tendo em conta as suas necessidades formativas.

6.3 - Recursos

Humanos:

Professora orientadora do projeto, enfermeira chefe, EEER, restantes enfermeiros e elementos da equipa multidisciplinar e enfermeiros generalistas.

Materiais:

Computador com acesso à internet e às bases de dados internacionais; data show; livros; trabalhos académicos; artigos científicos; teses de mestrado e doutoramento acerca da temática;

Físicos:

ESEL – Pólo Ravana;
Biblioteca da ESEL;
ECCI Oeiras;

Temporais: 11 de Novembro de 2013 a Fevereiro de 2014.

6.4 Indicadores e critérios de avaliação:

Indicadores

- Ter identificado necessidades formativas pessoais;
- Ter identificado as necessidades formativas da equipa/serviço;

- Ter usado tecnologias de informação e métodos de pesquisa bibliográfica adequados;
- Ter rentabilizado as oportunidades de aprendizagem;
- Ter aplicado os conhecimentos adquiridos, mobilizando-os para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, seguros e competentes à pessoa com alterações do foro sensório-motor/neurológico e sua família;
- Ter partilhado saberes e experiências com a professora orientador e a enfermeira orientadora do ensino clínico e os vários elementos da equipa multidisciplinar do local de estágio;
- Ter participado em pelo menos uma ação de formação acerca da temática em estudo;
- Ter elaborado uma sessão de formação à equipa de enfermagem da ECCI Oeiras.

Crítérios de Avaliação:

- Reflete de que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para o aprofundar de conhecimentos de enfermagem de reabilitação na área dos cuidados à pessoa com patologia do foro sensório-motor/respiratório, e promoção do seu autocuidado;
- Reflete nas atividades/estratégias utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo;
- Assume responsabilidades de autoformação e estimula a equipa multidisciplinar para a aprendizagem;
- De que modo demonstra conhecimentos teóricos em enfermagem de reabilitação na área do cuidado à pessoa com patologia do sensório-motor/neurológico e sua família e promoção do seu autocuidado;
- De que modo evidencia a teoria na prática.

7- OBJETIVO ESPECÍFICO

Desenvolver competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa com patologia sensório-motora/neurológica e sua família, de acordo com os princípios éticos, deontológicos e legais.

7.1 – Domínios e competências

A- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

A1.2- Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas;

A2- Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

B- Domínio da melhoria da qualidade

B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;

B3.1- Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.

C- Domínio da gestão de cuidados

C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;

C1.1- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

7.2 - Atividades a desenvolver

- Desenvolvimento do exercício profissional de acordo com o código deontológico;

- Promoção do respeito pela privacidade, valores, costumes, crenças pessoais e religiosas da pessoa/família;
- Promoção ao direito da pessoa ao acesso à informação;
- Permissão ao respeito da pessoa à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde;
- Colaboração com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa/família;
- Participação nas reuniões de passagem de turno e na construção da tomada de decisão em equipa multidisciplinar com base em princípios éticos e deontológicos;
- Prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com necessidades de reabilitação dando enfoque ao cuidado da pessoa com sequelas de AVC;
- Envolvimento da família nos cuidados, no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas;
- Reflexão acerca das competências e práticas de enfermagem de reabilitação tendo em vista a sua constante melhoria e aperfeiçoamento.

7.3 - Recursos

Humanos:

Enfermeira chefe, EEER, restantes enfermeiros e elementos da equipa multidisciplinar; pessoa/família;

Materiais:

Código Deontológico;

Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista; Regulamento das competências específicas do EEER;

Pareceres ético-legais da ordem dos enfermeiros;

Pesquisa bibliográfica;
Reuniões de passagem de turno.

Físicos:

ECCI Oeiras

Contexto domiciliário da pessoa e sua família.

Temporais: 11 de Novembro de 2013 a 14 Fevereiro de 2014.

7.4 - Indicadores e critérios de avaliação:

- Ter desenvolvido uma prática de enfermagem, respeitando princípios éticos e deontológicos;
- Ter promovido o respeito pela privacidade, valores, costumes, crenças pessoais e religiosas da pessoa/família;
- Ter promovido o direito da pessoa ao acesso à informação;
- Ter promovido o respeito da pessoa à escolha e à autodeterminação;
- Ter colaborado com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa/família;
- Ter participado nas reuniões de passagem de turno e na construção da tomada de decisão em equipa multidisciplinar e com base em princípios éticos e deontológicos;
- Ter prestado cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa após AVC e sua família em colaboração com a EEER;
- Ter envolvido a família nos cuidados, no sentido de assegurar a satisfação de necessidades culturais e espirituais;
- Ter refletido acerca das competências e práticas de enfermagem de reabilitação tendo em vista a sua constante melhoria e aperfeiçoamento.

Critérios de Avaliação:

- Reflete de que modo as atividades e estratégias planejadas e desenvolvidas foram fundamentais para o desenvolvimento de competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa com sequelas de AVC e sua família, de acordo com princípios éticos, deontológicos e legais.
- Reflete nas atividades/estratégias utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo;
- De que modo desenvolve competências e práticas de enfermagem de reabilitação junto da pessoa com sequelas de AVC e sua família, de acordo com princípios éticos, deontológicos e legais.

8- OBJETIVO ESPECÍFICO

Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico e suas famílias promovendo a otimização e/ou reeducação das suas funções motoras, sensoriais, cognitivas, cardiorrespiratórias, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, com vista à melhoria da sua qualidade de vida e promoção do autocuidado, tendo por base os princípios éticos e legais.

B- Domínio da melhoria da qualidade

B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;

B3.1- Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo;

D - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D2. Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

J1 Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

J1.1 Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados.

J1.2 Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo a autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade.

J1.3 Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade.

J1.4 Avalia os resultados das intervenções implementadas.

.

J2.Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

J2.1 Elabora e implementa plano de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

J3.1 Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório;

J3.2 Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados.

8.2 – Atividades a desenvolver

- Demonstração de conhecimentos científicos atuais acerca de avaliação e intervenção na pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico e sua família;

- Avaliação do risco de alteração da funcionalidade, limitação da atividade e restrição da participação na pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico;

- Avaliação da pessoa com recurso aos instrumentos e escalas de avaliação (ex. Mif, NIHSS, índice de Barthel, avaliação dos pares cranianos, prova índex-nariz, escala modificada de Ashworth, escala de Lower) adequados à sua situação;
- Identificação das necessidades de autocuidado alteradas da pessoa com patologia do foro sensório-motor/ neurológico e sua família, de modo a reeducar as funções a motoras, sensoriais, cognitivas, cardiorrespiratórias, de alimentação, da eliminação e da sexualidade, para que possa realizar as AVD de forma independente;
- Identificação os requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde da pessoa que podem condicionar o seu autocuidado;
- Identificação dos fatores condicionantes da pessoa, internos e externos, para o autocuidado, assim como, os facilitadores ou inibidores para a realização das AVD de forma independente no contexto de vida da pessoa;
- Articulação com a psicóloga/assistente social do serviço para avaliar os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade;
- Intervenção recorrendo aos sistemas de enfermagem propostos por Orem, avaliando em qual a pessoa se situa, que pode ser num sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio/educação;
- Utilização dos modos de ação propostos por orem para ensinar, instruir e treinar sobre técnicas a utilizar para maximizar todo o potencial da pessoa, tendo em conta os seus objetivos individuais, de modo a que esta e a sua família consigam realizar intervenções adequadas às suas necessidades e nos diferentes contextos, internamento, domicílio e comunidade;
- Seleção e ensino sobre a utilização de produtos de apoio/dispositivos de compensação adaptados às limitações e necessidades da pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico, bem como às suas condições habitacionais e contextos de vida social e profissional, com vista à promoção da sua independência e autocuidado;

- Conceção e implementação de planos de intervenção/treino de AVD com vista a uma reeducação funcional, à satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa/família, à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à maximização da sua autonomia e qualidade de vida;
- Realização de intervenções de reabilitação motora promovendo o posicionamento anti-espástico, a estimulação sensorial, implementar programas de mobilizações e atividades terapêuticas;
- Utilização de estratégias de resolução de problemas desenvolvidas em parceria com a pessoa e sua família;
- Monitorização e avaliar os resultados das intervenções implementadas;
- Reformulação das intervenções implementadas tendo em conta os resultados esperados e sempre que se justifique;
- Elaboração de registos de enfermagem pertinentes;
- Elaboração de planos de cuidados globais/reabilitação adaptados à pessoa com patologia do foro sensório-motor/ neurológico e à sua família.

8.3 - Recursos

Humanos:

Professora orientadora, enfermeira chefe, EEER, restantes enfermeiros e elementos da equipa multidisciplinar, enfermeiros generalistas e pessoas e suas famílias;

Materiais

Experiência da enfermeira orientadora e da equipa multidisciplinar;

Matérias lecionadas nas disciplinas de reabilitação I, II e III e enfermagem avançada;

Pesquisa bibliográfica sobre a avaliação e intervenção na pessoa com patologia do foro sensório-motor e/ou respiratório;

Instrumentos de avaliação, planos de cuidados realizados e código deontológico.

Físicos:

ESEL – Pólo Ravana

ECCI Oeiras

Contexto domiciliário da pessoa e sua família

Temporais: 11 de Novembro de 2013 a 14 de Fevereiro 2014

8.4 - Indicadores e critérios de avaliação:

Indicadores

- Ter demonstrado conhecimentos científicos atuais acerca de avaliação e intervenção na pessoa com patologia do foro sensório-motor/ neurológico e sua família;
- Ter prestado cuidados baseados nos princípios vigentes no código deontológico;
- Ter avaliado o risco de alteração da funcionalidade, limitação da atividade e restrição da participação a pelo menos três pessoas com patologia do foro sensório-motor/neurológico;
- Ter avaliado pelo menos três pessoas com recurso aos instrumentos de avaliação adequados à sua situação;
- Ter identificado as necessidades de autocuidado alteradas da pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico e sua família;
- Ter identificado os requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados;
- Ter identificado os fatores condicionantes, internos e externos, para o autocuidado, assim como, os facilitadores ou inibidores para a realização das AVD, de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados;
- Ter articulado com a Psicóloga/Assistente Social na avaliação dos aspetos psicossociais, que interferem nos processos adaptativos e de transição

saúde/doença e ou incapacidade de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados;

-Ter realizado intervenções recorrendo aos sistemas de enfermagem propostos por Orem, avaliando em qual a pessoa se situa;

-Ter utilizado os modos de ação propostos por Orem para ensinar, instruir e treinar sobre técnicas a utilizar para maximizar todo o potencial da pessoa, tendo em conta os seus objetivos individuais de modo a que esta e a sua família consigam realizar autonomamente intervenções adequadas às suas necessidades e nos diferentes contextos, internamento, domicílio e comunidade;

-Ter selecionado os produtos de apoio adequados às necessidades de pelo menos três pessoas às quais tenha prestado cuidados;

- Ter concebido e implementado pelo menos três planos de intervenção/treino de AVD com vista a uma reeducação funcional, à satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa/família, à promoção da saúde e prevenção de lesões e à maximização da sua autonomia e qualidade de vida;

-Ter utilizado estratégias de resolução de problemas desenvolvidas em parceria com a pessoa e sua família, de modo a promover a autonomia e a qualidade de vida;

-Ter monitorizado e avaliados os resultados das intervenções implementadas;

-Ter reformulado as intervenções implementadas tendo em conta os resultados esperados;

- Ter efetuado registos de enfermagem pertinentes;

- Ter elaborado pelo menos três planos de cuidados globais/reabilitação adaptados à pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico e sua família.

Critérios de Avaliação:

-Reflete sobre o modo como as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com

patologia do foro sensório-motor/neurológico e sua família, que lhes conferem alterações nas suas necessidades de autocuidado, tendo em vista a promoção do seu autocuidado, restauração da função e maximização da sua capacidade funcional o mais precocemente possível;

- Reflete nas atividades/estratégias e na sua importância para atingir o objetivo;
- De que modo assume responsabilidades na implementação de programas de reabilitação que promovam o autocuidado e maximizem a funcionalidade, desenvolvendo todas as capacidades e potencialidades da pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico e sua família;
- De que modo desenvolve perícia na execução das intervenções de enfermagem de reabilitação.

9- OBJETIVO ESPECÍFICO

Otimizar conhecimentos e competências da pessoa com sequelas de AVC e sua família para o autocuidado no âmbito da reabilitação sensório-motora visando a melhoria da qualidade de vida.

9.1 – Domínios e competências

B - Gestão da qualidade

B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

D- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D2. Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

J1.1- Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades;

J1.2- Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;

J1.3- Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;

J1.4- Avalia os resultados das intervenções implementadas;

9.2 – Atividades a desenvolver

- Identificação das necessidades de conhecimento da pessoa com sequelas AVC, através de observação, entrevistas semiestruturadas ou questionários;

- Sensibilização da família/cuidador da pessoa com sequelas de AVC para a importância de adquirir conhecimentos acerca da gestão desta patologia;

- Instrução da pessoa com sequelas de AVC e sua família acerca da gestão da patologia aquando da implementação do programa de reabilitação sensório-motora, com vista a promover o autocuidado em contexto domiciliário;

- Ensino, treino e validação a utilização de produtos de apoio/dispositivos de compensação tendo em vista a maximização da independência da pessoa;

- Planeamento, elaboração de sessões de educação para a saúde à pessoa com sequelas AVC e sua família, incluindo nestes sessões temáticas como:

- Prevenção de quedas;

- Marcha;

- Produtos de Apoio/dispositivos de compensação;

- Alimentação;

- Eliminação vesical e intestinal;

- Alteração da integridade cutânea;
- Técnicas de comunicação.
- Avaliação dos conhecimentos adquiridos pela pessoa com sequelas de AVC e sua família através das sessões implementadas;

9.3 - Recursos

Humanos:

Professora orientadora, EERR, restantes enfermeiros e elementos da equipa multidisciplinar; pessoas e suas famílias.

Materiais:

Experiência da enfermeira orientadora e da equipa multidisciplinar;
Matérias lecionadas nas disciplinas de reabilitação II; computador e data show.

Físicos:

ECCI Oeiras
Contexto domiciliário da pessoa e sua família

Temporais: 11 de Novembro de 2013 a Fevereiro de 2014

9.4 - Indicadores e critérios de avaliação:

Indicadores

- Ter identificado as necessidades de conhecimento da pessoa com sequelas AVC;
- Ter sensibilizado a família/cuidador da pessoa com sequelas AVC para a importância de adquirir conhecimentos acerca da gestão desta patologia;
- Ter instruído a pessoa com sequelas AVC e sua família acerca da gestão da patologia aquando da implementação do programa de reabilitação;
- Ter ensinado, treinado e validar a utilização de produtos de apoio;

- Ter planeado, elaborado e avaliado pelo menos uma sessões de educação para a saúde à pessoa patologia do foro sensório-motor/neurológico e sua família;
- Ter elaborado pelo menos um exemplar de material de apoio para fornecer à pessoa e família para reforçar as orientações fornecidas.

Critérios de Avaliação:

- De que modo as atividades desenvolvidas se traduzem em ganhos de conhecimento para a pessoa com sequelas AVC e sua família;
- De que modo desenvolve competências no âmbito da educação para a saúde junto da pessoa com sequelas AVC e sua família promovendo o seu autocuidado.

10 – OBJETIVO ESPECÍFICO

Capacitar a pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico e sua família para o autocuidado em contexto domiciliário, maximizando a utilização dos seus recursos pessoais, familiares e sociais.

10.1 – Domínios e competências

B- Domínio da melhoria da qualidade

B3- Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;

B3.1- Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.

C- Domínio da gestão de cuidados

C1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;

C1.1- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;

J2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;

J2.1- Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida;

J2.2- Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.

10.2 – Atividades a desenvolver

- Entrevista à pessoa/família individualmente e/ou em conjunto para identificar as suas necessidades, preocupações e receios;
- Articulação com a Assistente Social do serviço para a avaliação dos recursos pessoais, familiares e socioeconómicos existentes em cada situação específica;
- Identificação junto da pessoa/família as necessidades/barreiras arquitetónicas no domicílio, orientando para a eliminação das mesmas;
- Procura na comunidade os recursos comunitários disponíveis, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social da pessoa/família;
- Conceção e implementação programas de treino de AVD tendo em conta as barreiras arquitetónicas que possam existir/surgir, visando a adaptação da pessoa/família às mesmas, bem como às suas limitações da mobilidade;
- Avaliação e reformula os programas implementados em função dos resultados esperados e dos contextos de vidas das pessoas/famílias;
- Articulação com os recursos da comunidade da comunidade, de modo a promover a continuidade de cuidados.

10.3 - Recursos

Humanos:

Professora orientadora, enfermeira chefe, EEER, restantes e enfermeiros e elementos da equipa multidisciplinar pessoa/família e recursos da comunidade.

Materiais:

Pesquisa bibliográfica;

Experiências relatadas pela enfermeira orientadora;

Físicos:

ECCI Oeiras oriental;

Contexto domiciliário da pessoa e sua família.

Temporais: 11 de Novembro a 14 de Fevereiro 2014.

Indicadores e critérios de avaliação:

Indicadores

- Ter realizado pelo menos uma entrevista à pessoa/família individualmente e/ou em conjunto para identificar as suas necessidades, preocupações e receios;
- Ter articulado com a Assistente Social do serviço na avaliação dos recursos pessoais, familiares e socioeconómicos existentes em pelo menos uma situação;
- Ter identificado necessidades/barreiras arquitetónicas no domicílio, orientando para a eliminação das mesmas em pelo menos uma situações do cuidar;
- Ter procurado na comunidade os recursos comunitários disponíveis que promovam a mobilidade, a acessibilidade e a participação social da pessoa/família;
- Ter concebido e implementado programas de treino de AVD tendo em conta as barreiras arquitetónicas que possam existir/surgir, visando a adaptação da pessoa/família às mesmas, bem como às suas limitações da mobilidade;
- Ter avaliado e reformulados os programas implementados em função dos resultados esperados e dos contextos de vidas das pessoas/famílias;
- Ter articulado com os recursos da comunidade, de modo a promover a continuidade de cuidados;

- Ter elaborado um folheto orientador para fornecer à pessoa/família, que complemente os ensinamentos realizados.

Critérios de avaliação:

- Reflete de que modo as atividades planejadas e desenvolvidas foram fundamentais para capacitar a pessoa e sua família para o autocuidado e para a reintegração comunitária, maximizando a utilização dos recursos pessoais, familiares e sociais;
- Reflete nas atividades/estratégias e na sua importância para atingir o objetivo.

APÊNDICE V – Plano de cuidados Sra. M.M.



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade de Cuidados na Comunidade Cuidar⁺

Colheita de Dados

e

Plano de Cuidados

Elaborado por:

Mónica Filipa Silva Martins N^o 4753

Enfermeira Orientadora:

Enfermeira Clárisse Melo

Professor Orientador:

Professora Vanda Marques Pinto

Novembro, 2013 – Fevereiro, 2014

AVALIAÇÃO DA PESSOA

DATA DA AVALIAÇÃO – 15-11-2013

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Sra. M.M.

Idade: 86 anos

Género: Feminino

CONTEXTUALIZAÇÃO

A Sra. M.M. reside na freguesia de Dafundo em casa própria há 35 anos, num apartamento com saneamento básico em 1º andar, composto por três quartos, sala, cozinha e casa de banho. O apartamento fica inserido num prédio sem elevador, sendo necessário alcançar o andar após a subida de 10 degraus. Encontra-se situado a cerca de 10 minutos a pé de zonas comerciais e paragem de autocarros.

Viveu sozinha sendo independente nas AVD até 13 de setembro de 2013, quando deu entrada no serviço de urgência do Hospital Egas Moniz por AIT no contexto de parestesias e parésia do membro superior esquerdo. À entrada encontrava-se vígil, orientada na pessoa, tempo e espaço, sem afasia nem disartria, sem alteração do tônus e sem assimetria da força na avaliação segmentar. Realizou TCCE que revelou hipodensidades fronto-orbitárias bilaterais. Teve alta hospitalar a 17 de setembro de 2013, tendo regressado ao domicílio parcialmente dependente nas AVD. Tem apoio 24 horas por dia nas AVD das três filhas que alternam entre si os cuidados à utente.

A 27 de setembro foi solicitado domicílio médico por queixas de tosse produtiva, à auscultação apresentava sibilos e ferveores dispersos bilateralmente, sendo medicada com claritromicina 50mg 12/12h. Encontrava acamada desde a alta hospitalar fazendo apenas levantar para tomar as refeições. Por referir disestesias no hemisfério esquerdo e diminuição da força e sensibilidade dos membros superior e

inferior esquerdo, com diminuição do controlo e coordenação dos membros, foi referenciada para a UCC Cuidar +, para iniciar plano de reabilitação para recuperação da hemiparesia à esquerda.

Possui cadeira de rodas de onde faz a transferência da cama para se deslocar para a cozinha para tomar as refeições, possui igualmente cadeira de banho para realizar higiene. As divisões da casa permitem o rodar de uma cadeira de rodas, assim como as portas permitem a sua passagem, foram retirados objetos e mobiliário decorativo para facilitar deslocação com a cadeira.

Revela-se uma utente bastante comunicativa, afável e muito motivada para o plano de reabilitação.

História clínica atual:

Diminuição da força e sensibilidade dos membros superior e inferior esquerdo, com diminuição do controlo e coordenação dos membros.

Diagnóstico: AIT.

Hábitos Aditivos (tabaco, álcool e toxicofilia): Refere nunca ter tido hábitos tabágicos, consumindo bebidas alcoólicas apenas em épocas festivas.

Antecedentes Pessoais/Comorbilidades: HTA e hipotireoidismo.

História Familiar e Conviventes: Sem antecedentes relevantes.

Internamentos anteriores: Não apresenta.

Alergias a fármacos ou outras: Nega alergias.

Sinais Vitais: TA: 144/66 mmHg FC: 76p/m SPO2: 98% (ar ambiente)

Dor: Utilizada escala numérica da dor, tendo a utente classificado ausência de dor, (0).

Tosse: Eficaz.

Expetoração: Sem expetoração atualmente.

Terapêutica Habitual: AAS 100mg 1 comprimido ao almoço, perindopril 4mg 1 comprimido de manhã, levotiroxina 0.1mg 1 comprimido em jejum, sertalina 100mg 1 comprimido de manhã, omeprazol 20 mg 1 comprimido em jejum, colecalciferol + carbonato de cálcio 1500mg + 400U 1 comprimido por dia bromazepam 1.5mg 1 comprimido noite e paracetamol em SOS.

Estado Emocional: Comunicativa ao estímulo verbal, afável revelando boa disposição. Não foram observadas alterações psicológicas ao nível emocional como ansiedade e depressão.

Pele e Mucosas: Coradas e hidratadas. Score 16 na Escala de Braden.

Circulação: Sem sinais de insuficiência venosa periférica, pulso pedioso e tibial posterior presentes em ambos os membros inferiores. Sem edemas.

Nutrição: IMC – 27,1. Refeições variadas com restrição de sal e gorduras.

Hábitos Alimentares: Antes do AVC afirma ter feito uma alimentação à base carne e peixe associados a consumo de sal e baixo consumo de produtos hortícolas e água. Após AVC refere alimentação variada com restrição de sal e gorduras. Ingere cerca de 1l de água por dia.

Eliminação: Continência vesical e intestinal.

Sono e Repouso: Sem períodos de agitação, descanso noturno de cerca de 7 horas por noite.

Atividades de Vida Diária: Parcialmente dependente na realização nas AVD, apresentando um score de 40 (dependência parcial) no Índice de Barthel.

Risco de Queda: Score 60 na escala de Morse, que corresponde a alto risco de queda.

Exercício físico: Não realiza exercício físico.

Vacinação: PNV atualizado, efetua vacinação antigripal.

AVALIAÇÃO

EXAME NEUROLÓGICO

Estado de Consciência: Apresenta score 15 na escala de Glasgow, com abertura ocular espontânea (4), resposta verbal orientada (5) e na resposta motora, obedece a comandos (6).

Estado de Orientação: Orientada no espaço, tempo e pessoa.

Atenção: Vígil a estímulos externos, demonstra capacidade de prestar atenção às perguntas que lhe são colocadas. Em relação à concentração pediu à utente que subtraísse o nº 3 a partir do nº 20, a qual foi capaz de efetuar.

Memória:

Memória a sensorial: pediu à utente para fechar os olhos e abri-los rapidamente em pequenos intervalos de tempo e fechá-los novamente, a utente referiu uma imagem clara do que viu com os olhos abertos.

Memória imediata: a utente foi capaz de responder ao que foi questionado a apenas segundos antes.

Memória a recente: a utente foi capaz de informar o que ingeriu nesse dia o pequeno-almoço e almoço.

Memória remota: quando questionada sobre a data do seu aniversário, casamento e data de aniversário da filha, foi capaz de responder corretamente.

Linguagem: A utente é capaz de entoar a fonação e ressonância “aaaah”, “papapa” “tatata” e cacaca”, embora com uma pequena dificuldade. É capaz de nomear objetos e partes do corpo que lhe são mostradas, assim como, sabe dizer o dia da semana, o mês e ano. Responde a ordens escritas e é capaz de nomear itens de uma determinada categoria, neste caso foi pedido para enumerar nomes de animais, os quais a utente foi capaz de enumerar corretamente durante cerca de um minuto.

Negligência Hemiespacial Unilateral: Foi pedido à utente para desenhar linhas numa folha e posteriormente voltasse a desenhar sobre as linhas anteriores, novas linhas de forma a desenhar uma cruz. A utente foi capaz de realizar esta tarefa.

Pares Cranianos:

I – Olfativo – A Sra. M.M. identificou o cheiro do azeite. Após a utente fechar os olhos, ocluí cada uma das narinas alternadamente e aproximei o frasco, posteriormente, questionei a utente sobre o aroma, que identificou sem dificuldade como sendo azeite.

II – Ótico – Foi testada a acuidade visual bilateralmente, pedindo à utente para ocluir o olho direito e responder sobre quantos dedos meus observa a uma distância de cerca de 50 cm e 1 metro. Repetiu-se o procedimento para o olho esquerdo. Respondeu corretamente para ambos os olhos, excluindo-se assim, ambliopia e amaurose. Em relação ao campo de visão, foi solicitado à utente para ocluir alternadamente um dos olhos e seguir com o mesmo o meu dedo. A utente observou o meu dedo num ângulo de 40° da linha nasal para dentro e externamente a 60° em relação à linha média.

III/IV e VI – Óculomotor/Pético-Troclear/Abducente – Para avaliar este par craniano, baixei a persiana do quarto e incidi uma luz pouco brilhante do canto externo para o interno de cada olho. Ambas as pupilas reagiram da mesma maneira, apresentando deste modo, isocoria.

V – Trigémeo - Na avaliação deste par craniano pedi à utente para fechar os olhos. Utilizei uma compressa e testei a sensibilidade ao fazer passá-la pela divisão maxilar, ao que a utente verbalizou a sensação do passar da compressa. Posteriormente com a compressa toquei na pálpebra tendo a utente verbalizado novamente, a sensação do passar da compressa. Os movimentos da mastigação foram observados aquando da ingestão de um lanche a meio da tarde.

VII – Facial - A utente apresenta simetria facial, reconhecendo os sabores doce, salgado e amargo, quando colocados nos dois terços anteriores da língua.

VIII – Estato-Acústico – Para avaliar este par craniano solicitei à utente que fechasse os olhos, de seguida, oclui o ouvido direito e esquerdo alternadamente e encostei o relógio, de seguida perguntei à utente o que estava a ouvir, ao que me respondeu ser um relógio. A resposta foi a mesma. Ao colocar a utente sentado na cama, este demonstra desequilíbrio sem apoio.

IX – Glossofaríngeo – Tal como nos dois terços da língua, também no 1/3 posterior da língua a utente, reconheceu os sabores doce, salgado e amargo.

X – Vago - Este par craniano foi avaliado através do toque com uma espátula na porção posterior da língua, que provocou o reflexo do vômito na utente.

XI – Espinhal – Pedi à utente para lateralizar a cabeça contra a resistência da minha mão, que se encontrava no lado contralateral do músculo esternocleidomastóideo, avaliei 4/5 através da escala de Lower. Posteriormente solicitei para elevar os ombros contra a resistência das minhas mãos, avaliei 4/5 através da escala de Lower.

XII - Grande Hipoglosso – Em relação a este par craniano a utente demonstra movimentos de lateralidade da língua, sem desvio da úvula.

Motricidade:

Avaliada força através da escala de Lower. (Anexo – II).

Segmentos	Movimentos		
Cabeça e pescoço	Flexão	4/5	
	Extensão	4/5	
	Flexão lateral esquerdo	4/5	
	Flexão lateral direito	4/5	
	Rotação	4/5	
Membro Superior		Direito	Esquerdo
Escapulo-umeral	Flexão	4/5	3/5
	Extensão	4/5	3/5

	Adução	4/5	3/5
	Abdução	4/5	3/5
	Rotação interna	3/5	3/5
	Rotação externa	3/5	3/5
Cotovelo	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5
Antebraço	Pronação	4/5	4/5
	Supinação	4/5	4/5
Punho	Flexão palmar	4/5	4/5
	Dorsi-flexão	4/5	3/5
	Desvio radial	4/5	3/5
	Desvio cubital	4/5	3/5
	Circundação	4/5	3/5
Dedos	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5
	Adução	4/5	3/5
	Abdução	4/5	3/5
	Circundação	4/5	3/5
	Oponência do polegar	4/5	3/5
Membro Inferior		Direito	Esquerdo
Coxo-femural	Flexão	3/5	3/5
	Extensão	3/5	3/5
	Adução	3/5	3/5
	Abdução	3/5	3/5
	Rotação interna	3/5	2/5
	Rotação externa	2/5	2/5
Joelho	Flexão	3/5	2/5
	Extensão	3/5	2/5
Tíbio-társica	Flexão plantar	3/5	2/5
	Flexão dorsal	3/5	2/5
	Inversão	3/5	2/5
	Eversão	3/5	2/5

Dedos	Flexão	3/5	2/5
	Extensão	3/5	2/5
	Adução	3/5	2/5
	Abdução	3/5	2/5

Tónus Muscular

Avaliação da espasticidade através da Escala Modificada de Ashworth (Anexo III).

Segmentos	Movimentos		
Cabeça e pescoço	Flexão	0	
	Extensão	0	
	Flexão lateral esquerdo	0	
	Flexão lateral direito	0	
	Rotação	0	
Membro Superior		Direito	Esquerdo
Escapulo-umeral	Flexão	0	1
	Extensão	0	1
	Adução	0	1
	Abdução	0	1
	Rotação interna	0	1
	Rotação externa	0	1
Cotovelo	Flexão	0	1
	Extensão	0	1
Antebraço	Pronação	0	1
	Supinação	0	1
Punho	Flexão palmar	0	1
	Dorsi-flexão	0	1
	Desvio radial	0	1
	Desvio cubital	0	1
	Circundação	0	1

Dedos	Flexão	0	1
	Extensão	0	1
	Adução	0	1
	Abdução	0	1
	Circundação	0	1
	Oponência do polegar	0	1
Membro Inferior		Direito	Esquerdo
Coxo-femural	Flexão	0	1
	Extensão	0	1
	Adução	0	1
	Abdução	0	1
	Rotação interna	0	1
	Rotação externa	0	1
Joelho	Flexão	0	1
	Extensão	0	1
Tíbio-társica	Flexão plantar	0	1
	Flexão dorsal	0	1
	Inversão	0	1
	Eversão	0	1
Dedos	Flexão	0	1
	Extensão	0	1
	Adução	0	1
	Abdução	0	1

Coordenação Motora

A utente colaborou na prova índice-nariz e indicação de Barany.

Prova índice-nariz – Instruindo a utente para colocar o membro superior esquerdo em abdução, solicitei para a ponta no nariz com o dedo. Repetiu o mesmo exercício com os olhos fechados, tendo sido capaz em ambos os momentos de tocar com o dedo na ponta do nariz sem dificuldade. Com o membro superior esquerdo, tanto com olhos fechados como abertos, demonstrou dismetria.

Indicação de Barany – Revela dismetria ao apontar o dedo indicador esquerdo ao meu.

Sensibilidade

Superficial - Sensibilidade tátil

Segmento cabeça e pescoço - Tocando levemente com uma compressa ao longo da cabeça e pescoço, a utente reagia ao toque identificando o movimento.

Membro superior esquerdo e direito - Tocando levemente com uma compressa ao longo da escapulo-umeral, cotovelo, antebraço, punho e dedos, a utente reagia ao toque identificando o movimento.

Membro inferior esquerdo e direito - Tocando levemente com uma compressa ao longo da coxa femoral, joelho, tibiotársica e dedos a utente reagia ao toque identificando o movimento.

Superficial - Sensibilidade térmica

Segmento cabeça e pescoço - Tocando levemente primeiro com uma seringa com água fria e posteriormente, com uma seringa com água quente ao longo da cabeça e pescoço, a utente reagia às temperaturas identificando-as.

Membro superior esquerdo e direito - Tocando levemente primeiro com uma seringa com água fria e posteriormente, com uma seringa com água quente ao longo da escapulo-umeral, cotovelo, antebraço, punho e dedos, a utente reagia às temperaturas identificando-as.

Membro inferior esquerdo e direito - Tocando levemente primeiro com uma seringa com água fria e posteriormente, com uma seringa com água quente ao longo da coxa femoral, joelho, tibiotársica e dedos a utente reagia às temperaturas identificando-as.

Superficial - Sensibilidade dolorosa

Segmento cabeça e pescoço - Tocando levemente com a ponta de uma lapiseira ao longo da cabeça e pescoço, a utente reagia ao estímulo identificando o movimento.

Membro superior esquerdo e direito - Tocando levemente com a ponta de uma lapiseira ao longo da escapulo-umeral, cotovelo, antebraço, punho e dedos, a utente reagia ao estímulo identificando o movimento.

Membro inferior esquerdo e direito - Tocando levemente com a ponta de uma lapiseira ao longo da coxa femural, joelho, tibiotársica e dedos, a utente reagia ao estímulo nos segmentos avaliados, identificando o movimento.

Sensibilidade

Superficial - Profunda

Coloquei o polegar direito da utente entre o meu polegar e o dedo indicador e exerci pressão dos meus dedos contra o polegar da utente, esta pressão foi sentida pela utente. Repeti o mesmo processo para o polegar direito, 1º dedos do pé direito e esquerdo, tendo a utente sentido a pressão nos mesmos.

Marcha

A utente assume a posição ortostática, aquando da marcha apresenta disbasia.

Padrão Respiratório e suas características

Exame objetivo do Tórax:

Inspeção estática: Morfologia torácica normal, sem cianose, sem assimetrias do tórax, sem deformações nem alterações cutâneas.

Inspeção dinâmica: Movimentos torácicos mantidos, amplitude profunda e simetria torácica mantida, frequência respiratória de 15 ciclos respiratórios por minuto com respiração toraco abdominal, não utiliza os músculos respiratórios acessórios,

retração ou tiragem intercostal/supra esternal ausente, relação tempo inspiratório/expiratório: tempo inspiratório curto em relação ao expiratório e sem dispneia.

Palpação: Expansibilidade torácica, sem presença de tumefações e lesões cutâneas, sem presença de adenopatias (axilares, supraclaviculares e cervicais).

Percussão: Som claro pulmonar.

Hipocratismo digital: Ausente.

Auscultação Pulmonar: Murmúrio vesicular mantido bilateralmente, sem ruídos adventícios.

Avaliação Nutricional: Peso: 66Kg Altura: 1, 56 m IMC: 27.1.

Sem dispneia.

TOLERÂNCIA AO ESFORÇO

Refere desconforto aquando do levante para a cadeira de rodas, demonstrando cansaço a esforços aquando da realização das AVD. Apresenta **TA**: 180/91 mmHg **FC**: 100p/m e **FR**: 18 ciclos por minuto.

EXAMES DE DIAGNÓSTICO

TAC – CE: Hipodensidades fronto-orbitárias bilaterais.

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Gestão da doença: Utente e filhas cuidadoras demonstram conhecimentos relativos à sua situação de doença, sintomatologia e terapêutica.

Ensinos: Necessidade de ensinos relativos ao planeamento e realização das AVD e deambulação com dispositivo de auxílio de marcha.

Promoção da saúde: Reforçar a importância de uma vigilância médica regular, da adesão à terapêutica e tratamentos, vacinação e nutrição adequada.

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

No decorrer da avaliação não existiu necessidade de encaminhamento para a Psicóloga.

INTERVENÇÃO SOCIAL

No decorrer da avaliação não existiu necessidade de encaminhamento para a Assistente Social.

PLANO DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO

Avaliação dos requisitos de desvio de saúde

Apresenta como diagnóstico AIT com hemiparesia à esquerda. Necessita de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação, a fim de restabelecer e recuperar a função motora. Requer de ajuda total no autocuidado, com recurso a intervenção de enfermagem através do sistema totalmente compensatório.

Avaliação dos requisitos de desenvolvimento

A Sra. M.M. encontra-se reformada tendo apoio bastante presente da sua família, em especial das suas três filhas que demonstram vontade em colaborar no processo de recuperação da mãe, contudo demonstram alguma preocupação e até ansiedade com a qualidade de vida futura da Sra. M.M. e com as potencialidades de reabilitação da mesma. A Sra. M.M. demonstra motivação e entusiasmo no seu plano de cuidados de reabilitação, referindo estar desejosa de o iniciar.

DATA – 17 – 12 -2013

Avaliação efetuada um mês após a implementação do programa de reabilitação.

DIAGNÓSTICO

- **Padrão de mobilidade comprometido em grau moderado**, relacionado com AIT, manifestado por: diminuição da força e sensibilidade dos membros superior e inferior esquerdo, com diminuição do controlo e coordenação dos membros.

RESULTADO ESPERADO

- Prevenir complicações inerentes à imobilidade: cutâneas, músculo-esqueléticas.
- Aumentar a força muscular a mobilidade articular.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Informar a Sra. M.M. de todas as ações e procedimentos que se irão realizar, vantagens e a sua finalidade, pedindo a sua atenção;
- Proporcionar ambiente calmo;
- Explicar e incentivar a sua participação na execução das atividades de forma a promover o autocuidado;
- Promover um ambiente aquecido, calmo e tranquilo, bem como o uso de roupa larga e leve, facilitadora da realização de toda a amplitude do movimento;
- Avaliar a Força Muscular recorrendo à Escala de Lower;
- Avaliar o Tónus Muscular recorrendo à Escala modificada de Ashworth;
- Realização de mobilizações ativas de todas as articulações:
 - Cervical (flexão /extensão; Inclinação lateral; rotação);
 - Dedos da mão (flexão/extensão; adução/abdução; oponência);
 - Punho (flexão/extensão; Desvio radial/desvio cubital; circundução);
 - Antebraço (pronação/supinação);
 - Cotovelo (flexão/extensão);

Escapulo-umeral (elevação/depressão; adução/abdução; rotação interna/externa);

Dedos dos pés (flexão/extensão; adução/abdução);

Tibiotársica (dorsiflexão/flexão plantar, inversão/eversão);

Joelho (flexão/extensão);

Coxo-femural (flexão/extensão; adução/abdução; rotação interna/externa);

- Mobilizar as articulações de forma delicada, evitando o excesso de pressão ou tração na articulação escapulo-umeral, evitando a subluxação e contracturas de adução, assim como, evitar a rotação externa da articulação coxo-femural. Os calcanhares devem estar elevados relativamente ao colchão para evitar úlceras de pressão e avaliar se houve evidência de dor ou luxação;
- Posicionar respeitando as amplitudes articulares e colocando sempre as articulações em posição funcional;
- Na posição sentado posicionar a articulação tibiotársica de modo a prevenir o pé equino;
- Iniciar os exercícios de mobilizações, a fim de manter as amplitudes articulares, com a Sra. M.M. atenta e com a sua participação, de modo a que visualize e pense no movimento;
- Elaborar um programa de exercícios de mobilização, para todos os segmentos articulares, adequado à Sra. M.M. e às suas limitações. Inicialmente os exercícios são passivos em ambos os hemicorpos, posteriormente são ativos do lado não afetado e passivos e ativos assistidos do lado afetado, consoante a força de cada segmento;
- Os exercícios de mobilização devem ser realizados pelo menos 2 vezes por dia e repetidos, no mínimo 10 vezes em cada movimento (tal como preconiza a DGS),

assim como devem ser efetuados do segmento distal para o proximal, nunca descurando o hemicorpo não afetado;

- Avaliar a dor pois os exercícios de mobilização devem ser executados até ao limite da dor, da fadiga e da tolerância/reação da pessoa;
- Incentivar a Sra. M.M. a realizar exercícios no leito, nomeadamente o rolar na cama; carga no cotovelo; a automobilização dos membros superiores e a participar no seu autocuidado;
- Ensinar e estimular a realização de atividades terapêuticas como a facilitação cruzada; a carga no cotovelo e mão do lado afetado e treino do equilíbrio sentada no leito e em pé, para posteriormente se efetuar o treino de marcha;
- Realização de correção da postura corporal;
- Promover períodos de repouso após a realização dos exercícios;
- Realizar levante para cadeira de higiene e cadeirão/cadeira de rodas;
- Efetuar o levante e transferências com a pessoa a SAIR da cama pelo lado afetado e ENTRAR pelo lado menos afetado;
- Ensinar métodos de mobilização e transferências usando o membro com mais força para mover o lado afetado;
- Enfatizar o uso de ambos os lados do corpo durante as atividades de vida diária e outras, incentivando os movimentos para o lado afetado, como lavar o hemicorpo afetado e/ou colocar creme na mão afetada;
- Iniciar o treino de marcha assim que possível, utilizando os dispositivos auxiliares de marcha consoante as necessidades da Sra. M.M.;
- Proporcionar a participação das filhas da Sra. M.M. nas atividades sempre que possível;

- Encorajar a Sra. M.M e dar sempre reforço positivo, valorizando os pequenos sucessos;
- Estabelecer com a Sra. M.M. uma relação de ajuda para que este expresse os seus sentimentos, bem como, a perceção que tem sobre si mesmo referente à mobilidade;
- Envolver as filhas nos cuidados e ensinar exercícios para a estimulação do lado afetado.

AVALIAÇÃO

Sinais Vitais

TA – 145/78 mmHg

FC: 75p/m

FR: 16 ciclos/minuto

Dor: Utilizada escala numérica da dor, tendo a utente classificado ausência de dor, score 0.

Numa fase inicial a utente apresentava Índice de Barthel de score 40 a 17/12 a avaliação segundo o Índice de Barthel é de 60, apresentando significativa recuperação no seu autocuidado, ao nível da higiene pessoal, banho e deambulação. Ocorreu um significativo ganho em saúde passando a utente de uma dependência total para o grau de dependência parcial.

A 16/11/13 inicia programa de mobilizações, inicialmente passivas em ambos os membros e posteriormente ativas assistidas e resistidas. Inicia também atividades terapêuticas e treino de equilíbrio, apresentando força, sensibilidade e reflexos diminuídos a nível do hemicorpo esquerdo.

- A 10/12/13 verificam-se melhorias na diminuição da força e sensibilidade dos membros superior e inferior esquerdo e no controlo e coordenação. A articulação escapulo-umeral esquerda na flexão, extensão, abdução, adução e rotação interna e externa apresenta agora força de 4/5, assim como, no punho da mão esquerda apresenta força muscular de 4/5 na dorsi-flexão, desvio radial e cubital e circundação. Os dedos da referida mão apresentam agora força muscular de 4/5 na abdução, adução, circundação e oponência do polegar. Em relação ao membro inferior a força na coxo femural é agora avaliada de 4/5 em todos os segmentos, no entanto o joelho, tibiotársica e dedos ainda são avaliados de 3/5, contudo regista uma melhoria em relação à força demonstrada na avaliação inicial;
- A 10/12/13 verificam-se melhorias na diminuição da força do membro superior direito com força muscular de 4/5 em todos os segmentos articulares à exceção da articulação escapulo-umeral direita que na rotação interna e externa apresenta agora força de 4/5, assim como, nos dedos e punho da mão esquerda apresenta muscular de 4/5. Em relação ao membro inferior à data a utente apresenta 4/5 em todos os segmentos articulares exceto na rotação externa da coxo-femural que ainda foi avaliada de 3/5.
- Na avaliação da força muscular a utente apresenta melhoria de força a nível do membro superior esquerdo apresentando à data força de 5/5 do antebraço e cotovelo em todos os segmentos. Na fase inicial à avaliação da força muscular demonstrava 3/5 em relação à escapulo-umeral, punho e dedos, verificando-se a 17/12/13 uma melhoria significativa com avaliação muscular de 4/5 em todos os segmentos articulares. Ainda referente ao lado esquerdo, o membro inferior apresentava inicialmente força muscular avaliada de 3/5 da coxo-femural em todos os segmentos e 2/5 em relação ao joelho, tibiotársica e dedos dos pés.
- Em relação ao membro inferior direito a 15/11/13 foi avaliada força muscular sendo a mesma classificada de 3/5 em todos os segmentos articulares, exceto na rotação externa da coxo-femural avaliada de 3/5 a 10 de dezembro. A 17/12/13 é avaliada novamente força muscular na rotação externa da coxo-femural, verificando-se 4/5 na escala de Lower.

- A 13/02/2014 a utente apresenta força muscular 5/5 em todos os segmentos articulares de ambos os membros superiores e inferiores direito e esquerdo.

Na escala modificada de Ashworth, a avaliação mantém-se de 0 em todos os segmentos articulares nos membros superior e inferior direito, em relação aos membros superior e inferior esquerdo apresenta uma melhoria à data de 17/12/13 com score 0 na referida.

Numa fase inicial fazia levantar para a cadeira de rodas sendo transportada pelas filhas até à cozinha para tomar as refeições; até à casa de banho para realizar eliminação vesical, intestinal e tomar banho sentada numa cadeira adaptada e até à sala de estar para ver televisão e jogar às cartas. À data da avaliação apresenta equilíbrio sentado dinâmico e equilíbrio estático na posição de pé, estando-se atualmente a persistir no treino de marcha para que a utente possa iniciar posteriormente o treino de subir e descer escadas. Iniciou treino de marcha a 05 de dezembro com deambulação apenas no quarto com recurso ao andarilho, conseguindo a 17 de dezembro, após treino de marcha, deambular por toda a casa, incluindo deslocar-se à casa de banho, à cozinha e sala de estar com apoio do andarilho.

A 20 de janeiro de 2014 consegue deambular em todas as divisões do seu domicílio autonomamente sem andarilho e realizar a sua higiene no chuveiro sem recurso a cadeira adaptada, apenas com apoio parcial das filhas. Nesta data inicia treino de subida e descida de escadas no prédio. A 13 de fevereiro toma banho autonomamente sem ajuda parcial das filhas e consegue deslocar-se a até à rua, descendo os 10 degraus de acesso até à entrada do prédio autonomamente.

Ao longo do programa foram realizados ensinamentos às filhas e utente, relativos aos posicionamentos, ao levantar e transferência, assim como, ensinamentos no que diz respeito a barreiras arquitetónicas.

DIAGNÓSTICO

- **Risco de alteração da integridade cutânea (úlceras de pressão)** relacionado com diminuição da força e sensibilidade dos membros superior e inferior esquerdo, com diminuição do controlo e coordenação dos membros.

RESULTADO ESPERADO

- Que a Sra. M.M. não apresente alterações da integridade cutânea.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão através da Escala de Braden;
- Avaliar a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa, sempre que necessário;
- Incentivar posicionamentos frequentes, avaliando a tolerância e sensibilidade cutânea da utente;
- Explicar à Sra. M.M. e suas filhas os riscos da não alternância de decúbitos para a integridade cutânea;
- Vigiar a integridade cutânea para prevenir alterações;
- Incentivar uma hidratação e nutrição adequada para manter a hidratação da camada mais superficial da epiderme, através de nutrientes como aminoácidos, gorduras polinsaturadas, vitaminas e antioxidantes;
- Utilizar e estimular o uso de creme que mantenham a pele hidratada e com um bom grau de elasticidade;
- Alertar a utente e filhas para quando surgir uma zona de rubor, não massajar essa zona nem a pressionar, apenas deve massajar a pele circundante;
- Usar, se necessário, materiais de prevenção de úlceras de pressão, tais como colchão de gel ou de pressão alterna; almofadas de gel; proteção para os calcanhares ou cotovelos, tendo em conta o grau de risco da Sra. M.M.;
- Alertar a utente e filhas para estarem atentos ao mobiliário com vértices e de preferência protegê-los;

- Ensinar a Sra. M.M. e suas a evitar a exposição a fontes de calor ou de frio extremos;
- Reforçar todos os ensinamentos à utente e filhas, validando-os e esclarecendo dúvidas.

AValiação

A avaliação da Escala de Braden evidenciou risco de desenvolvimento de úlcera de pressão com score 16, contudo a Sra. M.M. não apresentou alterações da integridade cutânea ao longo do programa, à exceção de uma maceração a nível da região perianal que reverteu com a aplicação de creme protetor. A 13 de fevereiro não apresenta risco de úlcera de pressão, à data com score de 22.

DIAGNÓSTICO

- **Risco de queda** relacionado com diminuição da força e sensibilidade dos membros superior e inferior esquerdo, com diminuição do controlo e coordenação dos membros.

RESULTADO ESPERADO

- Que a Sra. M.M. não apresente quedas e /ou lesões decorrentes das mesmas.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Realizar a avaliação do risco de queda através da utilização da Escala de Morse;
- Consciencializar a Sra. M.M. e filhas sobre as suas limitações;
- Colocar os objetos de fácil acesso e reforçar que peça ajuda sempre que precisar;
- Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico da utente, tanto sentado como em pé;
- Efetuar ensinamentos à utente e filhas sobre as transferências: da cama para cadeira de rodas, da cadeira de rodas para a cadeira de banho e vice-versa;

- Realizar ensinios à utente e filhas acerca da correta utilização da cadeira de rodas (retirar os braços da cadeira apenas para as transferências, travar sempre a cadeira quando estiver parada e virar as rodas pequenas para a frente para não haver o risco de a cadeira virar);
- Ensinar à utente e filhas acerca da adaptação às barreiras arquitetónicas e obstáculos que possam surgir (mobiliário, tapetes, pisos escorregadios, acessos), bem como da melhor disposição da cama, mesa-de-cabeceira para estimular o lado afetado;
- Ensinar as filhas para que em casa reduzam ao máximo as mobílias e os obstáculos;
- Incentivar o uso de vestuário que não limite os movimentos e o uso de calçado com sola antiderrapante.

AVALIAÇÃO

Da avaliação na escala de Morse o risco de queda ao longo do programa teve melhorias significativas diminuindo o score do mesmo de 60 para 50, este último avaliado a 17/12/13. A 20 de janeiro mantém diminuição no risco de queda, à data com score de 26 (médio risco) e a 13 de fevereiro apresenta score de 24 (baixo risco). A utente demonstrou ao longo do programa de reabilitação um aumento da força e sensibilidade dos membros superior e inferior esquerdo, assim como um aumento no controlo e coordenação dos membros.

Durante o programa de reabilitação não ocorreram de quedas. Foram realizados ensinios sobre prevenção de riscos, tendo a utente e filhas revelado conhecimentos aquando da validação dos mesmos.

DIAGNÓSTICO

- **Compromisso do Autocuidado** relacionado com diminuição da força e sensibilidade dos membros superior e inferior esquerdo, com diminuição do

controle e coordenação dos membros, manifestado por dependência total nas AVD.

RESULTADO ESPERADO

- Que a Sra. M.M. adquira uma maior autonomia para a realização das suas AVD.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Avaliar a capacidade funcional da utente para realizar o autocuidado com recurso ao Índice de Barthel;
- Incentivar a participação da utente na realização das suas AVD durante o programa de reabilitação, promovendo ao máximo o seu autocuidado;
- Disponibilizar o tempo suficiente para a realização de cada atividade, de modo a não sentir-se pressionada;
- Promover o máximo de autonomia na realização de atividades tais como: cuidados de higiene, escovar o cabelo, lavar os dentes, vestir e despir, comer e beber, transferências da cadeira de rodas para a cadeira de banho, entre outras;
- Explicar à utente que o processo para readquirir independência é demorado de modo a não desencorajá-la;
- Demonstrar cada atividade à utente e observá-la a executá-la, através de um ensino por etapas com planeamento de modo a que aprenda uma parte da atividade antes de partir para a seguinte, sempre com o apoio e incentivo constantes da equipa de enfermagem;
- Ensinar à utente e filhas as técnicas corretas de transferência para realização dos cuidados de higiene tais como:
 - Entrar na banheira pelo lado com maior força e sair pelo lado com menos força;
 - Usar, se possível, dispositivos auxiliares como por exemplo barras de apoio lateral, chuveiro com mangueira flexível e tapete antiderrapante;

- Ensinar à utente e filhas as técnicas de vestir e despir alertando para os seguintes aspetos:
 - Colocar a roupa pela ordem em que se vai vestir, sendo que o lado afetado deve ser o primeiro a vestir e o último a despir;
 - Vestir as calças no leito, se ainda necessitar de ajuda total no levantar;
 - Usar roupa folgada com fecho anterior, se possível de velcro, de modo a facilitar esta atividade, sendo que se possível deve ser a utente a escolher a roupa e de preferência manter o mesmo vestuário que utilizava antes de modo a promover a sua autoestima;
 - Usar calçado ajustável e com solas antiderrapante.

- Informar sobre como adquirir os dispositivos auxiliares, que facilitem a realização das AVD e que estes sejam adequados às suas necessidades reais;
- Envolver sempre as filhas na realização destas atividades, reforçando que esta não deve substituir a utente na realização das mesmas.

AVALIAÇÃO

A Sra. M.M. apresentou um score de 40 na avaliação inicial do Índice de Barthel a 15/11, necessitando de ajuda total na realização das AVD. A 17 de dezembro apresenta score no Índice de Barthel de 60 conseguindo realizar autonomamente atividades relacionadas com o seu autocuidado, nomeadamente comer e beber, vestir e despir, alimentar-se. Os cuidados de higiene são atualmente realizados no WC, contudo, apesar de a utente já demonstrar equilíbrio estático e dinâmico em pé foi reforçada a importância das filhas acompanharem a utente na realização de todas as atividades relacionadas com a higiene.

Ao longo do programa de reabilitação foi sempre estimulada para realizar o seu autocuidado e para realizar atividades de modo a motivar a utente a sentir-se útil e menos dependente das filhas cuidadoras.

A 13 de fevereiro, avalia-se a aquisição de competências para realizar todas atividades do seu autocuidado de forma autónoma e independente, nomeadamente higiene corporal, lavar os dentes, vestir-se, pentear-se e calçar-se. À data avalia-se score 85, que reflete independência na realização do seu autocuidado.

Foram efetuados ensinamentos às filhas relativamente à realização das AVD, ensinando-se estratégias para contornar os défices instalados.

DIAGNÓSTICO

Alteração dos papéis familiares relacionada com a situação atual de dependência da Sra. M.M. manifestado por incapacidade para exercer o seu papel de principal suporte emocional da família.

RESULTADO ESPERADO

Que a família da Sra. M.M. consiga se reorganizar para conseguir fazer face à incapacidade da utente para exercer o seu papel de principal suporte emocional da família.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Demonstrar disponibilidade para esclarecer as dúvidas das filhas relativamente à situação de saúde, dependência e prognóstico de reabilitação da Sra. M.M., de modo compreender e responder às necessidades da família;
- Encorajar as filhas a expressarem os seus sentimentos e receios relacionados com as alterações que o AIT da utente implicará no sistema, estrutura e papéis familiares;
- Compreender junto das filhas da utente sobre qual a dinâmica, estrutura e papéis familiares;
- Identificar os mecanismos de *coping* e as expectativas das filhas face à nova situação de dependência;

- Estimular a participação/envolvimento das filhas da utente no processo de reabilitação da Sra. M.M., bem como na tomada de decisão relativa aos cuidados a prestar à Sra. M.M.;
- Encaminhar as filhas da utente para a Assistente Social em caso de necessidade de apoios;
- Orientar para aquisição de produtos de apoio que façam face às necessidades de reabilitação da Sra. M.M.

AValiação

Ao longo do programa de reabilitação as filhas da utente estiveram sempre bastante presentes e em contante contato com a equipa de enfermagem, reversando-se entre si em turnos de modo a que a utente estivesse 24 horas por dia acompanhada.

Observou-se que as estratégias de *coping* adotadas pela família estão a ser eficazes para lidarem de forma positiva com a atual situação de dependência da utente, revelando capacidade de resposta aos desafios e dificuldades diante das circunstâncias que alteraram a dinâmica familiar. A utente que sempre foi o suporte emocional de toda a família é agora o foco da atenção necessitando ela própria deste suporte. A mesma refere que sempre colocou os problemas das filhas em primeiro plano, deixando para segundo os seus, contudo as filhas tomaram consciência da necessidade de suporte emocional da mãe, assumindo elas próprias este papel. Consideram que esta vivência geradora de crise, tornou a família mais fortalecida e preparada para mudanças, reformulações, reorganizações e adaptações na sua dinâmica familiar.

As filhas da utente estão sempre envolvidas no processo de reabilitação da Sra. M.M. revelando-se as três bastante recetivas aos ensinamentos realizados pela equipa de enfermagem no decorrer do programa de reabilitação.

APÊNDICE VI – Plano de cuidados Sr. A.R.



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade de Cuidados na Comunidade Cuidar⁺

Colheita de Dados

e

Plano de Cuidados

Elaborado por:

Mónica Filipa Silva Martins N^o 4753

Enfermeira Orientadora:

Enfermeira Clarisse Melo

Professor Orientador:

Professora Vanda Marques Pinto

Novembro, 2013 – Fevereiro, 2014

AVALIAÇÃO DA PESSOA

DATA DA AVALIAÇÃO – 15-11-2013

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Sr. A.R.

Idade: 88 anos

Género: Masculino

CONTEXTUALIZAÇÃO

O Sr. A.R. reside na freguesia de Linda-a-Velha em casa própria há 28 anos, num apartamento com saneamento básico em 6º andar, composto por três quartos, sala, cozinha e casa de banho. As divisões são espaçosas sendo possível rodar uma cadeira de rodas nas mesmas, também as portas das divisões da casa permitem a passagem da cadeira. O apartamento fica inserido num prédio com elevador com acesso ao mesmo através de três degraus. Encontra-se situado a cerca de 5 minutos a pé de zonas comerciais, paragem de autocarros e centro de saúde.

Coabita com a esposa, principal cuidadora e tem dois filhos. Tem formação académica superior, tendo executado funções numa empresa do ramo do gás natural, atualmente é reformado. Apresenta-se como uma pessoa afável, comunicativa e interessada no seu processo de reabilitação. Atualmente não possui hábitos tabágicos, tendo abandonado os mesmos há 30 anos.

Vivenciou há 13 anos um AVC isquémico, tendo como sequelas do mesmo ligeira hemiparésia à esquerda. Apesar de apresentar hemiparésia à esquerda o utente era parcialmente autónomo, na realização as suas AVD.

Em junho de 2010 foi submetido a prótese total da anca devido a queda no domicílio, tendo efetuado reabilitação. Após programa de reabilitação manteve-se parcialmente autônomo na realização das AVD, efetuando marcha com apoio de andador. A 18 de outubro de 2013 sofreu nova queda no domicílio, da qual resultou uma fratura pertrocantérica do fêmur direito, tendo sido colocada prótese total da anca a 22 de outubro de 2013. Foi referenciado para a equipa de enfermagem da UCC Cuidar + com indicação para realizar deambulação com carga parcial utilizando auxiliar de marcha de acordo com tolerância e necessidade de retornar níveis de autonomia anteriores ao evento. Após alta hospitalar e antes do início do programa de reabilitação na UCC Cuidar + dá entrada no serviço de urgência do Hospital São Francisco Xavier a 10 de novembro de 2013 por quadro de agravamento súbito de hemiplegia esquerda e disartria, não sendo capaz, segundo a esposa, de esboçar qualquer movimento com os membros superior e inferior esquerdo, contudo, esta sintomatologia regrediu após uma hora. À entrada encontrava-se vígil, orientado na pessoa e espaço e parcialmente desorientado no tempo, sem alterações da oculomotricidade, sem afasia e sem assimetria da força na avaliação segmentar. Realizou TCCE que revelou discreta leucoencefalopatia isquémica crónica microangiopática, sem sinais de enfarte isquémico agudo ou grosseiras coleções hemáticas anómalas agudas.

Teve alta a 14 de novembro de 2013, apresentando-se vígil e orientado na pessoa, tempo e espaço. Executa ordens simples e mais complexas, pupilas encontram-se isocóricas e isoreativas, sem alteração da linguagem nomeando corretamente e repetindo sem erros. Mantém ligeira hemiparesia do hemicorpo à esquerda. É novamente referenciado para a unidade com indicação para realizar deambulação com carga parcial utilizando auxiliar de marcha de acordo com tolerância e necessidade de retornar níveis de autonomia anteriores, pois apesar de manter-se parcialmente dependente em todas as AVD, realiza, segundo o utente, as mesmas com maior dificuldade.

Utiliza cadeira de rodas fazendo a transferência da cama para a mesma para se deslocar para a sala de estar e cozinha. Possui cadeira de banho para realizar higiene na casa de banho e cama articulada.

História clínica atual:

Utente submetido a prótese total da anca direita em outubro de 2013, por fratura pertrocanterica do fémur direito devido a queda no domicílio. AVC isquémico menor a 10 de novembro de 2013 com ligeira hemiparesia à esquerda.

Diagnóstico: Fratura pertrocanterica do fémur direito e AVC isquémico menor com ligeira hemiparesia do hemicorpo à esquerda.

Hábitos Aditivos (tabaco, álcool e toxicofilia): Refere nunca ter tido hábitos tabágicos, consumindo bebidas alcoólicas apenas socialmente.

Antecedentes Pessoais/Comorbilidades: AVC isquémico em 2000 (tendo como sequelas ligeira hemiparésia do hemicorpo à esquerda), prótese total da anca esquerda em junho de 2010, hipertensão arterial, gastrite e incontinência urinária por cirurgia à próstata.

História Familiar e Conviventes: Sem antecedentes relevantes.

Internamentos anteriores: Internamento em 2000 por AVC isquémico, em 2009 por cirurgia à próstata, em junho de 2010 para colocação de prótese total da anca esquerda.

Alergias a fármacos ou outras: Desconhecido.

Sinais Vitais: TA: 115/57 mmHg FC: 80 p/m SPO2: 98% (ar ambiente)

Dor: Utilizada escala numérica da dor, tendo o utente classificado ausência de dor, (0).

Tosse: Eficaz.

Expetoração: Sem expetoração.

Terapêutica Habitual: Indapamida 2.5mg 1 x dia, betaserc 2 x dia, ramipril 1,25 1 x dia e tramadol em SOS.

Estado Emocional: Comunicativo ao estímulo verbal, alegre revelando boa disposição. Não foram observadas alterações psicológicas ao nível emocional como ansiedade e depressão.

Pele e Mucosas: Coradas e hidratadas. Score 16 na Escala de Braden.

Circulação: Sem sinais de insuficiência venosa periférica, sem edemas. Pulsos pedioso e tibial posterior presentes em ambos os membros inferiores.

Nutrição: IMC – 22,9. Refeições variadas com restrição de sal e gorduras.

Hábitos Alimentares: Alimentação variada com restrição de sal e gorduras e ingestão hídrica cerca de 1,5l de líquidos por dia, após AVC. Anteriormente ao AVC efetuava uma alimentação à base carne associados a consumo de sal e baixo consumo de peixe, produtos hortícolas e água.

Eliminação: Incontinência a nível da eliminação vesical devido a cirurgia da próstata. Continência intestinal.

Sono e Repouso: Sem períodos de agitação, descanso noturno de cerca de 6-7 horas por noite.

Atividades de Vida Diária: Parcialmente dependente na realização de todas as AVD, apresentando um score de 30 (dependência parcial) no Índice de Barthel.

Risco de Queda: Score 55 na escala de Morse, que corresponde a alto risco de queda.

Exercício físico: Não realiza exercício físico.

Vacinação: PNV atualizado e efetua vacinação antigripal.

AValiação

EXAME NEUROLÓGICO

Estado de Consciência: Apresenta score 15 na escala de Glasgow, com abertura ocular espontânea (4), resposta verbal orientada (5) e na resposta motora, obedece a comandos (6).

Estado de Orientação: Orientado no espaço, tempo e pessoa.

Atenção: Vígil a estímulos externos, demonstra capacidade de prestar atenção às perguntas que lhe são colocadas. Em relação à concentração pediu-se ao utente que subtraísse o nº 3 a partir do nº 20, o qual foi capaz de efetuar.

Memória:

Memória a sensorial: pediu-se ao utente para fechar os olhos e abri-los rapidamente em pequenos intervalos de tempo e fechá-los novamente, o utente referiu uma imagem clara do que viu com os olhos abertos.

Memória imediata: o utente foi capaz de responder ao que foi questionado a apenas segundos antes.

Memória a recente: o utente foi capaz de informar o que ingeriu nesse dia o pequeno-almoço.

Memória remota: quando questionado sobre a data do seu aniversário, casamento e data de aniversário da esposa, foi capaz de responder.

Linguagem: O utente é capaz de entoar a fonação e ressonância “aaaah”, “papapa” “tatata” e cacaca”, embora nas duas últimas demonstre uma pequena dificuldade. É capaz de nomear objetos e partes do corpo que lhe são mostradas, assim como, sabe dizer o dia da semana, o mês e ano. Responde a ordens escritas e é capaz de nomear itens de uma determinada categoria, neste caso foram escolhidos objetos da cozinha, o qual o utente foi capaz de enumerar corretamente durante cerca de um minuto diversos objetos.

Negligência Hemiespacial Unilateral: Foi pedido ao utente para desenhar linhas numa folha e posteriormente voltasse a desenhar sobre as linhas anteriores, novas linhas de forma a desenhar uma cruz. O utente foi capaz de realizar esta tarefa.

Pares Cranianos:

I – Olfativo – Foi solicitado ao utente para fechar os olhos, posteriormente, oclui cada uma das narinas alternadamente e aproximei um pires de café. Questionei o utente sobre qual o aroma, o qual não foi capaz de responder. Posteriormente, foi repetido o teste desta vez com o perfume que sempre utilizou, novamente o utente não foi capaz de identificar o cheiro.

II – Ótico – Foi testada a acuidade visual bilateralmente, pedindo ao utente para ocluir o olho direito e responder sobre quantos dedos meus observa a uma distância de cerca de 50 cm e 1 metro. Repetiu-se o procedimento para o olho esquerdo. Respondeu corretamente para ambos os olhos, excluindo-se assim, ambliopia e amaurose. Em relação ao campo de visão, foi solicitado ao utente para ocluir alternadamente um dos olhos e seguir com o mesmo o meu dedo. O utente observou o meu dedo num ângulo de 40º da linha nasal para dentro e externamente a 60º em relação à linha média.

III/IV e VI – Óculomotor/Pético-Troclear/Abducente – Para avaliar este par craniano, baixei a persiana do quarto e incidi uma luz pouco brilhante do canto externo para o interno de cada olho. Ambas as pupilas reagiram da mesma maneira, apresentando deste modo, isocoria.

V – Trigémeo - Na avaliação deste par craniano pedi ao utente para fechar os olhos. Utilizei uma compressa e testei a sensibilidade ao fazer passá-la pela divisão maxilar, ao que o utente verbalizou a sensação do passar da compressa. Posteriormente com a compressa toquei na pálpebra tendo o utente verbalizado novamente, a sensação do passar da compressa. Os movimentos da mastigação foram observados aquando da ingestão de um lanche a meio da manhã.

VII – Facial - O utente apresenta simetria facial, reconhecendo os sabores doce, salgado e amargo, quando colocados nos dois terços anteriores da língua.

VIII – Estado-Acústico – Para avaliar este par craniano solicitei ao utente que fechasse os olhos, de seguida, oclui o ouvido direito e encostei o relógio ao ouvido esquerdo, de seguida perguntei ao utente o que estava a ouvir, ao que ele respondeu ser um relógio. Procedeu-se à mesma manobra para o ouvido direito, ocluindo desta vez o esquerdo. A resposta foi a mesma. Ao colocar o utente sentado na cama, este demonstra um ligeiro desequilíbrio sem apoio.

IX – Glossofaríngeo – Tal como nos dois terços da língua, também no 1/3 posterior da língua o utente, reconheceu os sabores doce, salgado e amargo.

X – Vago - Este par craniano foi avaliado através do toque com uma espátula na porção posterior da língua, que provocou o reflexo do vômito no utente.

XI – Espinhal – Pedi ao utente para lateralizar a cabeça contra a resistência da minha mão, que se encontrava no lado contralateral do músculo esternocleidomastoideo, avaliei 4/5 através da escala de Lower. Posteriormente solicitei para elevar os ombros contra a resistência das minhas mãos, avaliei 4/5 através da escala de Lower.

XII - Grande Hipoglosso – Em relação a este par craniano o utente demonstra movimentos de lateralidade da língua, apresentando ligeiro desvio da úvula.

Motricidade:

Avaliada força através da escala de Lower (Anexo – II)

Segmentos	Movimentos	
Cabeça e pescoço	Flexão	4/5
	Extensão	4/5
	Flexão lateral esquerdo	4/5
	Flexão lateral direito	4/5
	Rotação	4/5

Membro Superior		Direito	Esquerdo
Escapulo-umeral	Flexão	4/5	3/5
	Extensão	4/5	3/5
	Adução	4/5	3/5
	Abdução	4/5	3/5
	Rotação interna	3/5	3/5
	Rotação externa	3/5	3/5
Cotovelo	Flexão	4/5	3/5
	Extensão	4/5	3/5
Antebraço	Pronação	4/5	4/5
	Supinação	4/5	4/5
Punho	Flexão palmar	3/5	3/5
	Dorsi-flexão	3/5	3/5
	Desvio radial	3/5	3/5
	Desvio cubital	3/5	3/5
	Circundação	3/5	3/5
Dedos	Flexão	4/5	3/5
	Extensão	4/5	3/5
	Adução	4/5	3/5
	Abdução	4/5	3/5
	Circundação	4/5	3/5
	Oponência do polegar	4/5	3/5
Membro Inferior		Direito	Esquerdo
Coxo-femural	Flexão	3/5	3/5
	Extensão	3/5	3/5
	Adução	3/5	3/5
	Abdução	3/5	3/5
	Rotação interna	2/5	2/5
	Rotação externa	2/5	2/5
Joelho	Flexão	4/5	3/5
	Extensão	4/5	3/5
Tíbio-társica	Flexão plantar	4/5	3/5

	Flexão dorsal	4/5	3/5
	Inversão	3/5	3/5
	Eversão	3/5	3/5
Dedos	Flexão	4/5	3/5
	Extensão	4/5	3/5
	Adução	4/5	3/5
	Abdução	4/5	3/5

Tónus Muscular

Avaliação da espasticidade através da Escala Modificada de Ashworth (Anexo III).

Segmentos	Movimentos		
Cabeça e pescoço	Flexão	0	
	Extensão	0	
	Flexão lateral esquerdo	0	
	Flexão lateral direito	0	
	Rotação	0	
Membro Superior		Direito	Esquerdo
Escapulo-umeral	Flexão	0	1
	Extensão	0	1
	Adução	0	1
	Abdução	0	1
	Rotação interna	0	1
	Rotação externa	0	1
Cotovelo	Flexão	0	1
	Extensão	0	1
Antebraço	Pronação	0	1

	Supinação	0	1
Punho	Flexão palmar	0	1
	Dorsi-flexão	0	1
	Desvio radial	0	1
	Desvio cubital	0	1
	Circundação	0	1
Dedos	Flexão	0	1
	Extensão	0	1
	Adução	0	1
	Abdução	0	1
	Circundação	0	1
	Oponência do polegar	0	1
Membro Inferior		Direito	Esquerdo
Coxo-femural	Flexão	0	1
	Extensão	0	1
	Adução	0	1
	Abdução	0	1
	Rotação interna	0	1
	Rotação externa	0	1
Joelho	Flexão	0	1
	Extensão	0	1
Tíbio-társica	Flexão plantar	0	1
	Flexão dorsal	0	1
	Inversão	0	1
	Eversão	0	1
Dedos	Flexão	0	1
	Extensão	0	1
	Adução	0	1
	Abdução	0	1

Coordenação Motora

O utente colaborou na prova índex-nariz e indicação de Barany.

Prova índex-nariz – Instruindo o utente para colocar o membro superior esquerdo em abdução, solicitei para a ponta no nariz com o dedo. Repetiu o mesmo exercício com os olhos fechados, tendo sido capaz em ambos os momentos de tocar com o dedo na ponta do nariz sem dificuldade. Com o membro superior esquerdo, tanto com olhos fechados como abertos, demonstrou dismetria.

Indicação de Barany – – Revela dismetria ao apontar o dedo indicador esquerdo ao meu.

Sensibilidade

Superficial - Sensibilidade tátil

Segmento cabeça e pescoço - Tocando levemente com uma compressa ao longo da cabeça e pescoço, o utente reagia ao toque identificando o movimento.

Membro superior esquerdo e direito - Tocando levemente com uma compressa ao longo da escapulo-umeral, cotovelo, antebraço, punho e dedos, o utente reagia ao toque identificando o movimento.

Membro inferior esquerdo e direito - Tocando levemente com uma compressa ao longo da coxa femoral, joelho, tibiotársica e dedos o utente reagia ao toque identificando o movimento.

Superficial - Sensibilidade térmica

Segmento cabeça e pescoço - Tocando levemente primeiro com uma seringa com água fria e posteriormente, com uma seringa com água quente ao longo da cabeça e pescoço, o utente reagia às temperaturas identificando-as.

Membro superior esquerdo e direito - Tocando levemente primeiro com uma seringa com água fria e posteriormente, com uma seringa com água quente ao longo da escapulo-umeral, cotovelo, antebraço, punho e dedos, o utente reagia às temperaturas identificando-as.

Membro inferior esquerdo e direito - Tocando levemente primeiro com uma seringa com água fria e posteriormente, com uma seringa com água quente ao longo da coxa femural, joelho, tibiotársica e dedos o utente reagia às temperaturas identificando-as.

Superficial - Sensibilidade dolorosa

Segmento cabeça e pescoço - Tocando levemente com a ponta de uma lapiseira ao longo da cabeça e pescoço, o utente reagia ao estímulo identificando o movimento.

Membro superior esquerdo e direito - Tocando levemente com a ponta de uma lapiseira ao longo da escapulo-umeral, cotovelo, antebraço, punho e dedos, o utente reagia ao estímulo identificando o movimento.

Membro inferior esquerdo e direito - Tocando levemente com a ponta de uma lapiseira ao longo da coxa femural, joelho, tibiotársica e dedos, o utente reagia ao estímulo nos segmentos avaliados, identificando o movimento.

Sensibilidade

Superficial - Profunda

Coloquei o polegar direito do utente entre o meu polegar e o dedo indicador e exerci pressão dos meus dedos contra o polegar do utente, esta pressão foi sentida pelo utente. Repeti o mesmo processo para o polegar direito, 1º dedos do pé direito e esquerdo, tendo o utente sentido a pressão nos mesmos.

Marcha

O utente assume a posição ortostática, aquando da marcha apresenta disbasia.

Padrão Respiratório e suas características

Exame objetivo do Tórax:

Inspeção estática: Morfologia torácica normal, sem cianose, sem assimetrias do tórax, sem deformações nem alterações cutâneas.

Inspeção dinâmica: Movimentos torácicos mantidos, amplitude profunda e simetria torácica mantida, frequência respiratória de 16 ciclos respiratórios por minuto com respiração toraco abdominal, não utiliza os músculos respiratórios acessórios, retração ou tiragem intercostal/supra esternal ausente, relação tempo inspiratório/expiratório: tempo inspiratório curto em relação ao expiratório e sem dispneia.

Palpação: Expansibilidade torácica, sem presença de tumefações e lesões cutâneas, sem presença de adenopatias (axilares, supraclaviculares e cervicais).

Percussão: Som claro pulmonar.

Hipocratismo digital: Ausente.

Auscultação Pulmonar: Murmúrio vesicular mantido bilateralmente, sem ruídos adventícios.

Avaliação Nutricional: Peso: 60Kg Altura: 1,62 m IMC: 22.9.

Sem dispneia.

TOLERÂNCIA AO ESFORÇO

Refere desconforto aquando do levante para a cadeira de rodas, demonstrando cansaço a esforços aquando da realização das AVD. Apresenta **TA:** 135/80 mmHg **FC:** 96p/m e **FR:** 19 ciclos por minuto.

EXAMES DE DIAGNÓSTICO

Eco doppler das artérias cervicais: placa ateromatosa totalmente calcificada com 4 mm de maior eixo na artéria carótida interna direita, sem repercussão hemodinâmica local.

Ecocardiograma Transtorácico: ventrículo esquerdo com diâmetro aumentado e válvula mitral e aórtica com alterações fibrodegenerativas.

ECG Holter 24 horas: Perturbação da condução interventricular.

Rx Tórax: Sem alterações parenquimatosas.

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Gestão da doença: Utente e esposa cuidadora demonstram conhecimentos relativos à sua situação de doença, sintomatologia e terapêutica.

Ensinos: Necessidade de ensinos relativos ao planeamento e realização das AVD e deambulação com dispositivo de auxílio de marcha.

Promoção da saúde: Reforçar a importância de uma vigilância médica regular, da adesão à terapêutica e tratamentos, vacinação e nutrição adequada.

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

No decorrer da avaliação não existiu necessidade de encaminhamento para a Psicóloga.

INTERVENÇÃO SOCIAL

No decorrer da avaliação não existiu necessidade de encaminhamento para a Assistente Social.

PLANO DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO

Avaliação dos requisitos de desvio de saúde

Apresenta como diagnóstico AVC isquémico menor com ligeira hemiparesia do hemicorpo à esquerda e fratura pertrocantérica do fémur direito. Necessita de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação, a fim de restabelecer e recuperar a função motora. Requer de ajuda parcial no autocuidado, com recurso a intervenção de enfermagem através do sistema parcialmente compensatório.

Avaliação dos requisitos de desenvolvimento

O Sr. A.R. encontra-se reformado a viver uma fase tranquila da sua vida. A sua família é muito presente, em especial a esposa que demonstra uma atitude

positiva e de reforço positivo ao Sr. A.R., demonstra alguma preocupação com a qualidade de vida do Sr. A.R. e com as possibilidades de reabilitação. Tal como a esposa, o Sr. A.R. demonstra motivação para o plano de cuidados de reabilitação, referindo querer “vencer mais uma batalha na vida.” (SIC)

DATA – 17 – 12 -2013

Avaliação efetuada um mês após a implementação do programa de reabilitação.

DIAGNÓSTICO

- **Padrão de mobilidade comprometido em grau moderado**, relacionado com AVC isquémico à direita, manifestado por: hemiparesia à esquerda.

RESULTADO ESPERADO

- Prevenir complicações inerentes à imobilidade: cutâneas, músculo-esqueléticas.
- Aumentar a força muscular a mobilidade articular.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Informar o Sr. A.R. de todas as ações e procedimentos que se irão realizar, vantagens e a sua finalidade, pedindo a sua atenção;
- Proporcionar ambiente calmo;
- Explicar e incentivar a sua participação na execução dos exercícios de forma a promover o autocuidado;
- Promover um ambiente aquecido, calmo e tranquilo, bem como o uso de roupa larga e leve, facilitadora da realização de toda a amplitude do movimento;
- Avaliar a força muscular recorrendo à escala de Lower;
- Avaliar o tónus muscular recorrendo à escala modificada de Ashworth;

- Realização de mobilizações ativas de todas as articulações:
 - Cervical (flexão /extensão; Inclinação lateral; rotação);
 - Dedos da mão (flexão/extensão; adução/abdução; oponência);
 - Punho (flexão/extensão; Desvio radial/desvio cubital; circundução);
 - Antebraço (pronação/supinação);
 - Cotovelo (flexão/extensão);
 - Escapulo-umeral (elevação/depressão; adução/abdução; rotação interna/externa);
 - Dedos dos pés (flexão/extensão; adução/abdução);
 - Tibiotársica (dorsiflexão/flexão plantar, inversão/eversão);
 - Joelho (flexão/extensão);
 - Coxo-femural (flexão/extensão; adução/abdução; rotação interna/externa);
- Mobilizar as articulações de forma delicada, evitando o excesso de pressão ou tração na articulação escapulo-umeral, evitando a subluxação e contracturas de adução, assim como, evitar a rotação externa da articulação coxo-femural. Os calcanhares devem estar elevados relativamente ao colchão para evitar úlceras de pressão e avaliar se houve evidência de dor ou luxação;
- Posicionar respeitando as amplitudes articulares e colocando sempre as articulações em posição funcional;
- Na posição sentado posicionar a articulação tibiotársica de modo a prevenir o pé equino;
- Iniciar os exercícios de mobilizações, a fim de manter as amplitudes articulares, com o Sr. A.R. atento e com a sua participação, de modo a que visualize e pense no movimento;
- Elaborar um programa de exercícios de mobilização, para todos os segmentos articulares, adequado ao Sr. A.R. e às suas limitações. Inicialmente os exercícios

são passivos em ambos os hemisférios, posteriormente são ativos do lado não afetado e passivos e ativos assistidos do lado afetado, consoante a força de cada segmento;

- Os exercícios de mobilização devem ser realizados pelo menos 2 vezes por dia e repetidos, no mínimo 10 vezes em cada movimento (tal como preconiza a DGS), assim como devem ser efetuados do segmento distal para o proximal, nunca descuidando o hemisfério não afetado e até à tolerância do utente;
- Avaliar a dor pois os exercícios de mobilização devem ser executados até ao limite da dor, da fadiga e da tolerância/reação da pessoa;
- Incentivar o Sr. A.R. a realizar exercícios no leito e na cadeira de rodas, nomeadamente o rolar na cama; carga no cotovelo; a automobilização dos membros superiores e a participar no seu autocuidado;
- Ensinar e estimular a realização de atividades terapêuticas como a facilitação cruzada; a carga no cotovelo e mão do lado afetado e treino do equilíbrio sentada no leito e em pé, para posteriormente se efetuar o treino de marcha;
- Realização de correção da postura corporal;
- Promover períodos de repouso após a realização dos exercícios;
- Realizar levante para cadeira de higiene e cadeirão/cadeira de rodas, recorrendo ao uso de mesa de trabalho, a nível do abdómen, para proporcionar apoio ao membro superior afetado;
- Efetuar o levante e transferências com a pessoa a SAIR da cama pelo lado afetado e ENTRAR pelo lado menos afetado;
- Ensinar métodos de mobilização e transferências usando o membro com mais força para mover o lado afetado;
- Enfatizar o uso de ambos os lados do corpo, incentivando os movimentos para o lado afetado, como lavar o hemisfério afetado e/ou colocar creme na mão afetada;
- Iniciar o treino de marcha assim que possível, utilizando os dispositivos auxiliares de marcha consoante as necessidades do Sr. A.R.;
- Proporcionar a participação da esposa do Sr. A.R. nas atividades sempre que possível;

- Encorajar o Sr. A.R. e dar sempre reforço positivo, valorizando os pequenos sucessos;
- Estabelecer com o Sr. A.R. uma relação de ajuda para que este expresse os seus sentimentos, bem como, a perceção que tem sobre si mesmo referente à mobilidade;
- Envolver a família nos cuidados e ensinar exercícios para a estimulação do lado afetado.

AVALIAÇÃO

Sinais Vitais

TA – 113/72 mmHg

FC: 62p/m

FR: 15 ciclos/minuto

Dor: Utilizada escala numérica da dor, tendo o utente classificado ausência de dor, score 0.

Numa fase inicial o utente apresentava Índice de Barthel de score 30 a 17/12 a avaliação segundo o Índice de Barthel é de 55, apresentando significativa recuperação no seu autocuidado, ao nível da higiene pessoal, banho e deambulação ainda que mantenha dependência parcial.

Na avaliação da força muscular o utente apresenta melhoria de força a nível dos membros superior e inferior esquerdo apresentando à data força de 4/5. Na avaliação dos membros superior e inferior esquerdo a força encontra-se mantida tal como na avaliação inicial 4/5.

- Na avaliação de 15/11/13 apresentava hemiparesia ligeira à esquerda com força muscular de 3/5 na Escala de Lower e a nível do hemicorpo direito apresentava força muscular de 4/5 em todos os segmentos articulares;
- Na avaliação de 15/11/13 apresentava hipertonia muito ligeira no hemicorpo esquerdo 1/5 na Escala de Asworth;

- A 16/11/13 inicia programa de mobilizações, inicialmente passivas em ambos os membros e posteriormente ativas assistidas e resistidas. Inicia também atividades terapêuticas e treino de equilíbrio, apresentando sensibilidade e reflexos diminuídos a nível do hemicorpo esquerdo;
- A 24/11/13 mantém hemiparesia ligeira à esquerda com força muscular de 3/5 em todos os segmentos articulares à exceção da articulação escapulo-umeral esquerda que na elevação/depressão e adução apresenta agora força de 4/5, assim como, nos dedos das mãos esquerda que apresenta na flexão/extensão força muscular de 4/5;
- A 26/11/13 melhoria da força muscular a nível da articulação tibiotársica esquerda adquire força muscular de 4/5;
- A 29/11/13 observou-se uma melhoria da força muscular do hemicorpo esquerdo. Apresenta força muscular de 4/5 a nível do punho, antebraço, cotovelo, dedos dos pés, joelho e coxo-femural;

Na escala modificada de Ashworth, a avaliação mantém-se de 0 em todos os segmentos articulares nos membros superior e inferior direito, em relação aos membros superior e inferior esquerdo apresenta uma melhoria à data com score 0 na referida.

À data da avaliação apresenta equilíbrio sentado dinâmico e equilíbrio estático na posição de pé, estando-se atualmente a persistir no treino de marcha para que o utente possa o quanto antes iniciar treino de subir e descer escadas. Iniciou treino de marcha a 26 de novembro com deambulação apenas no quarto com recurso ao andarilho, conseguindo a 09 de dezembro deambular o corredor com cerca de 5 metros. A 17 de dezembro consegue percorrer 6 vezes a distância do corredor com auxílio do andarilho. A 22 de janeiro inicia treino de subida e descida de escadas no prédio e a 13 de fevereiro realiza autonomamente a sua higiene e consegue desloca-se até à rua independentemente, avalia-se assim, score 100 no índice de Barthel

Ao longo do programa foram realizados ensinamentos à esposa e utente, relativos à estimulação e abordagem pelo lado afetado, aos posicionamentos, ao levantar e transferência, assim como, ensinamentos no que diz respeito a barreiras arquitetónicas.

DIAGNÓSTICO

- **Risco de alteração da integridade cutânea (úlceras de pressão)** relacionado com hemiparesia à esquerda.

RESULTADO ESPERADO

- Que o Sr. A.R. não apresente alterações da integridade cutânea.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão através da Escala de Braden;
- Avaliar a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa, sempre que necessário;
- Incentivar posicionamentos frequentes, avaliando a tolerância e sensibilidade cutânea do doente;
- Explicar ao Sr. A.R. e à sua esposa os riscos da não alternância de decúbitos para a integridade cutânea, bem como dos perigos das alterações da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa;
- Vigiar a integridade cutânea para prevenir alterações;
- Incentivar uma hidratação e nutrição adequada para manter a hidratação da camada mais superficial da epiderme, através de nutrientes como aminoácidos, gorduras polinsaturadas, vitaminas e antioxidantes;
- Utilizar e estimular o uso de creme que mantenham a pele hidratada e com um bom grau de elasticidade;
- Alertar o utente e esposa para quando surgir uma zona de rubor, não massajar essa zona nem a pressionar, apenas deve massajar a pele circundante;

- Usar, se necessário, materiais de prevenção de úlceras de pressão, tais como colchão de gel ou de pressão alterna; almofadas de gel; proteção para os calcanhares ou cotovelos, tendo em conta o grau de risco do Sr. A.R.;
- Alertar o utente e esposa para estarem atentos ao mobiliário com vértices e de preferência protegê-los;
- Ensinar o Sr. A.R. e sua esposa a evitar a exposição a fontes de calor ou de frio extremo (aquecedores/lareiras);
- Reforçar todos os ensinamentos ao utente e esposa, validando-os e esclarecendo dúvidas;
- Estipular horários para as deslocações à casa de banho de modo a reduzir possíveis acidentes acidentais.

AValiação

A avaliação da Escala de Braden continua a evidenciar risco de desenvolvimento de úlcera de pressão score 16, contudo o Sr. A.R. não apresentou alterações da integridade cutânea ao longo do programa, à exceção de uma maceração a nível da região perianal que reverteu com a aplicação de creme protetor. A 13 de fevereiro não apresenta risco de úlcera de pressão, à data com score de 23.

DIAGNÓSTICO

- **Risco de queda** relacionado com hemiparésia à esquerda.

RESULTADO ESPERADO

- Que o Sr. A.R. não apresente quedas e /ou lesões decorrentes das mesmas.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Realizar a avaliação do risco de queda através da utilização da Escala de Morse;

- Conscientizar o Sr. A.R. e esposa sobre as suas limitações;
- Colocar os objetos de fácil acesso e reforçar que peça ajuda sempre que precisar;
- Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico do utente, tanto sentado como em pé;
- Efetuar ensinamentos ao utente e esposa sobre as transferências: da cama para cadeira de rodas pelo lado afetado e da cadeira de rodas para a cama pelo lado são;
- Realizar ensinamentos ao utente e esposa acerca da correta utilização da cadeira de rodas (retirar os braços da cadeira apenas para as transferências, travar sempre a cadeira quando estiver parada e virar as rodas pequenas para a frente para não haver o risco de a cadeira virar);
- Alertar o utente e esposa acerca do risco das escadas e explicar como subir e descer as mesmas (o membro são é sempre o primeiro a subir e o último a descer);
- Ensinar ao utente e esposa acerca da adaptação às barreiras arquitetónicas e obstáculos que possam surgir (mobiliário, tapetes, pisos escorregadios, acessos), bem como da melhor disposição da cama, mesa-de-cabeceira para estimular o lado afetado;
- Ensinar a família para que em casa reduzam ao máximo as mobílias e os obstáculos;
- Ensinar ao utente e esposa a melhor forma de entrar na banheira pelo lado são e a sair pelo lado afetado;
- Incentivar o uso de vestuário que não limite os movimentos e o uso de calçado com sola antiderrapante.

AValiação

A avaliação inicial na escala de Morse revelou um risco de queda elevado apresentando score 55, sendo implementadas intervenções para prevenção de alto risco de quedas, acima mencionadas. Após a implementação destas intervenções, foi aplicada novamente a referida escala a 20 de janeiro tendo o utente apresentado score 25, o que demonstra diminuição no risco de queda, após intervenção de

enfermagem. A 13 de fevereiro foi novamente aplicada escala, apresentando à data score de 12, o que significa que não existe risco significativo de queda.

O utente demonstrou ao longo do programa de reabilitação um aumento da força e sensibilidade dos membros superior e inferior esquerdo, assim como um aumento no controlo e coordenação dos membros.

Durante o programa de reabilitação não houve ocorrência de quedas. Foram realizados ensinamentos sobre prevenção de riscos, tendo o utente e a esposa revelado conhecimentos aquando da validação dos mesmos.

DIAGNÓSTICO

Compromisso do Autocuidado relacionado com hemiparesia à esquerda manifestado por dependência parcial nas AVD.

RESULTADO ESPERADO

- Que o Sr. A.R. adquira uma maior autonomia para a realização das suas AVD.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Avaliar a capacidade funcional do utente para realizar o autocuidado com recurso ao Índice de Barthel;
- Incentivar a participação do utente na realização das suas AVD durante o programa de reabilitação, promovendo ao máximo o seu autocuidado;
- Disponibilizar o tempo suficiente para a realização de cada atividade, de modo a não sentir-se pressionado;
- Promover o máximo de autonomia na realização de atividades tais como: cuidados de higiene, escovar o cabelo, lavar os dentes, vestir e despir, comer e beber, transferências da cadeira de rodas para a banheira, entre outras;

- Explicar ao utente que o processo para readquirir independência é demorado de modo a não desencorajá-lo;
- Demonstrar cada atividade ao utente e observá-lo a executá-la, através de um ensino por etapas com planeamento de modo a que aprenda uma parte da atividade antes de partir para a seguinte, sempre com o apoio e incentivo constantes da equipa de enfermagem;
- Ensinar ao utente e esposa as técnicas corretas de transferência para realização dos cuidados de higiene no domicílio (banheira), tais como:
 - Entrar na banheira pelo lado sã e sair pelo lado afetado;
 - Usar, se possível, dispositivos auxiliares como por exemplo barras de apoio lateral, chuveiro com mangueira flexível e tapete antiderrapante;
- Ensinar ao utente e esposa as técnicas de vestir e despir no leito e cadeira de rodas, alertando para os seguintes aspetos:
 - Colocar a roupa pela ordem em que se vai vestir, sendo que o lado afetado deve ser o primeiro a vestir e o último a despir;
 - Vestir as calças no leito, se ainda necessitar de ajuda total no levantar;
 - Usar roupa folgada com fecho anterior, se possível de velcro, de modo a facilitar esta atividade, sendo que se possível deve ser o utente a escolher a roupa e de preferência manter o mesmo vestuário que utilizava antes de modo a promover a sua autoestima;
 - Usar calçado ajustável e com solas antiderrapante;
- Informar sobre como adquirir os dispositivos auxiliares, que facilitem a realização das AVD e que estes sejam adequados às suas necessidades reais;
- Envolver sempre a família na realização destas atividades, reforçando que esta não deve substituir o utente na realização das mesmas.

AVALIAÇÃO

O Sr. A.R. apresentou um score de 30 na avaliação inicial do Índice de Barthel a 15/11, necessitando de ajuda parcial na realização de todas as AVD. A

17/12 apresenta score no Índice de Barthel de 55 conseguindo participar em todas atividades relacionadas com o seu autocuidado, mantendo ainda a necessidade de ajuda para a realização das mesmas.

Ao longo do programa de reabilitação foi sempre estimulado para realizar o seu autocuidado e para ir realizando as pequenas atividades de modo a motivá-lo e a sentir-se útil e menos dependente. A 12 de janeiro conseguiu realizar atividades do seu autocuidado, nomeadamente lavar algumas partes do corpo, lavar os dentes, vestir-se e pentear-se necessitando ainda de algum apoio, apesar do seu esforço em realizá-las de forma autónoma. Os cuidados de higiene foram realizados no WC para realização de treino de AVD, apesar de o utente já demonstrar equilíbrio estático e dinâmico em pé foi importante acompanhá-lo na realização de todas as atividades.

A 13 de fevereiro, avalia-se a aquisição de competências para realizar todas atividades do seu autocuidado de forma autónoma e independente, refletidos no score de 100 no índice de Barthel.

DIAGNÓSTICO

- **Défice de conhecimento** relacionado com atual situação de dependência do Sr. A.R. manifestada por: preocupação verbalizadas pela família.

RESULTADO ESPERADO

- Que a família do Sr. A.R. consiga preparar-se para fazer face à sua dependência adquirindo conhecimento sobre a sua situação de saúde e perspetivas futuras.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Esclarecer as dúvidas da família relativamente à situação de doença, dependência e prognóstico de reabilitação do utente, de modo a compreender e responder às necessidades da família;

- Encorajar a família para expressar os seus sentimentos e receios;
- Compreender junto da esposa do Sr. A.R. qual a dinâmica e estrutura familiar;
- Identificar os mecanismos de coping e as expectativas da família do utente face à situação de dependência parcial;
- Estimular a participação/envolvimento da família do utente no seu processo de reabilitação, bem como na tomada de decisão relativa aos cuidados a prestar;
- Informar o utente e esposa sobre apoio Assistente Social, psicóloga e médica da equipa de forma a compreenderem toda a dinâmica da equipa de reabilitação e apoios disponíveis.

AValiação

A 15/11 foi a primeira vez que pude contactar com a esposa do utente que me demonstrou alguma preocupação com os possíveis défices motores que se poderiam manter no utente após a implementação do programa de reabilitação. Foram esclarecidas dúvidas.

Após a implementação do programa de reabilitação compreendi que a esposa do utente tinha uma grande expectativa na recuperação do mesmo, principalmente quando verbalizava as melhorias que verificava no decorrer das sessões de reabilitação.

A esposa esteve sempre que presente, sendo incentivada a participar nos cuidados e a colaborar aquando da solicitação de objetos pessoais essenciais para a satisfação do autocuidado do utente como sapatos, vestuário, prótese dentária, perfume habitual etc.

A 13 de fevereiro demonstra conhecimentos sobre a situação de saúde e demonstra-se confiante, sem sinais de ansiedade aquando da informação da aproximação do momento da alta.

APÊNDICE VII – Plano de cuidados Sr. M.S.



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade de Cuidados na Comunidade Cuidar +

Colheita de Dados

e

Plano de Cuidados

Elaborado por:

Mónica Filipa Silva Martins N° 4753

Enfermeira Orientadora:

Enfermeira Clárisse Melo

Professor Orientador:

Professora Vanda Marques Pinto

Dezembro, 2013 – Fevereiro, 2014

AVALIAÇÃO DA PESSOA

DATA DA AVALIAÇÃO – 01-12-2013

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Sr. M.S.

Idade: 76 anos

Género: Masculino

CONTEXTUALIZAÇÃO

O Sr. M.S. reside na freguesia de Queijas em casa própria há 42 anos, numa vivenda de rés-do-chão e primeiro andar, com saneamento básico, composta por quatro quartos, sala de estar e de jantar, cozinha e três casas de banho. O acesso à porta de entrada possui dois degraus, no interior do edifício o acesso ao primeiro andar faz-se através da subida de 10 degraus. Para aceder-se da entrada à sala de estar é necessário descer dois degraus, assim como para aceder da sala de estar para a cozinha é necessário descer dois degraus. Revela-se um utente pouco comunicativo, reservado, no entanto, bastante motivado para o seu plano de reabilitação. Informou-nos ter uma licenciatura em economia, tendo exercido a sua atividade laboral nessa área até se reformar aos 60 anos de idade.

Em agosto de 2013 encontrava-se na região de Coimbra quando no dia sete do referido mês, recorre ao serviço de urgência do hospital universitário de Coimbra na sequência de quadro clínico súbito de alteração da linguagem e défice motor à direita. Foi efetuado TC-CE que revelou hemorragia nuclear esquerda, com extensão à coroa radiada e substância branca do lobo temporal, não havendo sinais de hidrocefalia. Durante o internamento no serviço de neurologia do hospital universitário de Coimbra, foi sujeito a plano de reabilitação tendo registado melhorias neurológicas, no entanto, manteve disfagia, sialorreia de difícil controlo, disartria e

hemiparesia à direita. Como intercorrências deste internamento destaca-se uma pneumonia nasocomial resolvida com piperacilina + tazobactam. À data de alta para transferência para o hospital da área de residência, apesar de encontrar-se hemodinamicamente estável, necessitava de aspirações frequentes por apresentar secreções abundantes.

No dia 20 de Agosto foi transferido para a enfermaria do serviço de medicina IA do hospital Egas Moniz, apresentando-se consciente, orientado no espaço, tempo e pessoa. Mantinha disfagia, sialorreia, disartria e hemiparesia à direita. Sem alterações do tónus muscular, dismetria na prova índice nariz mais marcada quando efetuada de olhos fechados, sem alterações da sensibilidade algica. Durante este internamento foi também sujeito a plano de reabilitação, tendo registado melhorias significativas ao nível da disfagia, disartria e postura corporal. Foi efetuado nova TC-CE que evidenciou hematoma lenticulo-capsular esquerdo em reabsorção.

No dia 03 de Setembro foi transferido para a Residência de São João de Ávila (RSJA) afim de iniciar programa de reabilitação física e funcional. Durante o internamento destaca-se como intercorrência, uma pneumonia por aspiração devido à disfagia para líquidos e alimentos pastosos a 21 de setembro, tendo o utente regressado à medicina do hospital Egas Moniz até ter tido novamente alta para a RSJA a 10 de outubro para continuar programa de reabilitação. Após episódio de pneumonia o utente foi alimentado pela SNG exclusivamente, iniciando antes da alta para a UCC Cuidar⁺ alimentação oral, ingerindo apenas gelatina.

O utente tem alta da RSJA a 29 de Novembro de 2013 recebendo visita do enfermeiro especialista de reabilitação da UCC Cuidar⁺ a 01 de dezembro de 2013. Somos recebidos pelo próprio utente que nos abre a porta, sendo possível verificar que é totalmente independente na marcha sem necessitar de apoio humano ou de auxiliares de marcha, demonstrando equilíbrio e coordenação na mesma. Em diálogo o utente não revela dificuldade na linguagem nem na formação de palavras, é independente nas AVD exceto na AVD comer e beber, mantendo ainda SNG. Demonstra ainda sialorreia e disfagia para líquidos.

História clínica atual:

Sialorreia em moderada quantidade e disfagia para sólidos e líquidos.

Diagnóstico: AVC hemorrágico.

Hábitos Aditivos (tabaco, álcool e toxicofilia): Refere ter tido hábitos tabágicos abandonando os mesmos em 1992. Atualmente não consome bebidas alcoólicas, antes do episódio de AVC consumia 1 copo de vinho tinto às refeições.

Antecedentes Pessoais/Comorbilidades: HTA e fibrilação auricular paroxística.

História Familiar e Conviventes: Sem antecedentes relevantes.

Internamentos anteriores: Internamento em 2011 por AVC isquémico e em 2012 para remoção de basilioma da face.

Alergias a fármacos ou outras: Nega alergias.

Sinais Vitais: TA: 145/76 mmHg FC: 81b/m SPO2: 98% (ar ambiente)

Dor: Utilizada escala numérica da dor, tendo o utente classificado ausência de dor, (0).

Tosse: Eficaz.

Expetoração: Sem expetoração atualmente.

Terapêutica Habitual: Amiodarona 200mg 1x/dia, clopidogrel 75mg 1x/dia, cloreto de potássio 600mg 3x/semana, escitalopram 10mg 1x/dia, furosemida 40mg 1x/dia e losartan 50 mg 1x/dia.

Estado Emocional: Comunicativo ao estímulo verbal, reservado mas afável aos profissionais. Não foram observadas alterações psicológicas ao nível emocional como ansiedade e depressão.

Pele e Mucosas: Coradas e hidratadas. Score 18 na escala de Braden.

Circulação: Sem sinais de insuficiência venosa periférica, nem edemas. Presença de pulso pedioso e tibial posterior em ambos os membros inferiores.

Nutrição: IMC – 22,1. Dieta hipossalina por SNG.

Hábitos Alimentares: Antes do episódio de AVC, efetuava uma alimentação variada à base de carne, peixe, fruta, vegetais e leguminosas, no entanto, afirma apreciar refeições com temperadas com sal. Após o episódio segue dieta hipossalina prescrita pela dietista aquando do internamento hospitalar.

Eliminação: Continência vesical e intestinal.

Sono e Repouso: Sem períodos de agitação, descanso noturno de cerca de 7,5 horas por noite.

Atividades de Vida Diária: Independente na realização nas AVD, exceto na AVD comer e beber, apresentando um score de 95 (dependência leve) no Índice de Barthel.

Risco de Queda: Score 24 na escala de Morse, que corresponde a baixo risco de queda.

Exercício físico: Antes do AVC não realizava qualquer exercício físico, após o AVC realiza caminhadas de 30 minutos diariamente.

Vacinação: PNV atualizado, efetua vacinação antigripal.

AVALIAÇÃO

EXAME NEUROLÓGICO

Estado de Consciência: Apresenta score 15 na escala de Glasgow, com abertura ocular espontânea (4), resposta verbal orientada (5) e na resposta motora, obedece a comandos (6).

Estado de Orientação: Orientado no espaço, tempo e pessoa.

Atenção: Vígil a estímulos externos, demonstra capacidade de prestar atenção às perguntas que lhe são colocadas. Em relação à concentração pediu-se ao utente que subtraísse o nº 3 a partir do nº 20, o qual foi capaz de efetuar.

Memória:

Memória a sensorial: pediu-se ao utente para fechar os olhos e abri-los rapidamente em pequenos intervalos de tempo e fechá-los novamente, o utente referiu uma imagem clara do que viu com os olhos abertos.

Memória imediata: o utente foi capaz de responder ao que foi questionado segundos antes.

Memória a recente: o utente foi capaz de informar o que ingeriu nesse dia ao pequeno-almoço e almoço.

Memória remota: quando questionada sobre a data do seu aniversário, casamento e data de aniversário da filha, foi capaz de responder corretamente.

Linguagem: O utente é capaz de entoar a fonação e ressonância “aaaah”, “papapa” “tatata” e cacaca”, embora sem dificuldade. É capaz de nomear objetos e partes do corpo que lhe são mostradas, assim como, sabe dizer o dia da semana, o mês e ano. Responde a ordens escritas e é capaz de nomear itens de uma determinada categoria, neste caso foi pedido para enumerar nomes de países da europa, os quais o utente foi capaz de enumerar corretamente durante cerca de um minuto.

Negligência Hemiespacial Unilateral: Foi pedido ao utente para desenhar linhas numa folha e posteriormente voltasse a desenhar sobre as linhas anteriores, novas linhas de forma a desenhar uma cruz. O utente foi capaz de realizar esta tarefa.

Pares Cranianos:

I – Olfativo – O Sr. M.S. identificou o cheiro do café. Após o utente fechar os olhos, oclui cada uma das narinas alternadamente e aproximei o pires, posteriormente, questionei o utente sobre o aroma, que identificou sem dificuldade como sendo café.

II – Ótico – Foi testada a acuidade visual bilateralmente, pedindo ao utente para ocluir o olho direito e responder sobre quantos dedos meus observa a uma distância de cerca de 50 cm e 1 metro. Repetiu-se o procedimento para o olho esquerdo. Respondeu corretamente para ambos os olhos, excluindo-se assim, ambliopia e amaurose. Em relação ao campo de visão, foi solicitado ao utente para ocluir

alternadamente um dos olhos e seguir com o mesmo o meu dedo. O utente observou o meu dedo num ângulo de 40° da linha nasal para dentro e externamente a 60° em relação à linha média.

III/IV e VI – Óculomotor/Pético-Troclear/Abducente – Para avaliar este par craniano, baixei as persianas da sala de estar e incidi uma luz pouco brilhante do canto externo para o interno de cada olho. Ambas as pupilas reagiram da mesma maneira, apresentando deste modo, isocoria.

V – Trigêmeo - Na avaliação deste par craniano pedi ao utente para fechar os olhos. Utilizei uma compressa e testei a sensibilidade ao fazer passá-la pela divisão maxilar, ao que o utente verbalizou a sensação do passar da compressa. Posteriormente com a compressa toquei na pálpebra tendo o utente verbalizado novamente, a sensação do passar da compressa. Não foi possível observar os movimentos da mastigação.

VII – Facial - O utente apresenta simetria facial, reconhecendo os sabores doce, salgado e amargo, quando colocados nos dois terços anteriores da língua.

VIII – Estado-Acústico – Para avaliar este par craniano solicitei ao utente que fechasse os olhos, de seguida, ocluí o ouvido direito e encostei o relógio ao ouvido esquerdo, de seguida perguntei ao utente o que estava a ouvir, ao que me respondeu ser um relógio. Procedeu-se à mesma manobra para o ouvido direito, ocluindo desta vez o esquerdo. A resposta foi a mesma. Na posição de sentado demonstra equilíbrio sem apoio.

IX – Glossofaríngeo – Tal como nos dois terços da língua, também no 1/3 posterior da língua o utente, reconheceu os sabores doce, salgado e amargo.

X – Vago - Este par craniano foi avaliado através do toque com uma espátula na porção posterior da língua, que provocou o reflexo do vômito no utente.

XI – Espinhal – Pedi ao utente para lateralizar a cabeça contra a resistência da minha mão, que se encontrava no lado contralateral do músculo esternocleidomastóideo, avaliei 5/5 através da escala de Lower. Posteriormente

solicitei para elevar os ombros contra a resistência das minhas mãos, avaliei 5/5 através da escala de Lower.

XII - Grande Hipoglosso – Em relação a este par craniano o utente demonstra dificuldade nos movimentos de lateralidade da língua, com algum desvio da língua para a esquerda.

Motricidade:

Avaliada força através da escala de Lower (Anexo II).

Segmentos	Movimentos		
Cabeça e pescoço	Flexão	5//5	
	Extensão	5//5	
	Flexão lateral esquerdo	5//5	
	Flexão lateral direito	5//5	
	Rotação	5//5	
Membro Superior		Direito	Esquerdo
Escapulo-umeral	Flexão	5//5	5//5
	Extensão	5//5	5//5
	Adução	5//5	5//5
	Abdução	5//5	5//5
	Rotação interna	5//5	5//5
	Rotação externa	5//5	5//5
Cotovelo	Flexão	5//5	5//5
	Extensão	5//5	5//5
Antebraço	Pronação	5//5	5//5
	Supinação	5//5	5//5
Punho	Flexão palmar	5//5	5//5
	Dorsi-flexão	5//5	5//5
	Desvio radial	5//5	5//5
	Desvio cubital	5//5	5//5
	Circundação	5//5	5//5
Dedos	Flexão	5//5	5//5

	Extensão	5//5	5//5
	Adução	5//5	5//5
	Abdução	5//5	5//5
	Circundação	5//5	5//5
	Oponência do polegar	5//5	5//5
Membro Inferior		Direito	Esquerdo
Coxo-femural	Flexão	5//5	5//5
	Extensão	5//5	5//5
	Adução	5//5	5//5
	Abdução	5//5	5//5
	Rotação interna	5//5	5//5
	Rotação externa	5//5	5//5
Joelho	Flexão	5//5	5//5
	Extensão	5//5	5//5
Tíbio-társica	Flexão plantar	5//5	5//5
	Flexão dorsal	5//5	5//5
	Inversão	5//5	5//5
	Eversão	5//5	5//5
Dedos	Flexão	5//5	5//5
	Extensão	5//5	5//5
	Adução	5//5	5//5
	Abdução	5//5	5//5

Tónus Muscular

Avaliação da espasticidade através da Escala Modificada de Ashworth (Anexo III).

Segmentos	Movimentos	
Cabeça e pescoço	Flexão	0
	Extensão	0
	Flexão lateral esquerdo	0
	Flexão lateral direito	0

	Rotação	0	
Membro Superior		Direito	Esquerdo
Escapulo-umeral	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Rotação interna	0	0
	Rotação externa	0	0
Cotovelo	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
Antebraço	Pronação	0	0
	Supinação	0	0
Punho	Flexão palmar	0	0
	Dorsi-flexão	0	0
	Desvio radial	0	0
	Desvio cubital	0	0
	Circundação	0	0
Dedos	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Circundação	0	0
	Oponência do polegar	0	0
Membro Inferior		Direito	Esquerdo
Coxo-femural	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0
	Rotação interna	0	0
	Rotação externa	0	0
Joelho	Flexão	0	0
	Extensão	0	0

Tíbio-társica	Flexão plantar	0	0
	Flexão dorsal	0	0
	Inversão	0	0
	Eversão	0	0
Dedos	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Adução	0	0
	Abdução	0	0

Coordenação Motora

O utente colaborou na prova índex-nariz e indicação de Barany.

Prova índex-nariz – Instruindo o utente para colocar o membro superior esquerdo em abdução, solicitei para tocar na ponta do nariz com o dedo. Repetiu o mesmo exercício com os olhos fechados, tendo sido capaz em ambos os momentos de tocar com o dedo na ponta do nariz sem dificuldade. Repetiu o mesmo com o membro superior direito. O utente demonstra assim um ganho em saúde após programa de reabilitação, pois no primeiro internamento no serviço de medicina do hospital Egas Moniz o utente apresentava dismetria nesta prova.

Indicação de Barany – Solicitei ao utente para apontar ambos os dedos indicadores aos meus alternadamente, o mesmo não revelou dificuldade.

Sensibilidade

Superficial - Sensibilidade tátil

Segmento cabeça e pescoço - Tocando levemente com uma compressa ao longo da cabeça e pescoço, o utente reagia ao toque identificando o movimento.

Membro superior esquerdo e direito - Tocando levemente com uma compressa ao longo da escapulo-umeral, cotovelo, antebraço, punho e dedos, o utente reagia ao toque identificando o movimento.

Membro inferior esquerdo e direito - Tocando levemente com uma compressa ao longo da coxa femural, joelho, tibiotársica e dedos o utente reagia ao toque identificando o movimento.

Superficial - Sensibilidade térmica

Segmento cabeça e pescoço - Tocando levemente primeiro com uma seringa com água fria e posteriormente, com uma seringa com água quente ao longo da cabeça e pescoço, o utente reagia às temperaturas identificando-as.

Membro superior esquerdo e direito - Tocando levemente primeiro com uma seringa com água fria e posteriormente, com uma seringa com água quente ao longo da escapulo-umeral, cotovelo, antebraço, punho e dedos, o utente reagia às temperaturas identificando-as.

Membro inferior esquerdo e direito - Tocando levemente primeiro com uma seringa com água fria e posteriormente, com uma seringa com água quente ao longo da coxa femural, joelho, tibiotársica e dedos o utente reagia às temperaturas identificando-as.

Superficial - Sensibilidade dolorosa

Segmento cabeça e pescoço - Tocando levemente com a ponta de uma lapiseira ao longo da cabeça e pescoço, o utente reagia ao estímulo identificando o movimento.

Membro superior esquerdo e direito - Tocando levemente com a ponta de uma lapiseira ao longo da escapulo-umeral, cotovelo, antebraço, punho e dedos, o utente reagia ao estímulo identificando o movimento.

Membro inferior esquerdo e direito - Tocando levemente com a ponta de uma lapiseira ao longo da coxa femural, joelho, tibiotársica e dedos, o utente reagia ao estímulo nos segmentos avaliados, identificando o movimento.

Sensibilidade

Superficial - Profunda

Coloquei o polegar direito do utente entre o meu polegar e o dedo indicador e exerci pressão dos meus dedos contra o polegar do utente, esta pressão foi sentida pelo mesmo. Repeti o mesmo processo para o polegar direito, 1º dedos do pé direito e esquerdo, tendo o utente sentido a pressão nos mesmos.

Marcha

O utente assume a posição ortostática sem dificuldade, aquando da marcha demonstra equilíbrio e coordenação motora. Deambula sem apoio humano nem recorrendo a dispositivos de auxílio de marcha.

Padrão Respiratório e suas características

Exame objetivo do Tórax:

Inspeção estática: Morfologia torácica normal, sem cianose, sem assimetrias do tórax, sem deformações nem alterações cutâneas.

Inspeção dinâmica: Movimentos torácicos mantidos, amplitude profunda e simetria torácica mantida, frequência respiratória de 17 ciclos respiratórios por minuto com respiração toraco abdominal, não utiliza os músculos respiratórios acessórios, retração ou tiragem intercostal/supra esternal ausente, relação tempo inspiratório/expiratório: tempo inspiratório curto em relação ao expiratório e sem dispneia.

Palpação: Expansibilidade torácica, sem presença de tumefações e lesões cutâneas, sem presença de adenopatias (axilares, supraclaviculares e cervicais).

Percussão: Som claro pulmonar.

Hipocratismo digital: Ausente.

Auscultação Pulmonar: Murmúrio vesicular mantido bilateralmente, sem ruídos adventícios.

Avaliação Nutricional: Peso: 65Kg Altura: 1,70 m IMC: 22.5.

Sem dispneia.

EXAMES DE DIAGNÓSTICO

TAC – CE: Última TAC a 01 de outubro de 2013 revelou hematoma hipodenso, traduzindo evolução para a cronicidade.

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Gestão da doença: Utente e esposa cuidadora demonstram conhecimentos relativos à sua situação de doença, sintomatologia e terapêutica.

Ensinos: Necessidade de ensinos relativos ao planeamento e realização da AVD comer e beber.

Promoção da saúde: Reforçar a importância de uma vigilância médica regular, da adesão à terapêutica e tratamentos, vacinação e nutrição adequada.

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

No decorrer da avaliação não existiu necessidade de encaminhamento para a Psicóloga.

INTERVENÇÃO SOCIAL

No decorrer da avaliação não existiu necessidade de encaminhamento para a Assistente Social.

Avaliação dos requisitos de desvio de saúde

Apresenta como diagnóstico AVC hemorrágico, necessitando de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação, a fim de recuperar a sua função de deglutição e consiga alimentar-se e hidratar-se em segurança. Requer de ajuda parcial no autocuidado, com recurso a intervenção de enfermagem através do sistema parcialmente compensatório.

Avaliação dos requisitos de desenvolvimento

O Sr. M.S. encontra-se reformado juntamente com a esposa vivendo por períodos na região de Coimbra de onde são naturais. A esposa demonstra interesse na recuperação do esposo, contudo é visível uma preocupação e ansiedade com as potencialidades de reabilitação do mesmo. O Sr. M.S., por seu lado, demonstra motivação e entusiasmo no plano de cuidados de reabilitação, referindo querer recuperar o mais depressa possível.

DATA – 17 – 12 -2013

Avaliação efetuada duas semanas após a implementação do programa de reabilitação.

DIAGNÓSTICO

- **Risco de aspiração de alimentos**, relacionado com alterações no XII Par craniano manifestado por desvio da língua para a esquerda.

RESULTADO ESPERADO

- Que o Sr. M.S. não apresente complicações associadas à dificuldade de deglutição e consiga alimentar-se e hidratar-se em segurança.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Proceder à avaliação da disfagia através da escala GUSS;
- Avaliar a capacidade de controlo da cabeça do Sr. M..S. na posição de sentada; a simetria da face e dos lábios; a capacidade para fechar os lábios firmemente; a simetria interna da boca e o estado geral dos dentes;
- Avaliar o reflexo de deglutição em cada visita de enfermagem;
- Incentivar a um ambiente calmo no horário das refeições de modo a aumentar a concentração do Sr. M.S. numa deglutição eficaz, diminuindo assim o risco de aspiração por distração;

- Verificar sempre o reflexo de deglutição de preferência sentado numa cadeira;
- Verificar se cabeça e o pescoço estão ligeiramente inclinados para a frente para facilitar a elevação da laringe e os movimentos posteriores da língua;
- Recorrer a manobras compensatórias de deglutição e proteção da via aérea como as manobras de Mendelson;
- Estar atenta aos sinais de disfagia e de uma aspiração silenciosa (tosse seca e persistente, gorgolejo, olhos lacrimejantes, rouquidão, diminuição do tom e timbre de voz, respiração audível, dispneia, dor no peito, sialorreia, rubor facial, etc.), ensinando-os ao Sr. M.S. e validando-os;
- Efetuar a flexão do pescoço e virar a cabeça para o lado afetado;
- Iniciar a primeira refeição com dieta pastosa para verificar se apresenta o reflexo de deglutição mantido e/ou disfagia;
- Utilizar espessantes se necessário;
- Incentivar o Sr. M.S. a ingerir pequenas quantidades de alimentos e mastigá-los bem;
- Ensinar o Sr. M.S. a pensar em todo o processo, encorajando-o a mastigar e a deglutir utilizando palavras de orientação “pense só em engolir”, e dando reforço positivo;
- Efetuar uma higiene oral antes da refeição, bem como após, para prevenir mau hálito, infeção e doenças das gengivas e dentes;
- Verificar sempre que se justifique se não ficam alimentos retidos na cavidade oral;
- Evitar o uso de palhinhas;
- Utilizar equipamento adaptativo, se necessário;
- Disponibilizar tempo necessário para a realização das refeições;

- Realizar com o Sr. M.S. exercícios para aumentar a força dos lábios (estalar os lábios; protrair os lábios; retrair os lábios e lateralizar os lábios); exercícios para aumentar a resistência da língua (lateralizar a língua; elevar a língua em direção ao palato duro; protrair e retrair a língua; vibrar a língua e empurrar as bochechas com a ponta da língua); exercícios para o palato mole (soprar, sugar e emitir sons); exercícios de controlo do bolo alimentar (lateralizar a língua durante a mastigação; elevar a língua em direção ao palato duro; modelar a língua em volta do bolo para segurar de forma coesa); exercícios de manobras posturais de flexão e hiperextensão da cabeça durante a deglutição;
- Reforçar e validar todos os ensinamentos supracitados ao Sr. M.S e à sua esposa.

AValiação

Sinais Vitais

TA – 148/82 mmHg

FC: 78 p/m

FR: 15 ciclos/minuto

Dor: Utilizada escala numérica da dor, tendo o utente classificado ausência de dor, score 0.

A escala GUSS é uma avaliação padronizada e validada para utentes após AVC, em que é efetuada uma avaliação não invasiva da disfagia e da deglutição. Numa primeira fase são avaliadas a tosse e deglutição de saliva. Posteriormente, avalia-se a capacidade em deglutir a consistência do alimento pastoso, líquido e sólido, nessa ordem. Em cada consistência são avaliadas a deglutição, tosse, sialorreia e mudança vocal. A realização de uma nova etapa é necessário obter pontuação máxima na etapa anterior. Um maior valor da pontuação, corresponde a um melhor desempenho na deglutição, sendo que a pontuação 5 a maior, a ser atingida. Após aplicação da escala, é possível classificar a deglutição em normal/sem disfagia (20 pontos), disfagia leve com baixo risco de aspiração (15-19

pontos), disfagia moderada com risco de aspiração (10-14 pontos) e disfagia grave com alto risco de aspiração (0-9 pontos) (Almeida, 2009).

Avaliação Não invasiva da Disfagia (Adaptado Escala GUSS, 2007)		Data da Avaliação: 01-12-2013 a 06-12-2013	
1- Avaliação Preliminar - Teste indireto			
	Sim	Não	
Vigilância (a pessoa terá de permanecer sentada e acordada pelo menos durante 15 minutos)	(1) <u>1</u>	(0)	
Tosse (a pessoa deverá conseguir realizar limpeza das vias aéreas tossindo 2 vezes)	(1) <u>1</u>	(0)	
Deglutição da saliva: Deglute	(1) <u>1</u>	(0)	
Engasga-se	(0) <u>0</u>	(1)	
Alteração da Voz (tosse, salivação, alteração do padrão respiratório, dispneia, tosse tardia)	(0) <u>0</u>	(1)	
1-3 Não administrar nada oralmente 4-5 Continuar para parte 2	<u>3</u>		
2- Avaliação da Deglutição – Teste Direto			
	Pastosa (5)	Líquida (5)	Sólida (5)
Deglutição:			
Não deglute (0)		<u>0</u>	<u>0</u>
Atraso na Deglutição (1)	<u>1</u>		
Deglute (2)			
Tosse (involuntária, antes			

durante e depois da deglutição):			
Sim (0)	<u>0</u>		
Não (1)			
Engasgamento:			
Sim (0)	<u>0</u>		
Não (1)			
Alteração da voz (escutar o tom de voz antes de deglutir – a pessoa deverá dizer “O”):			
Sim (0)			
Não (1)	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
Total:	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
	1-4 – Referenciar terapeuta da deglutição/fala 5 – Avançar para líquida	1-4 – Referenciar terapeuta da deglutição/fala 5- Avançar para sólida	1-4 Referenciar terapeuta da deglutição/fala 5- Normal
Total teste direto e indireto (20):	<u>6</u>		

Utente foi observado a 09 de dezembro em consulta hospitalar sendo encaminhado para terapeuta da fala, iniciando a terapia nessa mesma semana.

Uma vez que o utente possui SNG, foi importante validar conhecimentos de preparação e administração da alimentação através da mesma. A esposa referiu que antes de confeccionar a comida procede à lavagem as mãos. Os alimentos após cozinhados são triturados. A esposa informou que a preparação da alimentação é feita no próprio dia, cerca de duras horas antes de ser administrada e que da dieta fazem parte, legumes, carne, peixe, batata, arroz, massa, fruta e gelatina.

Em relação à administração da alimentação a esposa refere que retira a tampa da sonda e dobrou-a de modo a clampar para minimizar as entradas de ar.

Com uma seringa aspira para verificar se ainda existia conteúdo alimentar no estômago e, posteriormente introduz cerca de 30 ml de água. Introduzida a água, procede à administração da alimentação de forma lenta. Administrada a alimentação, introduz novamente com a seringa da água, cerca de 50ml de mesma, que me informou ser para hidratar o utente e também lavar a sonda.

De 11 a 17 de dezembro o utente tem intervenção de terapeuta para treino de deglutição, sendo aplicada novamente escala a 17 de dezembro.

Avaliação Não invasiva da Disfagia (Escala GUSS)		Data da Avaliação: 17/12/2013	
1- Avaliação Preliminar - Teste indireto			
	Sim	Não	
Vigilância (a pessoa terá de permanecer sentada e acordada pelo menos durante 15 minutos)	(1) <u>1</u>	(0)	
Tosse (a pessoa deverá conseguir realizar limpeza das vias aéreas tossindo 2 vezes)	(1) <u>1</u>	(0)	
Deglutição da saliva: Deglute	(1) <u>1</u>	(0)	
Engasga-se	(0)	(1) <u>1</u>	
Alteração da Voz (tosse, salivação, alteração do padrão respiratório, dispneia, tosse tardia)	(0)	(1) <u>1</u>	
1-3 Não administrar nada oralmente 4-5 Continuar para parte 2	<u>5</u>		
2- Avaliação da Deglutição – Teste Direto			
	Pastosa (5)	Líquida (5)	Sólida (5)
Deglutição:			
Não deglute (0)		<u>0</u>	<u>0</u>

Atraso na Deglutição (1)			
Deglute (2)	<u>2</u>		
Tosse (involuntária, antes durante e depois da deglutição):			
Sim (0)		<u>0</u>	<u>0</u>
Não (1)	<u>1</u>		
Engasgamento:			
Sim (0)		<u>0</u>	<u>0</u>
Não (1)	<u>1</u>		
Alteração da voz (escutar o tom de voz antes de deglutir – a pessoa deverá dizer “O”):			
Sim (0)			
Não (1)	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
Total:	<u>5</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
	1-4 – Referenciar terapeuta da deglutição/fala 5 – Avançar para líquida	1-4 – Referenciar terapeuta da deglutição/fala 5- Avançar para sólida	1-4 Referenciar terapeuta da deglutição/fala 5- Normal
Total teste direto e indireto (20):	<u>12</u>		

Sinais Vitais

TA – 141/80 mmHg

FC: 81 p/m

FR: 17 ciclos/minuto

Dor: Utilizada escala numérica da dor, tendo o utente classificado ausência de dor, score 0.

À data o utente deglute dieta pastosa com texturas homogéneas com adição de alimentação parentérica, no entanto, a administração de líquidos mantém-se apenas por SNG.

Avaliação Não invasiva da Disfagia (Escala GUSS)			Data da Avaliação: 06/01/2014 a	
1- Avaliação Preliminar - Teste indireto			31/01/2014	
	Sim	Não		
Vigilância (a pessoa terá de permanecer sentada e acordada pelo menos durante 15 minutos)	(1) <u>1</u>	(0)		
Tosse (a pessoa deverá conseguir realizar limpeza das vias aéreas tossindo 2 vezes)	(1) <u>1</u>	(0)		
Deglutição da saliva: Deglute	(1) <u>1</u>	(0)		
Engasga-se	(0)	(1) <u>1</u>		
Alteração da Voz (tosse, salivação, alteração do padrão respiratório, dispneia, tosse tardia)	(0)	(1) <u>1</u>		
1-3 Não administrar nada oralmente 4-5 Continuar para parte 2	<u>5</u>			
2- Avaliação da Deglutição – Teste Direto				
	Pastosa (5)	Líquida (5)	Sólida (5)	
Deglutição:				
Não deglute (0)				
Atraso na Deglutição (1)		<u>1</u>		
Deglute (2)	<u>2</u>		<u>2</u>	
Tosse (involuntária, antes durante e depois da deglutição):				

Sim (0)			
Não (1)	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
Engasgamento:			
Sim (0)			
Não (1)	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
Alteração da voz (escutar o tom de voz antes de deglutir – a pessoa deverá dizer “O”):			
Sim (0)			
Não (1)	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
Total:	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>4</u>
	1-4 – Referenciar terapeuta da deglutição/fala 5 – Avançar para líquida	1-4 – Referenciar terapeuta da deglutição/fala 5- Avançar para sólida	1-4 Referenciar terapeuta da deglutição/fala 5- Normal
Total teste direto e indireto (20):	<u>18</u>		

Sinais Vitais

TA – 145/80 mmHg

FC: 78 p/m

FR: 17 ciclos/minuto

Dor: Utilizada escala numérica da dor, tendo o utente classificado ausência de dor, score 0.

O utente deglute dieta pastosa e sólida, no entanto, para administração de líquidos mantém-se ainda SNG, pois após avaliação através da escala de GUSS revela atraso na deglutição para líquidos.

Em relação à avaliação anterior, apresenta agora score 18 na referida escala, tolerando dieta sólida e pastosa, no entanto, mantém ainda disfagia ligeira para líquidos.

Durante o período de avaliação o utente teve apenas intervenção de enfermagem de reabilitação, não dispondo mais de terapeuta da fala, por opção do próprio utente.

Avaliação Não invasiva da Disfagia (Escala GUSS)		Data da Avaliação: 03/02/2014 a	
1- Avaliação Preliminar - Teste indireto		13/02/2014	
	Sim	Não	
Vigilância (a pessoa terá de permanecer sentada e acordada pelo menos durante 15 minutos)	(1) <u>1</u>	(0)	
Tosse (a pessoa deverá conseguir realizar limpeza das vias aéreas tossindo 2 vezes)	(1) <u>1</u>	(0)	
Deglutição da saliva: Deglute	(1) <u>1</u>	(0)	
Engasga-se	(0)	(1) <u>1</u>	
Alteração da Voz (tosse, salivação, alteração do padrão respiratório, dispneia, tosse tardia)	(0)	(1)	<u>1</u>
1-3 Não administrar nada oralmente 4-5 Continuar para parte 2	<u>5</u>		
2- Avaliação da Deglutição – Teste Direto			
	Pastosa (5)	Líquida (5)	Sólida (5)
Deglutição:			
Não deglute (0)			
Atraso na Deglutição (1)			
Deglute (2)	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>2</u>

Tosse (involuntária, antes durante e depois da deglutição):			
Sim (0)			
Não (1)	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
Engasgamento:			
Sim (0)			
Não (1)	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
Alteração da voz (escutar o tom de voz antes de deglutir – a pessoa deverá dizer “O”):			
Sim (0)			
Não (1)	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
Total:	<u>5</u>	<u>5</u>	<u>5</u>
	1-4 – Referenciar terapeuta da deglutição/fala 5 – Avançar para líquida	1-4 – Referenciar terapeuta da deglutição/fala 5- Avançar para sólida	1-4 Referenciar terapeuta da deglutição/fala 5- Normal
Total teste direto e indireto (20):	<u>20</u>		

Sinais Vitais

TA – 138/79 mmHg

FC: 80 p/m

FR: 17 ciclos/minuto

Dor: Utilizada escala numérica da dor, tendo o utente classificado ausência de dor, score 0.

O utente deglute dieta pastosa, sólida e líquida, sendo retirada SNG a 12 de fevereiro.

Em relação à avaliação anterior, apresenta agora score 20 na referida escala, foram efetuados ensinamentos ao utente e esposa relativos à prevenção de riscos associados com a alimentação e hidratação, com o objetivo de preparação para a alta.

DIAGNÓSTICO

- **Défice de conhecimento** relacionado com atual situação de dependência do Sr. M.S. manifestada por: preocupação verbalizadas pela esposa do utente.

RESULTADO ESPERADO

- Que a esposa do Sr. M.S. consiga preparar-se para fazer face à dependência do esposo adquirindo conhecimento sobre a sua situação de saúde e perspetivas futuras.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Demonstrar disponibilidade para esclarecer as dúvidas relativamente à situação de saúde, dependência e prognóstico de reabilitação do utente;
- Encorajar a esposa para expressar os seus sentimentos e receios;
- Compreender junto da esposa do Sr. M.S. qual a dinâmica e estrutura familiar;
- Identificar os mecanismos de *coping* e as expectativas da esposa do utente face à situação atual;
- Estimular a participação/envolvimento da esposa do utente no seu processo de reabilitação, bem como na tomada de decisão relativa aos cuidados a prestar;

- Informar o utente e esposa sobre apoio Assistente Social, psicóloga e médica da equipa de forma a compreenderem toda a dinâmica da equipa de reabilitação e apoios disponíveis.

AVALIAÇÃO

No primeiro contato com a esposa do utente, esta demonstrou alguma preocupação com as limitações na deglutição que se poderiam manter no utente após a implementação do programa de reabilitação. Foram esclarecidas dúvidas e informada esposa sobre as potencialidades do esposo.

Após a implementação do programa de reabilitação constatei que a esposa do utente tinha uma grande expectativa na recuperação do mesmo, principalmente quando o utente iniciou sessões de terapia da fala.

A esposa esteve sempre presente, sendo incentivada a participar no programa de reabilitação, demonstrando-se mais confiante e menos ansiosa a 17 de dezembro.

No período de 06 de janeiro a 13 de fevereiro a esposa demonstrou-se confiante, sem demonstrar ansiedade e receio, mesmo aquando do momento de retirada da sonda. Revelou confiança e conforto por observar e participar na recuperação do esposo.

DIAGNÓSTICO

- **Défice de conhecimentos** relacionado com o estilo de vida adotado manifestado por alimentação inadequada e sedentarismo antes do AVC.

RESULTADO ESPERADO

- Que o Sr. M.S. adquira conhecimentos que a permitam adotar um estilo de vida mais saudável.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Incentivar o Sr. M.S. a adquirir hábitos de vida saudável, explicando a sua importância;
- Explicar a importância de fazer uma alimentação saudável e equilibrada;
- Incentivar a redução da ingestão de sal;
- Estabelecer um plano de exercício físico regular, adequado às necessidades/limitações/preferências do Sr. M.S.;
- Explicar ao Sr. M.S. a importância de uma vigilância regular da tensão arterial, bem como o cumprimento da medicação prescrita;
- Envolver a esposa nos ensinamentos acima referidos.

AValiação

Realizados ensinamentos ao Sr. M.S e sua esposa com o objetivo de adquirirem os conhecimentos necessários para melhorar o estilo de vida. A 13 de fevereiro foi possível avaliar que os mesmos adquiriram conhecimentos ao nível da aquisição de hábitos de vida saudável, no que diz respeito à alimentação e realização de exercício físico.

No período de 01 de dezembro a 13 de fevereiro foi enfatizada a importância de realizarem uma alimentação rica em produtos hortícolas, fruta, peixe, produtos lácteos pobres em gordura, cereais pouco processados e azeite. Através da ingestão destes alimentos é possível ter uma alimentação rica em fibras, potássio, magnésio, cálcio e pobre em sódio, colesterol, gorduras saturadas e trans (hidrogenadas). Reforçou-se a importância da ingestão do peixe nomeadamente, devido à presença de ácidos gordos ómega 3 e do chá verde pelos flavonoides, uma vez que estes correspondem a alguns dos compostos protetores do AVC.

Foi reforçado igualmente a importância de optar por alimentos que permitem a redução da ingestão de sal e que mantenham os alimentos saborosos, nomeadamente, através do uso de especiarias e ervas aromáticas e adição de alho/cebola às hortaliças.

O comportamento sedentário está associado ao risco aumentado de AVC, deste modo, e no período anteriormente referido, juntamente com o utente e esposa, foi discutido um programa de atividade física capaz de contemplar as necessidades e interesses do Sr. M.S.. Deste modo, o utente e esposa iniciaram um programa de exercício físico, através de caminhadas diárias de 30 minutos.

**APÊNDICE VIII – Avaliação formativa – estágio vertente sensório-
motora**

ANEXO II

___ CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Mónica Filipa Silva Martins

Local de Estágio: UCC - Puidor⁺ Início: 11-11-2013 Fim: 14-02-2014

Orientador: Cláudio do Santo Melo

A Estudante Mónica teve uma boa integração na equipa.

Demonstrou ter adquirido as competências pertinentes ao Enfermeiro Especialista em Reabilitação, atingindo os objectivos propostos para o presente curso clínico.

Durante o estágio revelou capacidade de trabalho, organização, competências técnicas, comunicacionais/relacionais, planeando/executando e reflectindo de forma sistematizada os cuidados de Enfermagem, a realizar ao utente/família. Considero que a Estudante Mónica realizou um excelente estágio, aliando a teoria à prática.

DATA:

→ V.S.F.F.

ASSINATURAS:	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE
	<u>Paulo J. P. Pinto</u>	<u>Cláudio</u>	<u>Mónica</u>

→ profissional, com sentido de missão,
ética e deontologia Profissional.

APÊNDICE IX – Plano de cuidados Sr. V.P.



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Marvila

PLANO DE CUIDADOS

Elaborado por:

Mónica Filipa Silva Martins N° 4753

Enfermeira Orientadora:

Enfermeira Fátima Mendanha

Professor Orientador:

Professora Vanda Marques Pinto

Outubro, 2013

AVALIAÇÃO DO UTENTE

DATA DA AVALIAÇÃO – 04-10-2013

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Sr. V. P.

Idade: 94 anos.

Género: Masculino

CONTEXTUALIZAÇÃO

Utente viúvo há oito anos, residente no lar de Santa Teresinha das Missionárias da Caridade na freguesia de Marvila desde falecimento da esposa em 2005. Sem filhos, nem familiares conhecidos depende totalmente do apoio das irmãs e dos voluntários do lar. Quando questionados sobre a história familiar e saúde/doença do utente antes de dar entrada para o lar, tanto as irmãs como os voluntários têm poucas informações. O Sr. V.P. é descrito como um utente reservado no que consta a informações sobre a vida passada, tendo apenas partilhado algumas delas ao fim de sete meses de presença no lar.

Segundo os cuidadores, antes do falecimento da esposa, o casal residia na freguesia dos Lóios e estabelecia uma relação de amizade com uma vizinha considerada por ambos como uma familiar. Esta, teria prometido que cuidaria do Sr. V.P. após o falecimento da esposa, facto que não aconteceu pois dois meses após o falecimento, esta vizinha solicitou a entrada do Sr. V.P. no lar. Após a entrada no lar, apenas se deslocou para tratar de questões burocráticas não voltando até à data de hoje para visitá-lo, desconhecendo-se assim, o paradeiro da mesma.

De acordo com os voluntários, esta senhora teria uma procuração para movimentar as poupanças bancárias do casal, tendo tomado posse das mesmas antes de solicitar a entrada do utente no lar. Atualmente os custos com o utente são suportados pela reforma do mesmo, que segundo os cuidadores, não é suficiente para fazer face às necessidades do mesmo. Um dos voluntários do lar, tendo em conta a situação do Sr. V.P., assumiu o compromisso de assegurar monetariamente as necessidades que o montante da reforma não suporta.

Segundo as irmãs, o utente é reformado das forças armadas portuguesas, tendo a 4ª classe de escolaridade. Esteve destacado na guerra do ultramar ocupando a patente de comandante das tropas portuguesas em Angola. De acordo com a madre superiora, antes do destacamento para a guerra, exercia funções num quartel que não sabe especificar o nome nem o tipo de funções. Quando questionada se o utente manuseava produtos químicos ou se encontrava em algum departamento de limpeza de armas, a madre superiora não soube responder.

Sobre a história de saúde/doença, e segundo os cuidadores o Sr. V.P., aquando da entrada no lar o mesmo deambulava com ajuda de uma bengala sendo independente na maioria das atividades de vida, exceto no banho, em que necessitava de ajuda parcial. Quando questionados sobre a história respiratória neste período de oito anos, os cuidadores afirmam que na estação do inverno era frequente o Sr. V.P. constipar-se e existiram episódios de infeções respiratórias, resolvidos pelo médico assistente do centro de saúde.

Com a evolução da demência aterosclerótica nestes últimos oito anos, a ocorrência de episódios de epilepsia (que culminaram alguns deles em quedas) e de rabdomiólise, o Sr. V.P. foi tornando-se progressivamente mais dependente. Desde 2010, que o utente tem passado mais tempo no leito, fazendo levantar para a cadeira de rodas no período das refeições. Desde que passa mais tempo no leito, os cuidadores referem que os episódios de infeções respiratórias tornaram-se mais frequentes, sendo que no 1º semestre de 2013, teve três internamentos hospitalares por traqueobronquite aguda em março, abril e maio respetivamente, sendo entubado com SNG durante o internamento de março, devido a acumulação de secreções que impediam uma deglutição eficaz. Durante o internamento hospitalar de abril do

presente ano, vivenciou um episódio de AVC isquémico, no entanto, na nota de alta hospitalar não vêm mencionadas sequelas decorrentes do mesmo.

Após internamento hospitalar de abril, o utente regressou ao lar com úlceras de pressão em ambas as regiões trocantéricas, esquerda e direita, no primeiro dedo do pé direito e maceração na região sagrada. Em setembro de 2013 as úlceras trocantéricas agravaram-se, estando desde então acamado permanentemente.

O Sr. V.P. partilha quarto com mais dois idosos, quarto que possui luz natural, é arejado e espaçoso, com armário pessoal com roupa, têxtil de cama e produtos de higiene próprios. Tem cama articulada, colchão de pressões alternas e aspirador de secreções próprio.

HISTÓRIA RESPIRATÓRIA

História clínica atual: Infecções respiratórias de repetição, resultantes em internamento hospitalar, sendo o último em maio de 2013. Realizou Rx Tórax que revelou reforço peri-hilar bilateral. Cumpriu antibioterapia associada a cinesioterapia respiratória, com indicação para manter em domicílio como profilaxia de infeções respiratórias recorrentes, com o objetivo de reeducar o diafragma, melhorar a expansão pulmonar, promover uma correção postural e readaptação ao esforço na realização das AVD. Apresenta à auscultação acumulação de secreções nos lobos superiores de ambos os hemotórax, esquerdo e direito e manifesta quadro de cansaço fácil a médios esforços com repercussões a nível da realização das AVD.

Diagnóstico: Traqueobronquite.

Hábitos Aditivos (tabaco, álcool e toxicofilia): Não apresenta. Segundo os voluntários do lar, nunca fumou, no entanto, às refeições apreciava beber um copo de vinho tinto ou uma cerveja. Desde que reside no lar não ingeriu bebidas alcoólicas.

Antecedentes Pessoais/Comorbilidades: AVC isquémico (Abril 2013) sem sequelas mencionadas na carta de alta hospitalar (espasticidade dos membros

inferiores presente antes do AVC), demência aterosclerótica, infecção do trato urinário (última em janeiro 2013), fibrilação auricular paroxística, rbdomiolise (último episódio em março 2013), epilepsia e glaucoma com consequente baixa de acuidade visual. Apresenta úlceras de pressão em ambas as regiões trocantéricas esquerda e direita, no primeiro dedo do pé direito e maceração na região sagrada.

História Familiar e Conviventes: Esposa faleceu de carcinoma, do qual os voluntários cuidadores não sabem especificar. Não são conhecidos outros familiares.

Evolução dos sintomas respiratórios e suas implicações nos outros sistemas: O Sr. V.P. verbaliza cansaço na realização das suas AVD, verificando-se nestes momentos curtos períodos de hiperventilação, embora apresente SPO2 de 96%.

Internamentos anteriores: Infecção respiratória em março de 2013 (admissão a 24-03-2013, alta a 28-03-2013), abril de 2013 (admissão a 02-04-2013, alta a 10-04-2013) e maio de 2013 (admissão a 17-05-2013, alta a 24-05-2013).

Alergias a fármacos ou outras: Desconhecido.

Sinais Vitais: TA: 120/58 mmHg FC: 90b/m SPO2: 96% (ar ambiente)

Dor: Utilizada escala PAINAD.

NOTA: A PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) é um instrumento que possibilita a avaliação da dor em repouso e durante os cuidados sem existir a necessidade de conhecer as manifestações habituais da pessoa. Está indicada para a avaliação da dor em idosos não comunicantes com dor aguda ou crónica. Este instrumento foi construído a partir de uma adaptação da escala *Discomfort Scale-Dementia of the Alzheimer's Type* (DS-DAT) e da escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC) com o intuito de permitir uma fácil quantificação da dor em idosos numa escala métrica de 0 a 10 pontos. Esta escala é formada pelos indicadores respiração, vocalização, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade, cada um deles pontuado de 0 a 2 pontos. A pontuação total varia de 0-10 pontos, a interpretação das pontuações é dor leve para scores

de 1-3 pontos, dor moderada para scores 4-6 e dor severa para scores 7-10. A PAINAD abrange apenas três das seis categorias de comportamentos não-verbais de dor descritas nas orientações da sociedade geriátrica americana, e que são: a expressão facial, verbalizações/vocalizações e a linguagem corporal (Batalha *et al.* 2012)

ESCALA PAINAD

Categoria	Item	Pontuação
Respiração independente da vocalização	Normal	0
	Respiração ocasional difícil. Curto período de hiperventilação.	1
	Respiração difícil e ruidosa.	2
	Período longo de hiperventilação. Respiração Cheyne-Stok.	2
Vocalização negativa	Nenhuma	0
	Queixume ou gemido ocasional	1
	Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação.	2
	Chamamento perturbado repetitivo. Queixume ou gemido alto. Choro.	2
Expressão facial	Sorridente ou inexpressiva.	0
	Triste. Amedrontada. Sobrancelhas franzidas.	1
	Esgar fácil.	2
Linguagem corporal	Relaxada.	0
	Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiada. Inrequieta.	1
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos flectidos. Resistência à aproximação ou ao cuidado. Agressiva.	2
Consolabilidade	Sem necessidade de consolo.	0
	Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque.	1
	Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar.	2

Dor: Utente demonstrou score 3 em repouso e score 5 aquando da realização das AVD.

Repouso:

Respiração independente da vocalização - 2
 Vocalização negativa - 1
 Expressão facial - 0
 Linguagem corporal - 0
 Consolabilidade - 0

Total 3

Após realização das AVD:

Respiração independente da vocalização - 2
 Vocalização negativa - 1

Expressão facial - 1
Linguagem corporal - 1
Consolabilidade - 0

Total 5

Tosse: Ineficaz.

Expetoração: Expetoração mucosa.

Terapêutica Habitual: Amiodarona 200 mg 1x dia; Esomeprazol 20 mg 1x dia; Alphagan 1 gota 3x ao dia; Levetiracetam 1000 3x dia; Ferro-Gradumet 1x dia; Duo Trav 1 gota ao deitar; Clonazepam 0.5 ao deitar, Trusopt 1 gota 3x dia e Bunil em SOS.

Estado Emocional: Comunicativo. Por apresentar demência aterosclerótica, não é possível avaliar alterações psicológicas ao nível emocional como ansiedade e depressão.

Pele e Mucosas: Coradas e hidratadas.

Circulação: Sem edemas, no entanto, apresenta sinais de insuficiência venosa periférica.

Nutrição: Alimentado por SNG. Aquando do internamento em março deste ano, teve avaliação da dietista que prescreveu dieta para manter no domicílio. Apresenta valor de IMC 19,1.

Hábitos Alimentares: Desconhece-se hábitos alimentares anteriores ao internamento no lar. De momento possui dieta prescrita pela dietista.

Exemplo de um plano prescrito:

Pequeno-almoço

- Papa (cinco seringas de alimentação x 60ml = 300 ml + 30 ml de água limpa para lavar a sonda).

Meio da manhã

- Batido de fruta ou iogurte natural com fruta (três seringas de alimentação x 60ml = 180 ml + 100ml de água limpa para lavar a sonda).

Almoço

- Sopa de Legumes com carne ou peixe (quatro seringas de 60 ml).
- Batido de fruta (1 seringa de 60 ml).
- 30 ml de água para lavar a sonda.

Lanche

Escolher entre um dos seguintes alimentos, alterando-os durante a semana:

- Papa
- Batido de fruta
- Iogurte Natural com bolacha triturada

(Três seringas x 60 ml = 180 ml + 60 ml de água para lavar a sonda).

Jantar

- Sopa de Legumes com carne ou peixe (quatro seringas de 60 ml).
- Maça assada triturada (uma seringa de 60 ml).
- 30 ml de água para lavar a sonda.

Ceia

- Copo de leite

(Duas seringas de alimentação x 60ml = 120 ml + 60ml de água limpa para lavar a sonda).

Eliminação: Infecções urinárias de repetição, tendo cinco episódios no ano de 2012. Em 2013, teve apenas um episódio em janeiro. Sem problemas a nível da eliminação intestinal.

Sono e Repouso: Períodos de agitação esporádica, descanso noturno de cerca de 6 horas por noite.

Higiene e Vestir e Despir: Totalmente dependente na realização nas AVD, apresentando um score de 0 (dependência total) no Índice de Barthel.

Exercício físico: Não realiza.

Vacinação: Faz vacinação antigripal, tem PNV atualizado.

AVALIAÇÃO FÍSICA

EXAME NEUROLÓGICO

Estado de Consciência: Apresenta score 13 na escala de Glasgow, com abertura ocular espontânea (4), resposta verbal confusa (4) e na resposta motora, localiza a dor (5).

Estado de Orientação: Confuso no espaço, tempo e pessoa.

Atenção: Apresenta hipoprosexia, com diminuição da vigilância, tenacidade e concentração.

Memória: O utente demonstra alguma memória imediata pois é capaz de repetir três palavras não relacionadas ouvidas nos últimos 15 segundos. Os restantes tipos de memória (recente e remota) não foram possíveis de avaliar.

Linguagem: O utente não colaborou para a avaliação da linguagem.

Negligência Hemiespacial Unilateral: Não foi possível avaliar por falta de colaboração do utente.

Pares Cranianos:

I – Olfativo – O Sr. V.P. identificou o cheiro do azeite. O utente não fechou os olhos quando solicitado, por isso, optei por colocar o azeite num frasco que não identificasse o conteúdo. Oclui cada uma das narinas alternadamente e aproximei o frasco, posteriormente, questionei o utente se o cheiro era café ao que o utente não respondeu, quando questionei se o cheiro era azeite, ele acenou afirmativamente com a cabeça.

II – Ótico – De acordo com nota hospitalar o utente apresenta glaucoma com consequente baixa de acuidade visual. O utente não colaborou na avaliação deste par craniano.

III/IV e VI – Óculomotor/Pético-Troclear/Abducente – Para avaliar este par craniano, baixei a persiana do quarto e incidi uma luz pouco brilhante do canto externo para o interno de cada olho. Verificou-se uma pequena reação de ambas as pupilas.

V – Trigémeo - Na avaliação deste par craniano o utente colaborou no fechar dos olhos. Utilizei um algodão e testei a sensibilidade ao fazer passá-lo pela divisão maxilar, ao que o utente reagiu com um abanar da cabeça. Com o algodão toquei na pálpebra tendo o utente reagido com movimentos da mesma. Os movimentos da mastigação foram observados aquando da necessidade de aspirar o utente, em que este procurava trincar a sonda de aspiração.

VII – Facial - O utente não colabora quando solicitado para sorrir e para franzir o sobrolho, no entanto, o utente efetua estas expressões no dia-a-dia, sendo possível verificar simetria da face. Uma situação onde foi possível verificar estas expressões, ocorreu na avaliação do reconhecimento do doce, salgado e amargo. O utente esboçou um sorriso quando lhe foi colocado grãos açúcar e franziu o sobrolho aquando da colocação de sal e posteriormente sumo de lima, nos dois terços inferiores da língua.

VIII – Estato-Acústico – Para avaliar este par craniano coloquei-me atrás da cama do utente sem que este visse o relógio que tinha na mão, ocluí o ouvido direito e encostei o relógio ao ouvido esquerdo, de seguida perguntei ao utente se estava a ouvir um relógio ao que o utente sorriu e acenou afirmativamente com a cabeça. Procedeu-me à mesma manobra para o ouvido direito, ocluindo desta vez o esquerdo, a resposta foi a mesma. A divisão vestibular corresponde à sensação de equilíbrio e foi avaliada aquando dos levantes do utente, sendo apenas possível, no caso do Sr. V.P., avaliar o equilíbrio sentado. Ao colocar o utente sentado na cama, este desequilibra-se com facilidade sem apoio. Este desequilíbrio pode não estar relacionado com lesão deste par craniano, mas sim com o facto de o utente desde setembro de 2013 não efetuar levante.

IX – Glossofaríngeo – Tal como nos dois terços da língua, também no 1/3 posterior da língua o utente esboçou um sorriso quando lhe foi colocado grãos açúcar e franziu o sobrolho aquando da colocação de sal e posteriormente sumo de lima.

X – Vago - Este par craniano foi avaliado através do toque com uma espátula na porção posterior da língua, que provocou o reflexo do vômito no Sr. V.P. Verificou-se igualmente tosse ineficaz.

XI – Espinhal - Não foi avaliado por falta de colaboração do utente.

XII - Grande Hipoglosso – Em relação a este par craniano apenas se observou que o utente demonstra alguns movimentos de lateralidade da língua, não apresentando desvio da úvula.

Motricidade:

Avaliada força através da escala de Lower (Anexo II)

Segmentos	Movimentos		
Cabeça e pescoço	Flexão	4//5	
	Extensão	4//5	
	Flexão lateral esquerdo	4//5	
	Flexão lateral direito	4//5	
	Rotação	4//5	
Membro Superior		Direito	Esquerdo
Escapulo-umeral	Flexão	3//5	4//5
	Extensão	3//5	4//5
	Adução	3//5	4//5
	Abdução	3//5	4//5
	Rotação interna	3//5	4//5
	Rotação externa	3//5	4//5
Cotovelo	Flexão	3//5	4//5
	Extensão	4//5	4//5
Antebraço	Pronação	4//5	4//5

	Supinação	4/5	4/5
Punho	Flexão palmar	3/5	3/5
	Dorsi-flexão	3/5	3/5
	Desvio radial	3/5	3/5
	Desvio cubital	3/5	3/5
	Circundação	3/5	3/5
Dedos	Flexão	3/5	3/5
	Extensão	3/5	3/5
	Adução	4/5	3/5
	Abdução	4/5	3/5
	Circundação	3/5	3/5
	Oponência do polegar	3/5	3/5
Membro Inferior		Direito	Esquerdo
Coxo-femural	Flexão	2/5	5/5
	Extensão	2/5	5/5
	Adução	2/5	5/5
	Abdução	2/5	5/5
	Rotação interna	2/5	5/5
	Rotação externa	2/5	5/5
Joelho	Flexão	1/5	5/5
	Extensão	1/5	5/5
Tíbio-társica	Flexão plantar	2/5	5/5
	Flexão dorsal	2/5	5/5
	Inversão	2/5	5/5
	Eversão	2/5	5/5
Dedos	Flexão	3/5	5/5
	Extensão	3/5	5/5
	Adução	3/5	5/5
	Abdução	3/5	5/5

Tónus Muscular

Avaliação da espasticidade através da Escala Modificada de Ashworth (Anexo III)

Segmentos	Movimentos		
Cabeça e pescoço	Flexão	1	
	Extensão	1	
	Flexão lateral esquerdo	1	
	Flexão lateral direito	1	
	Rotação	1	
Membro Superior		Direito	Esquerdo
Escapulo-umeral	Flexão	1+	1
	Extensão	1+	1
	Adução	1+	1
	Abdução	1+	1
	Rotação interna	2	1+
	Rotação externa	2	1+
Cotovelo	Flexão	1+	1
	Extensão	1+	1
Antebraço	Pronação	1	1
	Supinação	1	1
Punho	Flexão palmar	2	1+
	Dorsi-flexão	2	1+
	Desvio radial	2	1+
	Desvio cubital	2	1+
	Circundação	2	1+
Dedos	Flexão	1	1+
	Extensão	1	1+
	Adução	1	1+
	Abdução	1	1+
	Circundação	1	1+

	Oponência do polegar	1	1+
Membro Inferior		Direito	Esquerdo
Coxo-femural	Flexão	4	3
	Extensão	4	3
	Adução	4	3
	Abdução	4	3
	Rotação interna	4	3
	Rotação externa	4	3
Joelho	Flexão	4	4
	Extensão	4	4
Tíbio-társica	Flexão plantar	3	3
	Flexão dorsal	3	3
	Inversão	3	3
	Eversão	3	3
Dedos	Flexão	3	3
	Extensão	3	3
	Adução	3	3
	Abdução	3	3

Coordenação Motora

Não foi possível avaliar, pois o utente não colabora para a realização da prova índex – nariz, indicação de Barany, dos movimentos alternados e calcanhar – joelho.

Sensibilidade

Superficial - Sensibilidade tátil

Segmento cabeça e pescoço - Tocando levemente com uma compressa ao longo da cabeça e pescoço, o utente reagia ao toque movimentando ambos os segmentos avaliados.

Membro superior esquerdo e direito - Tocando levemente com uma compressa ao longo da escapulo-umeral, cotovelo, antebraço, punho e dedos, o utente reagia ao toque movimentando os segmentos avaliados.

Membro inferior esquerdo - Tocando levemente com uma compressa ao longo da coxa femural, joelho e tibiotársica o utente reagia ao toque movimentando ambos os segmentos avaliados. Ao toque dos dedos o utente revelou hipostesia.

Membro inferior direito - Tocando levemente com uma compressa ao longo da coxa femural e joelho o utente reagia ao toque movimentando ambos os segmentos avaliados. Ao toque da tibiotársica e dedos o utente revelou hipoestesia.

Superficial - Sensibilidade térmica

Segmento cabeça e pescoço - Tocando levemente primeiro com uma seringa com água fria e posteriormente, com uma seringa com água quente ao longo da cabeça e pescoço, o utente reagia às temperaturas movimentando ambos os segmentos avaliados.

Membro superior esquerdo e direito - Tocando levemente primeiro com uma seringa com água fria e posteriormente, com uma seringa com água quente ao longo da escapulo-umeral, cotovelo, antebraço, punho e dedos, o utente reagia às temperaturas movimentando os segmentos avaliados.

Membro inferior esquerdo e direito - Tocando levemente primeiro com uma seringa com água fria e posteriormente, com uma seringa com água quente ao longo da coxa femural, joelho, tibiotársica e dedos o utente reagia às temperaturas movimentando os segmentos avaliados.

Superficial - Sensibilidade dolorosa

Segmento cabeça e pescoço - Tocando levemente com a ponta de uma lapiseira ao longo da cabeça e pescoço, o utente reagia ao estímulo movimentando ambos os segmentos avaliados.

Membro superior esquerdo e direito - Tocando levemente com a ponta de uma lapiseira ao longo da escapulo-umeral, cotovelo, antebraço, punho e dedos, o utente reagia ao estímulo movimentando os segmentos avaliados.

Membro inferior esquerdo e direito - Tocando levemente com a ponta de uma lapiseira ao longo da coxa femural, joelho e tibiotársica o utente reagia ao estímulo nos segmentos avaliados. Ao toque nos dedos o utente revelou hipotalgesia.

Sensibilidade

Superficial - Profunda – Não foi possível avaliar com rigor este tipo de sensibilidade, por falta de colaboração do utente.

Marcha

O utente não assume a posição ortostática, não sendo por isso, possível a avaliar a marcha.

Padrão Respiratório e suas características.

Exame objetivo do Tórax:

Inspeção estática: Morfologia torácica normal, sem cianose, sem assimetrias do tórax, sem deformações nem alterações cutâneas.

Inspeção dinâmica: Movimentos torácicos diminuídos, amplitude pouco profunda e simetria torácica mantida, frequência respiratória de 23 ciclos respiratórios por minuto com respiração predominantemente abdominal, não utiliza os músculos respiratórios acessórios, retração ou tiragem intercostal/supra esternal ausente, relação tempo inspiratório/expiratória: tempo inspiratório longo em relação ao expiratório e sem dispneia.

Palpação: Expansibilidade diminuída, sem presença de tumefações e lesões cutâneas e sem presença de adenopatias (axilares, supraclaviculares e cervicais).

Percussão: Macicez, ar substituído por secreções.

Hipocratismo digital: Ausente.

Auscultação Pulmonar: Roncos e ferveores nos lobos superiores dos hemitoráx direito e esquerdo. Roncos dispersos em ambos os lobos inferiores.

Avaliação Nutricional: Peso: 50 kg Altura: 1,62 m IMC: 19,1.

AVALIAÇÃO DA DISPNEIA

Uma vez que o utente não apresenta critérios para a utilização das escalas de avaliação de dispneia (visual analógica, Borg modificada, Mahler e Fletcher), optei por avaliar o comportamento respiratório do utente na realização das AVD. Deste modo, em decúbito dorsal, na posição de repouso antes do início da realização das AVD, o utente não apresenta períodos de hiperventilação, sendo o valor de SPO2 de 96%. Após a realização das AVD, verificam-se curtos períodos de hiperventilação com aumento de 23 para 25 ciclos respiratórios por minuto, no entanto o utente permanece com SPO2 de 96%. Responde afirmativamente que se encontra cansado quando questionado.

TOLERÂNCIA AO ESFORÇO

Responde afirmativamente a cansaço quando sujeito de médios esforços no decorrer das AVD.

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Acompanhamento psicológico: Sem acompanhamento.

EXAMES DE DIAGNÓSTICO

Exames Laboratoriais:

Hemograma: Hemoglobina: 12,2 g/dL;

Gasimetria arterial: pH: 7.42; pCO₂: 41.8mmHg; pO₂: 88.6 mmHg; SPO₂: 96%; HCO₃: 26.4mmol/L

EXAMES IMAGIOLÓGICOS

Radiografia de Tórax: Revela reforço perihilar bilateral, hemicúpulas diafragmáticas direita e esquerda sem apagamento dos seios costo-frénico e cardio-frénico.

TREINO DE EXERCÍCIOS

Reeducação Funcional respiratória: exercícios adaptados às necessidades do Sr. V.P.

OBJETIVOS

- Limpeza das vias aéreas (drenagem de secreções);
- Reexpansão Pulmonar;
- Reeducação ao esforço.

PROGRAMA

NOTA: Uma vez que se trata de um utente com 94 anos de idade, e para melhor tolerância do mesmo, foi aplicado um programa com exercícios de acordo com os diferentes decúbitos.

- Explicar o procedimento aos cuidadores.
- Avaliar os sinais vitais do Sr. V.P.;

Exercícios em decúbito dorsal:

- Posição de relaxamento de modo a diminuir a tensão psíquica e muscular;

- Prevenir e corrigir defeitos ventilatórios, assinergias, melhorar a excursão diafragmática, promover expansão torácica e permitir drenagem de secreções através de exercícios de:

- Reeducação Diafragmática da porção posterior do diafragma;

- Reeducação costal da porção anterior através da reeducação costal superior e inferior;

Drenagem postural modificada dos lobos superiores e inferiores, associando manobras acessórias como a percussão e compressão em ambas as fases inspiratória e expiratória e vibração apenas na expiração.

Exercícios no decúbito lateral direito e esquerdo

- Prevenir e corrigir defeitos ventilatórios, assinergias, melhorar a excursão diafragmática, promover expansão torácica e permitir drenagem de secreções através de exercícios de:

- Reeducação da hemicúpula diafragmática direita;

- Abertura costal seletiva;

- Manobras acessórias de percussão e compressão em ambas as fases inspiratória e expiratória e compressão e vibração apenas na expiração.

- Associar aspirador de secreções no decorrer dos exercícios sempre que necessário;

- Promover o descanso do utente por alguns minutos

- Efetuar auscultação pulmonar e avaliar os sinais vitais.

NOTA: Por apresentar diagnóstico de demência aterosclerótica e por se encontrar desorientado no espaço, tempo e pessoa, não é possível o ensino sobre o controlo e dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática. Por demonstrar apenas capacidade para ordens simples não foi possível ensinar sobre tosse dirigida nem assistida. Não foram utilizados dispositivos de mobilização de secreções e de promoção da expansão

pulmonar e mobilização de secreções, por não estarem disponíveis e por utente não ter capacidade sobre o ensino dos mesmos.

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Gestão da doença: Prestadores de cuidados do lar encarregue dos cuidados do utente demonstram conhecimentos relativos à sua situação de doença, sintomatologia e terapêutica.

Ensinos: Necessidade de ensinos relativos à prevenção e controlo das situações de agudização e ao planeamento e realização das AVD.

Promoção da saúde: Reforçar a importância de uma vigilância médica regular, da adesão à terapêutica e tratamentos, vacinação e nutrição adequada.

INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL

Assistente Social – Avaliar a necessidade de encaminhamento para a Assistente Social se necessário.

PLANO DE INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO

Identificação – Sr. V.P.

Idade – 94 anos

Data de início das sessões – 04-10-2013

Total de sessões – 16 sessões

Limitações à realização dos exercícios – Acamado desde setembro de 2013, por agravamento das úlceras de pressão. Último levante no final de agosto de 2013.

Diagnóstico de enfermagem

Défi ce no padrão respiratório relacionado com traquebronquite, manifestado por diminuição da expansão pulmonar, tolerância ao esforço e aumento de secreções nos lobos superiores dos hemitoráx direito e esquerdo.

Resultado esperado

Que o Sr. V.P., até ao final das sessões de RFR, consiga realizar uma expansão pulmonar mais eficaz, aumente a sua tolerância ao esforço na realização das AVD e diminua a presença de secreções.

Sistemas de enfermagem: intervenções de enfermagem de reabilitação

Sistema totalmente compensatório e sistema de apoio-educação através de ensino, treino, orientação e supervisão

- Consultar o processo clínico e exames complementares de diagnóstico existentes (análises como hemoglobina, gasimetria arterial, Rx tórax, entre outros), para traçar-se um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação (ER) individualizado;
- Realizar avaliação inicial do Sr. V.P. e da sua função motora e respiratória (monitorizar a frequência, ritmo e amplitude respiratória, bem como a presença ou não de sinais de dificuldade respiratória (dispneia, pieira, entre outros), para se traçar o plano de intervenção de ER de acordo com o seu grau de tolerância, aprendizagem, compreensão e de capacidade para realizar determinados exercícios;
- Monitorizar a oximetria e a frequência cardíaca no início e no final das sessões de RFR;

- Realizar a auscultação pulmonar no início e no final das sessões de RFR;
- Avaliar a dor no início e no final das sessões de RFR, recorrendo à PAINAD;
- Avaliar o tipo padrão respiratório nas pré e pós sessões;
- Avaliar a presença de dispneia para adequar os exercícios às necessidades/limitações do Sr. V.P.;
- Validar com os cuidadores conhecimentos sobre aspiração de secreções e os cuidados de higienização do dispositivo utilizado (aspirador de secreções) durante as sessões de RFR;
- Ensinar aos cuidadores posições de descanso e de relaxamento para o Sr. V.P. de modo a adotá-las sempre que necessário;
- Promover um ambiente aquecido, calmo e tranquilo, bem como o uso de roupa larga e leve, que facilitam o relaxamento físico e psíquico para a realização das sessões de RFR;
- Incentivar os cuidadores a colaborar no plano de RFR do Sr. V.P., explicando-lhes todos os procedimentos, o que é, e quais as suas vantagens, esclarecendo todas as suas dúvidas;
- Promover a privacidade do Sr. V.P. durante a realização das sessões de RFR.
- Aplicar o programa de RFR:

NOTA: Uma vez que se trata de um utente com 94 anos de idade, e para melhor tolerância do mesmo, foi aplicado um programa com exercícios de acordo com os diferentes decúbitos.

- Explicar o procedimento aos cuidadores;
- Avaliar os sinais vitais do Sr. V.P.

Exercícios em decúbito dorsal:

- Colocar o utente em decúbito dorsal com almofada a apoiar a cabeça desde as omoplatas. Apesar de o utente apresentar limitações na extensão de ambos os membros inferiores, efetuou-se a extensão dos mesmos até o utente tolerar, sendo colocada uma almofada sob a região poplíteia com o intuito de promover a curvatura fisiológica da articulação do joelho, para um maior relaxamento dos músculos abdominais. Deste modo é possível diminuir a tensão psíquica e muscular.
- Prevenir e corrigir defeitos ventilatórios, assinergias, melhorar a excursão diafragmática, promover expansão torácica e permitir drenagem de secreções através de exercícios de:

Reeducação Diafragmática da porção posterior do diafragma. Mantendo o Sr. V.P. na posição de decúbito dorsal, coloquei uma mão acima do esterno do utente e a outra apoiei sobre a região anterior do abdómen de modo a que esta acompanhe a dinâmica diafragmática, ao mesmo tempo que exerce uma ligeira pressão abdominal na fase expiratória do utente.

Reeducação costal da porção anterior através da reeducação costal superior e inferior. Mantendo o Sr. V.P. em decúbito dorsal, e durante os seus movimentos inspiratórios, posicionei ambas as mãos nas regiões superiores do tórax, aplicando uma suave resistência nessa mesma região de modo a expandir o tórax. Nos movimentos expiratórios, apliquei uma ligeira pressão das palmas das mãos de modo a acompanhar estes mesmos movimentos.

Reeducação costal inferior mantendo o Sr. V.P. na posição de relaxamento. Posicionadas as mãos bilateralmente na face lateral costal, apliquei uma resistência suave no movimento inspiratório, para auxiliar a expansão do tórax. No movimento expiratório assisti os movimentos da caixa torácica para baixo e para dentro.

Reeducação costal global mantendo o Sr. V.P. em decúbito dorsal com almofada na cabeça, efetua-se a elevação dos membros superiores na

inspiração, e descem-se os mesmos, na expiração. Não foi utilizado bastão por não colaboração do utente.

Drenagem postural modificada dos lobos superiores e inferiores, associando manobras acessórias como a percussão em ambas as fases inspiratória e expiratória e compressão e vibração apenas na expiração. Tendo em conta a idade do utente, intercalei estas manobras com os exercícios diafragmáticos para evitar a dessaturação.

Exercícios no decúbito lateral direito:

- Prevenir e corrigir defeitos ventilatórios, assinergias, melhorar a excursão diafragmática, promover expansão torácica e permitir drenagem de secreções através de exercícios de:

Reeducação da hemicúpula diafragmática direita, em que o Sr. V.P. foi colocado em decúbito lateral direito, com o membro inferior do mesmo lado mantido em semi-flexão e o membro inferior esquerdo foi estendido até o utente tolerar. Após me posicionar atrás do utente, coloquei uma das mãos na região torácica supralateral e a outra mão na face latero-inferior do tórax. Aquando da inspiração do utente, acompanhei o movimento exercendo uma ligeira pressão abdominal em direção ao ombro. Não foi aplicada resistência por intolerância do utente.

Abertura costal seletiva mantendo o utente em decúbito lateral direito, tal como na reeducação da hemicúpula diafragmática, fleti com uma mão a escapulo-umeral e estendendo o cotovelo na inspiração até à tolerância do Sr. V.P. e na expiração estendi a escapulo-umeral. A outra mão apoiei na costal inferior, aplicando uma pressão suave no final da expiração.

Associei neste decúbito manobras acessórias como a percussão em ambas as fases inspiratória e expiratória e compressão e vibração apenas na expiração.

Exercícios no decúbito lateral esquerdo:

Efetuados os mesmo exercícios do decúbito anterior, alterando apenas a posição para o lado esquerdo.

- Associar o aspirador de secreções no decorrer dos exercícios sempre que necessário;
- Promover o descanso do utente por alguns minutos;
- Efetuar auscultação pulmonar e avaliar os sinais vitais.

NOTA: Por apresentar diagnóstico de demência aterosclerótica e por se encontrar desorientado no espaço, tempo e pessoa, não é possível o ensino sobre o controlo e dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática. Por demonstrar apenas capacidade para ordens simples não foi possível ensinar sobre tosse dirigida nem assistida. Não foram utilizados dispositivos de mobilização de secreções e de promoção da expansão pulmonar e mobilização de secreções, por não estarem disponíveis e por utente não ter capacidade sobre o ensino dos mesmos. Durante o programa foi tido em atenção, aquando dos posicionamentos, das úlceras de pressão do utente, de modo a não causar desconforto.

- Iniciar os exercícios com uma série de 5 repetições e ir aumentando progressivamente até 10 repetições consoante a tolerância do Sr. V.P.;
- Dar sempre o reforço positivo ao Sr. V.P. durante a realização dos exercícios;
- Não realizar os exercícios imediatamente após as refeições, respeitando pausas na realização dos exercícios;
- Validar e supervisionar todos os ensinamentos realizados aos cuidadores do Sr. V.P., demonstrando disponibilidade para esclarecer todas as dúvidas e receios;
- Realizar registos de enfermagem de reabilitação no processo individual do Sr. V.P.;

AVALIAÇÃO:

04/10/2013 (1ª Sessão de RFR)

-Sinais Vitais – Pré – sessão

- **TA** – 120/58 mmHg

- **FC:** 90b/m

-**FR:** 23 ciclos/minuto

-**SPO2:** 96 % (ar ambiente)

-**Auscultação Pulmonar:** Roncos nos lobos superiores dos hemitoráx direito e esquerdo. Roncos dispersos em ambos os lobos inferiores.

-**Rx Tórax:** Revela reforço perihilar bilateral, hemicúpulas diafragmáticas direita e esquerda sem apagamento dos seios costo-frénico e cardio-frénico.

-**Avaliação da Dispneia:** Em decúbito dorsal, na posição de repouso antes do início dos exercícios, o utente apresenta-se sem períodos de hiperventilação, eupneico com SPO2 96 % (ar ambiente).

-**Inspeção estática do tórax:** Morfologia torácica normal, sem sinais de cianose, sem assimetrias do tórax, sem deformações nem alterações cutâneas.

-**Inspeção dinâmica do tórax:** Movimentos torácicos diminuídos, amplitude superficial e simetria torácica mantida, frequência respiratória de 23 ciclos respiratórios por minuto com respiração intercostal, não utiliza os músculos respiratórios acessórios, retração ou tiragem intercostal/supra esternal ausente, relação tempo inspiratório/expiratório: tempo inspiratório longo em relação ao expiratório e sem dispneia.

-**Dor:** Utilizada escala PAINAD, em que o utente demonstrou score 3 em repouso.

Repouso:

Respiração independente da vocalização - 2

Vocalização negativa - 1

Expressão facial - 0
Linguagem corporal - 0
Consolabilidade - 0

Total 3

Nesta 1ª sessão de RFR dei maior ênfase aos exercícios em decúbito dorsal por o utente demonstrar desconforto nos decúbitos laterais conseguindo realizar uma série de 5 repetições, respeitando momento de pausa entre as mesmas. Foi necessário aspirar no final das séries por apresentar acumulação de secreções que tinha dificuldade em expelir. Foram aspiradas secreções em grande quantidade. Pude constatar que o aspirador de secreções possuía os tubos bastantes sujos e que a sonda de aspiração estava sem qualquer proteção e a tocar no chão. Questionei o voluntário permanente sobre o sucedido, tendo o mesmo, referido que o utente tinha sido aspirado com os tubos sujos e que alguém se tinha esquecido de desperdiçar a sonda. Alertei o mesmo, assim como as irmãs que prestam cuidados ao utente em causa, sobre a necessidade imediata de substituir os tubos e de colocar nova sonda e os perigos que constituía para a saúde do utente as más condições que o aparelho apresentava. Nesse mesmo dia os tubos foram substituídos, todos os componentes da máquina foram limpos e foi colocada nova sonda de aspiração com proteção. Foram efetuados os ensinamentos de como limpar os tubos, da periodicidade da mudança da sonda de aspiração e limpeza dos componentes da máquina, os quais foram bem aceites. Asseguradas as condições de segurança e higiene procedeu-se à aspiração orotraqueal, colocando a cabeça em o hiperextensão e o pescoço em flexão. Foi observada a aspiração de secreções por parte de uma das irmãs cuidadoras do utente, tendo sido instruída para não aspirar por um tempo superior a 15 segundos, pois ao aspirar secreções aspira-se igualmente ar, reduzindo o conteúdo aéreo nos pulmões. Avaliados sinais vitais e promovido descanso do utente. Na 1ª sessão não foi efetuado levantar para a cadeira após exercícios por o utente, quando questionado, ter verbalizado cansaço.

Sinais Vitais – Pós - sessão

- **TA** – 125/65 mmHg

- **FC**: 88b/m

-**FR**: 22 ciclos/minuto

-**SPO2**: 96 % (ar ambiente)

-**Auscultação Pulmonar**: Roncos nos lobos superiores dos hemitoráx direito e esquerdo e roncos dispersos em ambos os lobos inferiores, embora diminuídos em relação à avaliação da pré-sessão.

-**Avaliação da Dispneia**: Após a realização do programa, utente apresenta curtos períodos de hiperventilação, no entanto, sem dispneia (SPO2 96 %).

-**Inspeção estática do tórax**: Morfologia torácica normal, sem sinais de cianose, sem assimetrias do tórax, sem deformações nem alterações cutâneas.

-**Inspeção dinâmica do tórax**: Movimentos torácicos aumentados e amplitude mais profunda em relação à avaliação pré-sessão. Simetria torácica mantida, frequência respiratória de 22 ciclos respiratórios por minuto com respiração intercostal, não utiliza os músculos respiratórios acessórios, retração ou tiragem intercostal/supra esternal ausente, relação tempo inspiratório/expiratório: tempo inspiratório mais curto em relação ao expiratório, quando comparado com a avaliação da pré-sessão. Sem dispneia.

-**Dor**: Utilizada escala PAINAD, em que o utente demonstrou score 5 no final do programa.

Respiração independente da vocalização - 1
Vocalização negativa - 1
Expressão facial - 1
Linguagem corporal - 1
Consolabilidade - 1

Total 5

07/10/2013 (2ª Sessão de RFR)

-Sinais Vitais: Pré – sessão

- **TA** – 109/61 mmHg

- **FC:** 81b/m

-**FR:** 22 ciclos/minuto

-**SPO2:** 96 % (ar ambiente)

-**Auscultação Pulmonar:** Roncos nos lobos superiores dos hemitoráx direito e esquerdo e roncos dispersos em ambos os lobos inferiores, menos audíveis em relação à primeira sessão.

-**Avaliação da Dispneia:** Em decúbito dorsal, na posição de repouso antes do início do programa, o utente apresenta-se sem períodos de hiperventilação, eupneico com SPO2 96%.

-**Inspeção estática do tórax:** Morfologia torácica normal, sem sinais de cianose, sem assimetrias do tórax, sem deformações nem alterações cutâneas.

-**Inspeção dinâmica do tórax:** Movimentos torácicos menos diminuídos e amplitude mais profunda em relação à 1ª sessão e simetria torácica mantida. Frequência respiratória de 22 ciclos respiratórios por minuto. Demonstra movimentos torácicos na respiração, no entanto, ainda predominam os movimentos intercostais, não utiliza os músculos respiratórios acessórios, retração ou tiragem intercostal/supra esternal ausente, relação tempo inspiratório/expiratório: tempo inspiratório ainda longo em relação ao expiratório, no entanto mais curto que na 1ª sessão. Sem dispneia.

-**Dor:** Utilizada escala PAINAD, em que o utente demonstrou score 3 em repouso.

Respiração independente da vocalização - 1
Vocalização negativa - 0
Expressão facial - 1
Linguagem corporal - 0
Consolabilidade - 1

Total 3

Na 2ª sessão de RFR mantiveram-se os exercícios em decúbito dorsal conseguindo realizar 6 repetições, foi respeitado momento de pausa entre as séries. Foi novamente necessário aspirar no final das séries por apresentar acumulação de secreções que tinha dificuldade em expelir. Foram aspiradas secreções em moderada quantidade. Foi possível validar a aquisição de conhecimentos por parte da irmã cuidadora, em relação ao ensino sobre a não aspiração do utente por um período superior a 15 segundos. Promovido descanso do utente.

O levante é um procedimento que deve ser realizado com vista ao treino do equilíbrio, preparação para a marcha, incentivo ao autocuidado e prevenção de úlceras e feridas. Assim sendo, o levante é tão importante como os posicionamentos no leito ou as mobilizações e requer um procedimento adequado, principalmente quando um utente realiza o seu primeiro levante após ter estado em longo período no leito, como é o caso do Sr. V.P.

Procedimento no levante:

- Explicar o procedimento ao utente e aos cuidadores;
- Preparar a cadeira de rodas colocando almofada de silicone pois o utente apresenta maceração na região sagrada;
- Fomentar a participação do utente, mesmo que a sua condição física não permita;
- Colocar a cadeira paralela a cama.

Uma vez que se tratava do 1º levante desde o mês de setembro efetuei o seguinte:

Posicionei o utente em semi-folley durante 10 minutos, questionei-o posteriormente se sentia-se bem, ao que respondeu afirmativamente com a cabeça. Foi avaliada TA: 100/58mmHg e b/m:76. Foi posicionado posteriormente em folley na cama durante mais 10 minutos, avaliada novamente TA: 100/56mmHg e b/m: 74. Foi questionado se tinha tonturas ao que o utente respondeu negativamente. Efetuado levante para a cadeira e

avaliados novamente sinais vitais após 10 minutos estar sentado na cadeira TA: 98/57mmHg e b/m: 74. O utente tolerou o levante por duas horas.

Após encontrar-se sentado na cadeira, foi alinhada a cabeça com a coluna vertebral, a região dorso-lombar foi apoiada no espaldar da cadeira até às omoplatas, a pélvis foi inclinada ligeiramente para a frente, sendo o peso suportado paralelamente sobre as tuberosidades isquiáticas, os joelhos mantiveram-se fletidos e os pés assentes, de modo a suportar ¼ do peso corporal. Este posicionamento foi instruído aos cuidadores do Sr. V.P.

-Sinais Vitais: Pós – sessão

- TA – 113/68 mmHg

- FC: 83b/m

-FR: 21 ciclos/minuto

-SPO2: 96 % (ar ambiente)

-Auscultação Pulmonar: Mantém roncos nos lobos superiores dos hemitoráx direito e esquerdo e roncos dispersos em ambos os lobos inferiores, embora diminuídos em relação à pré-sessão.

-Avaliação da Dispneia: Após a realização do programa, utente apresenta curtos períodos de hiperventilação ainda que diminuídos em relação à anterior, sem dispneia, eupneico SPO2 96%.

-Inspeção estática do tórax: Morfologia torácica normal, sem sinais de cianose, sem assimetrias do tórax, sem deformações nem alterações cutâneas.

-Inspeção dinâmica do tórax: Movimentos torácicos aumentados e amplitude mais profunda, em relação à pré-sessão anterior. A simetria torácica está mantida, frequência respiratória de 21 ciclos respiratórios por minuto com respiração intercostal, não utiliza os músculos respiratórios acessórios, retração ou tiragem intercostal/supraesternal ausente, relação tempo inspiratório/expiratório: tempo

inspiratório mais curto em relação ao expiratório que o verificado na pré-sessão anterior. Sem dispneia.

-Dor: Utilizada escala PAINAD, em que o utente demonstrou score 4 no final do programa.

Respiração independente da vocalização	- 1
Vocalização negativa	- 1
Expressão facial	- 1
Linguagem corporal	- 0
Consolabilidade	- 1
Total	4

08/10/2013 (3ª Sessão de RFR)

- TA – 110/61 mmHg

- FC: 81b/m

-Sinais Vitais: Pré - sessão

-FR: 20 ciclos/minuto

-SPO2: 96 % (ar ambiente)

-Auscultação Pulmonar: Roncos nos lobos superiores dos hemitoráx direito e esquerdo. À auscultação os roncos dispersos em ambos os lobos inferiores são menos acentuados quando comparados com a sessão anterior.

-Avaliação da Dispneia: Em decúbito dorsal, na posição de repouso antes do início do programa, o utente apresenta-se sem períodos de hiperventilação, eupneico SPO2 96 %.

-Inspeção estática do tórax: Morfologia torácica normal, sem sinais de cianose, sem assimetrias do tórax, sem deformações nem alterações cutâneas.

-Inspeção dinâmica do tórax: Movimentos torácicos aumentados em relação à sessão anterior, assim como a amplitude que se avalia mais profunda. Simetria

torácica mantida, frequência respiratória de 20 ciclos respiratórios por minuto com respiração toraco- abdominal, não utiliza os músculos respiratórios acessórios, retração ou tiragem intercostal/supraesternal ausente, relação tempo inspiratório/expiratório: tempo inspiratório mais curto em relação ao expiratório, quando comparado com a sessão anterior. Sem dispneia.

-Dor: Utilizada escala PAINAD, em que o utente demonstrou score 3 em repouso.

Respiração independente da vocalização	- 1
Vocalização negativa	- 0
Expressão facial	- 1
Linguagem corporal	- 0
Consolabilidade	- 1

Total 3

Mantidos exercícios em decúbito dorsal (6 repetições) e introduzidos exercícios em decúbito lateral. Utente tolerou os exercícios em decúbito dorsal e alguns exercícios em decúbito lateral, nomeadamente, apenas no decúbito lateral direito os exercícios de reeducação da hemicúpula diafragmática. Os restantes não foram efetuados, após o utente responder afirmativamente que estava a sentir cansaço. Não foi necessário aspirar o utente. Nesta sessão foi possível validar o conhecimento de uma irmã e do voluntário permanente sobre a colocação do Sr. VP. em posição de relaxamento. Foram validados igualmente conhecimentos sobre posicionamentos para alívio das áreas afetadas pelas úlceras de pressão.

Avaliados sinais vitais e promovido descanso do utente. Não foi efetuado levante para a cadeira de rodas, por o utente responder afirmativamente quando questionado quanto ao cansaço.

Neste dia foi observada a preparação da alimentação do almoço do utente e administração da alimentação através da SNG, por parte de uma das irmãs do lar, sendo que este momento constituiu uma oportunidade para validar conhecimentos.

Pude observar que antes de confeccionarem a comida, as irmãs e voluntárias lavam as mãos. Os alimentos (arroz, a carne e os legumes) foram cozinhados na mesma panela. Após a cozedura foram triturados, sendo posteriormente, adicionada

água fervida ao preparado por este último encontrar-se demasiado espesso. Foi informada que a preparação da alimentação é feita no próprio dia, cerca de duras horas antes de ser administrada e que da dieta fazem parte, legumes, carne, peixe, batata, arroz, massa, fruta e gelatina.

Em relação à administração da alimentação, verifiquei que a irmã, elevou a cabeceira da cama de forma a que esta estivesse mais alta que o corpo, posteriormente retirou a tampa da sonda e dobrou-a de modo a clampar para minimizar as entradas de ar. Com uma seringa aspirou para verificar se ainda existia conteúdo alimentar no estômago e, posteriormente introduziu cerca de 30 ml de água. Introduzida a água, procedeu à administração da alimentação de forma lenta. Administrada a alimentação, introduziu novamente com a seringa da água, cerca de 100ml de mesma, que me informou ser para hidratar o utente e também lavar a sonda. Terminada a administração, a irmã ia iniciar o baixar da cabeceira, o qual desaconselhei, sugerindo então para deixar a cabeceira tal como estava durante cerca de 30 minutos.

Sinais Vitais Pós – sessão

- **TA** – 100/59 mmHg

- **FC**: 78b/m

-**FR**: 20 ciclos/minuto

-**SPO2**: 96 % (ar ambiente)

-**Auscultação Pulmonar**: Roncos nos lobos superiores dos hemitoráx direito e esquerdo, verificando-se igualmente diminuição dos roncos em relação à pré-sessão anterior. À auscultação os roncos dispersos em ambos os lobos inferiores são menos acentuados quando comparados com à pré - sessão anterior.

-**Avaliação da Dispneia**: Após a realização do programa, utente apresenta curtos períodos de hiperventilação ainda que diminuídos em relação à sessão anterior, sem dispneia, eupneico SPO2 96%.

-Inspeção estática do tórax: Morfologia torácica normal, sem sinais de cianose, sem assimetrias do tórax, sem deformações nem alterações cutâneas.

-Inspeção dinâmica do tórax: Movimentos torácicos aumentados e amplitude mais profunda, em relação à pré-sessão anterior. A simetria torácica está mantida, frequência respiratória de 20 ciclos respiratórios por minuto com respiração intercostal mais expressiva em relação à pré-sessão, não utiliza os músculos respiratórios acessórios, retração ou tiragem intercostal/supraesternal ausente, relação tempo inspiratório/expiratório: tempo inspiratório mais curto em relação ao expiratório que o verificado na pré-sessão anterior. Sem dispneia.

-Dor: Utilizada escala PAINAD, em que o utente demonstrou score 5 no final do programa.

Respiração independente da vocalização	- 0
Vocalização negativa	- 1
Expressão facial	- 1
Linguagem corporal	- 2
Consolabilidade	- 1
	<hr/>
Total	5

11/10/2013 (4ª Sessão de RFR)

-Sinais Vitais Pré - sessão

- TA – 118/63 mmHg

- FC: 80 b/m

-FR: 20 ciclos/minuto

-SPO2: 96 % (ar ambiente)

-Auscultação Pulmonar: Roncos nos lobos superiores dos hemitoráx direito e esquerdo, no entanto, com diminuição dos mesmos em comparação com a sessão

anterior. À auscultação os roncosp dispersos em ambos os lobos inferiores mantêm-se menos acentuados tal como na sessão anterior.

-Avaliação da Dispneia: Em decúbito dorsal, na posição de repouso antes do início do programa, o utente sem períodos de hiperventilação, eupneico com SPO2 96%.

-Inspeção estática do tórax: Morfologia torácica normal, sem sinais de cianose, sem assimetrias do tórax, sem deformações nem alterações cutâneas.

-Inspeção dinâmica do tórax: Movimentos torácicos aumentados e amplitude que se avalia mais profunda, em relação à sessão anterior. Simetria torácica mantida, frequência respiratória de 20 ciclos respiratórios por minuto com respiração toraco-abdominal mais visível, não utiliza os músculos respiratórios acessórios, retração ou tiragem intercostal/supra esternal ausente, mantém-se relação tempo inspiratório/expiratório da sessão anterior: em que o tempo inspiratório é mais curto em relação ao expiratório. Sem dispneia.

-Dor: Utilizada escala PAINAD, em que o utente demonstrou score 3.

Respiração independente da vocalização	- 1
Vocalização negativa	- 0
Expressão facial	- 1
Linguagem corporal	- 0
Consolabilidade	- 1

Total 3

Por o utente na sessão anterior ter tolerado apenas alguns exercícios em decúbito lateral, optei nesta sessão não realizar todos os exercícios de ambos os decúbitos laterais, mas apenas alguns, de modo a que ambos os decúbitos laterais sejam trabalhados. Assim, mantive os exercícios em decúbito dorsal por serem tolerados pelo utente, no entanto foram apenas efetuadas 5 repetições. Introduzi posteriormente apenas os exercícios em decúbito lateral, nomeadamente, a reeducação da hemicúpula diafragmática direita e esquerda, os quais foram tolerados. Foi necessário aspirar o utente, efetuando aspiração brônquica seletiva

rodando a cabeça do utente para o lado direito e posteriormente esquerdo, com o intuito de aspirar as secreções da árvore traqueobrônquica direita e esquerda. Foram aspiradas secreções em moderada quantidade. Durante a realização da aspiração estava presente o voluntário permanente, ao qual foi explicado esta técnica.

Dado que as secreções apresentavam-se espessas, instilei na via aérea cerca de 1,5ml de soro fisiológico com o intuito de fluidificar as secreções, facilitando a sua remoção. Esta técnica foi explicada ao voluntário que estava presente.

Não foi efetuada a abertura costal seletiva nem as manobras acessórias por o utente responder afirmativamente, quando questionado se estava cansado. Avaliados sinais vitais e promovido descanso do utente. Não foi efetuado levante para a cadeira de rodas.

Sinais Vitais Pós – sessão

- **TA** – 127/73 mmHg

- **FC**: 91 b/m

-**FR**: 19 ciclos/minuto

-**SPO2**: 96 % (ar ambiente)

-**Auscultação Pulmonar**: Diminuição acentuada dos roncos nos lobos superiores dos hemitoráx direito e esquerdo. À auscultação verifica-se igualmente, diminuição dos roncos em ambos os lobos inferiores.

-**Avaliação da Dispneia**: Após a realização do programa, utente não apresenta períodos de hiperventilação, sem dispneia.

-**Inspeção estática do tórax**: Morfologia torácica normal, sem sinais de cianose, sem assimetrias do tórax, sem deformações nem alterações cutâneas.

-Inspeção dinâmica do tórax: Movimentos torácicos aumentados e amplitude profunda, em relação à pré - sessão anterior. Simetria torácica mantida, frequência respiratória diminuiu para 19 ciclos respiratórios por minuto com respiração toraco-abdominal mais visível, não utiliza os músculos respiratórios acessórios, retração ou tiragem intercostal/supraesternal ausente, relação tempo inspiratório/expiratório: tempo inspiratório é mais curto em relação ao expiratório. Sem dispneia.

-Dor: Utilizada escala PAINAD, em que o utente demonstrou score 5 no final do programa

Respiração independente da vocalização	- 1
Vocalização negativa	- 1
Expressão facial	- 1
Linguagem corporal	- 1
Consolabilidade	- 1
	<hr/>
Total	5

14/10/2013 (5ª Sessão de RFR)

-Sinais Vitais Pré – sessão

- **TA** – 102/60 mmHg

- **FC:** 82 b/m

-**FR:** 20 ciclos/minuto

-**SPO2:** 96 % (ar ambiente)

-Auscultação Pulmonar: Mantém diminuição dos roncos nos lobos superiores dos hemitoráx direito e esquerdo. À auscultação verifica-se igualmente a diminuição dos roncos em ambos os lobos inferiores auscultados na sessão anterior.

-Avaliação da Dispneia: Em decúbito dorsal, na posição de repouso antes do início do programa, eupneico e sem períodos de hiperventilação.

-Inspeção estática do tórax: Morfologia torácica normal, sem sinais de cianose, sem assimetrias do tórax, sem deformações nem alterações cutâneas.

-Inspeção dinâmica do tórax: Movimentos torácicos aumentados e amplitude profunda. Simetria torácica mantida, frequência respiratória de 20 ciclos respiratórios por minuto com respiração toraco- abdominal mais visível que na sessão anterior, não utiliza os músculos respiratórios acessórios, retração ou tiragem intercostal/supraesternal ausente, relação tempo inspiratório/expiratório: tempo inspiratório mantém-se mais curto em relação ao expiratório. Sem dispneia.

-Dor: Utilizada escala PAINAD, em que o utente demonstrou score 2 em repouso.

Respiração independente da vocalização	- 1
Vocalização negativa	- 0
Expressão facial	- 0
Linguagem corporal	- 1
Consolabilidade	- 0
	<hr/>
Total	2

Efetuada o mesmo programa da sessão anterior, no entanto, foram efetuadas 6 repetições dos exercícios em decúbito dorsal e 5 repetições dos exercícios da reeducação da hemicúpula diafragmática direita e esquerda. Todos os exercícios foram tolerados. Durante a realização dos exercícios verifiquei que o utente demonstrou o reflexo da tosse, ainda que este não fosse eficaz. Apesar de não ser possível o ensino da respiração diafragmática controlada e do som “Q”, aquando do reflexo demonstrado pelo utente, elevei a cabeceira da cama e efetuei a tosse assistida através da compressão manual vigorosa sobre a região hipogástrica na fase expiratória, verificando posteriormente, que o Sr. V.P. deglutiou as secreções. Este momento não só foi importante para verificar a capacidade do utente de efetuar este mecanismo de limpeza das vias aéreas, como também, foi um momento de observação do reflexo da deglutição do utente. Uma vez que o utente deglutiou as secreções, não foi necessário realizar aspiração de secreções. Foram avaliados sinais vitais e promovido descanso do utente. Não foi efetuado levantar para a cadeira de rodas, por o utente referir cansaço quando questionado.

Sinais Vitais Pós – sessão

- **TA** – 108/67 mmHg

- **FC**: 79 b/m

-**FR**: 19 ciclos/minuto

-**SPO2**: 96 % (ar ambiente)

-**Auscultação Pulmonar**: Mantém diminuição dos roncos nos lobos superiores dos hemitoráx direito e esquerdo. Verifica-se igualmente a diminuição dos roncos em ambos os lobos inferiores auscultados tal como na pré - sessão anterior.

-**Avaliação da Dispneia**: Após a realização do programa, utente mantém-se sem períodos de hiperventilação. Sem dispneia.

-**Inspeção estática do tórax**: Morfologia torácica normal, sem sinais de cianose, sem assimetrias do tórax, sem deformações nem alterações cutâneas.

-**Inspeção dinâmica do tórax**: Mantidos movimentos torácicos aumentados e amplitude mais profunda em relação à pré-sessão. Simetria torácica mantida, frequência respiratória de 19 ciclos respiratórios por minuto com respiração toraco-abdominal tal como na pré - sessão anterior, não utiliza os músculos respiratórios acessórios, retração ou tiragem intercostal/supra esternal ausente, relação tempo inspiratório/expiratório: tempo inspiratório mantém-se mais curto em relação ao expiratório. Sem dispneia.

-**Dor**: Utilizada escala PAINAD, em que o utente demonstrou score 3 no final do programa.

Respiração independente da vocalização - 0
Vocalização negativa - 1
Expressão facial - 1
Linguagem corporal - 1
Consolabilidade - 0

Total 3

15/10/2013 a 18/10/2013 (6ª e 7ª Sessões de RFR)

-Sinais Vitais Pré – sessão

- **TA** – 101/60 mmHg

- **FC**: 74 b/m

-**FR**: 19 ciclos/minuto

-**SPO2**: 96 % (ar ambiente)

-**Auscultação Pulmonar**: Mantém diminuição dos roncos nos lobos superiores dos hemitoráx direito e esquerdo, tal como na sessão anterior. Verifica-se igualmente a diminuição dos roncos em ambos os lobos inferiores auscultados tal como na sessão anterior.

-**Avaliação da Dispneia**: Em decúbito dorsal, na posição de repouso antes do início do programa, sem períodos de hiperventilação, eupneico com SPO2 96 %

-**Inspeção estática do tórax**: Morfologia torácica normal, sem sinais cianose, sem assimetrias do tórax, sem deformações nem alterações cutâneas.

-**Inspeção dinâmica do tórax**: Mantidos movimentos torácicos aumentados e amplitude mais profunda em relação à sessão anterior. Simetria torácica mantida, frequência respiratória de 19 ciclos respiratórios por minuto com respiração toraco-abdominal tal como na sessão anterior, não utiliza os músculos respiratórios acessórios, retração ou tiragem intercostal/supraesternal ausente, relação tempo inspiratório/expiratório: tempo inspiratório mantém-se mais curto que o expiratório, em relação à sessão anterior. Sem dispneia.

Dor: Utilizada escala PAINAD, em que o utente demonstrou score 2.

Respiração independente da vocalização - 0
Vocalização negativa - 0
Expressão facial - 0
Linguagem corporal - 1

Consolabilidade - 1

Total 2

Mantido programa anterior, introduzindo abertura costal em ambos os decúbitos laterais esquerdo e direito, mantendo 5 repetições dos exercícios em decúbito dorsal e lateral. Foram igualmente introduzidas as manobras acessórias. Durante a realização dos exercícios o utente demonstrou o reflexo da tosse, tendo efetuado a técnica da tosse assistida, para auxiliar o mesmo na eliminação das secreções. O reflexo da tosse foi mais frequente aquando da introdução das manobras acessórias. O utente deglutiu as secreções em todos os momentos do reflexo da tosse. Todos os exercícios foram tolerados, não sendo necessário aspirar o utente. Avaliados sinais vitais e promovido descanso do utente.

Não foi efetuado levante para a cadeira de rodas por utente verbalizar cansaço no final da realização dos exercícios.

Sinais Vitais Pós - sessão

- **TA** – 110/68 mmHg

- **FC**: 80 b/m

- **FR**: 19 ciclos/minuto

- **SPO2**: 97 % (ar ambiente)

-**Auscultação Pulmonar**: Diminuição dos roncos nos lobos superiores dos hemitoráx direito e esquerdo, em relação à pré-sessão anterior. Verifica-se igualmente a diminuição dos roncos em ambos os lobos inferiores auscultados em relação à pré-sessão.

-**Avaliação da Dispneia**: Após a realização do programa, não apresenta períodos de hiperventilação, sem dispneia. Aumento da saturação de O₂ de 96% para 97%.

-Inspeção estática do tórax: Morfologia torácica normal, sem sinais cianose, sem assimetrias do tórax, sem deformações nem alterações cutâneas.

-Inspeção dinâmica do tórax: Mantidos movimentos torácicos aumentados e amplitude mais profunda em relação à pré-sessão. Simetria torácica mantida, frequência respiratória de 19 ciclos respiratórios por minuto com respiração toraco-abdominal tal como na sessão anterior, não utiliza os músculos respiratórios acessórios, retração ou tiragem intercostal/supraesternal ausente, relação tempo inspiratório/expiratório: tempo inspiratório mantém-se mais curto em relação ao expiratório. Sem dispneia.

-Dor: Utilizada escala PAINAD, em que o utente demonstrou score 3 no final do programa.

Respiração independente da vocalização	- 0
Vocalização negativa	- 1
Expressão facial	- 1
Linguagem corporal	- 1
Consolabilidade	- 0
	<hr/>
Total	3

21/10/2013 (8ª Sessões de RFR)

Sinais Vitais Pré - sessão

- **TA** – 106/59 mmHg

- **FC:** 75 b/m

- **FR:** 19 ciclos/minuto

-**SPO2:** 97% (ar ambiente)

-Auscultação Pulmonar: Diminuição dos roncos nos lobos superiores dos hemitoráx direito e esquerdo, em relação à anterior. Verifica-se igualmente a

diminuição dos roncos em ambos os lobos inferiores auscultados em relação à sessão anterior.

-Avaliação da Dispneia: Em decúbito dorsal, na posição de repouso antes do início do programa, o utente apresenta-se sem períodos de hiperventilação, eupneico mantendo a mesma SPO2 de 97%.

-Inspeção estática do tórax: Morfologia torácica normal, sem sinais cianose, sem assimetrias do tórax, sem deformações nem alterações cutâneas.

-Inspeção dinâmica do tórax: Mantidos movimentos torácicos aumentados e amplitude mais profunda em relação à sessão anterior. Simetria torácica mantida, frequência respiratória de 19 ciclos respiratórios por minuto com respiração toraco-abdominal tal como na sessão anterior, não utiliza os músculos respiratórios acessórios, retração ou tiragem intercostal/supraesternal ausente, relação tempo inspiratório/expiratório: tempo inspiratório mantém-se mais curto em relação ao expiratório. Sem dispneia.

-Dor: Utilizada escala PAINAD, em que o utente demonstrou score 1.

Respiração independente da vocalização	- 0
Vocalização negativa	- 0
Expressão facial	- 1
Linguagem corporal	- 0
Consolabilidade	- 0

Total 1

Mantidas 5 repetições dos exercícios em decúbito dorsal e lateral, abertura costal em ambos os decúbitos laterais esquerdo e direito e associação de manobras acessórias. Tal como na sessão anterior, no decorrer da realização dos exercícios o utente demonstrou o reflexo da tosse, tendo novamente efetuado a técnica da tosse assistida, para auxiliar o mesmo na eliminação das secreções. O reflexo da tosse foi igualmente mais frequente aquando da introdução das manobras acessórias, tal como na sessão anterior. O utente deglutiu as secreções em todos os momentos. Os exercícios foram tolerados, não sendo necessário aspirar o utente por este ter deglutido as secreções. Avaliados sinais vitais e promovido descanso do utente.

Respeitado o descanso do utente, procedeu-se ao levantar do mesmo. Este foi posicionado em semi-folley durante 5 minutos, foi questionado se sentia-se bem, ao qual respondeu afirmativamente, com a cabeça. Foi avaliada, TA: 102/63mmHg e b/m:78. Foi posicionado posteriormente, em folley na cama durante mais 5 minutos, avaliada novamente TA: 103/66mmHg e b/m: 78. Foi questionado se tinha tonturas ao que o utente respondeu negativamente. Efetuado levantar para a cadeira, avaliados novamente sinais vitais após 10 minutos estar sentado na cadeira TA: 100/66mmHg e b/m: 77. O utente tolerou o levantar por duas horas.

Após oito sessões de RFR, verifiquei uma franca diminuição da acumulação de secreções, para além deste aspeto ocorreu um momento importante, a observação da capacidade do utente em deglutir nas últimas sessões. Tendo em conta esta observação, questionei a irmã se o Sr. V.P alimentava-se oralmente sem dificuldade antes da colocação da SNG, ao que a mesma confirmou reforçando ainda, que a mesma foi colocada devido à acumulação de secreções que dificultavam a deglutição.

Tendo observado o reflexo da deglutição, após avaliação favorável dos pares cranianos trigémeo, facial, glossofaríngeo, vago e grande hipoglosso, que permitiu confirmar a fase reflexa da deglutição, e nova consulta do processo do utente para confirmar que a colocação da sonda não foi por disfagia resultante do AVC isquémico, mas sim pela dificuldade em deglutir devido à presença de secreções, efetuei uma tentativa de ingestão de alimentos via oral, ao invés da SNG.

Juntamente com uma irmã do lar foi triturada a fruta cozida para o lanche a meio da manhã e, supervisionada por mim, a mesma administrou oralmente ao utente o lanche, o qual deglutiou sem dificuldade. Foi dada a indicação a todos os cuidadores do utente que apenas na minha presença se procedia à alimentação do Sr. V.P. oralmente, afim de evitarem-se riscos.

O Sr. V.P. aquando do internamento de março de 2013, teve avaliação da dietista, que de acordo com o processo prescreveu uma dieta de 1000Klcal diárias. Ao aplicar a equação de Harris-Benedict para o sexo masculino no Sr. V.P. verifica-se que este necessita de 927,3 calorias diárias.

Homens: $GEB = 66,5 + 13,8 \times \text{peso (kg)} + 5 \times \text{altura (cm)} - 6,8 \times \text{idade (anos)}$

Aplicação no Sr. V.P. - $66,5 + 13,8 \times 50 + 5 \times 162 - 6,8 \times 94 = 927,3$.

Quando questionada se mantinha a dieta prescrita, a irmã respondeu afirmativamente.

Uma vez que o utente possui três úlceras de pressão, as suas necessidades calórico-proteicas aumentam consideravelmente porque na cicatrização das feridas estão envolvidas determinadas interações físico-químicas muito complexas e que, por sua vez, exigem a presença de muitos nutrientes para a reparação da integridade celular. Por outro lado, também se verificam perdas elevadas de proteínas e albumina através da exsudação. Daí que o Sr. V.P. deveria fazer uma ingestão reforçada de hidratos de carbono, de proteínas, de lípidos, de vitaminas, de sais minerais e de água, por forma, a repor as deficiências existentes. Esta situação foi discutida com a equipa dos cuidados continuados, sendo considerada benéfica nova avaliação nutricional através do encaminhamento para a nutricionista do ACES.

Sinais Vitais Pós - sessão

- **TA** – 110/69 mmHg

- **FC**: 81 b/m

- **FR**: 19 ciclos/minuto

-**SPO2**: 97% (ar ambiente)

-**Auscultação Pulmonar**: Diminuição dos roncos nos lobos superiores dos hemitoráx direito e esquerdo, em relação à pré-sessão anterior. Verifica-se igualmente a diminuição dos roncos em ambos os lobos inferiores auscultados em relação à pré-sessão anterior.

-Avaliação da Dispneia: Em decúbito dorsal, na posição de repouso antes do início do programa, o utente apresenta-se sem períodos de hiperventilação, eupneico mantendo a mesma SPO2 de 97%.

-Inspeção estática do tórax: Morfologia torácica normal, sem sinais de cianose, sem assimetrias do tórax, sem deformações nem alterações cutâneas.

-Inspeção dinâmica do tórax: Mantidos movimentos torácicos aumentados e amplitude mais profunda em relação à pré-sessão anterior. Simetria torácica mantida, frequência respiratória de 19 ciclos respiratórios por minuto com respiração toraco- abdominal tal como na sessão anterior, não utiliza os músculos respiratórios acessórios, retração ou tiragem intercostal/supraesternal ausente, relação tempo inspiratório/expiratório: tempo inspiratório mantém-se mais curto em relação ao expiratório. Sem dispneia.

-Dor: Utilizada escala PAINAD, em que o utente demonstrou score 2.

Respiração independente da vocalização	- 0
Vocalização negativa	- 0
Expressão facial	- 1
Linguagem corporal	- 1
Consolabilidade	- 0
	<hr/>
Total	1

21/10/2013 e 25/10/2013 (9ª e 10ª Sessões de RFR)

Sinais Vitais Pré - sessão

- **TA** – 112/70 mmHg

- **FC:** 78 b/m

- **FR:** 19 ciclos/minuto

-**SPO2:** 97% (ar ambiente)

-Auscultação Pulmonar: Diminuição dos roncos nos lobos superiores dos hemitoráx direito e esquerdo, em relação à sessão anterior. Verifica-se igualmente a

diminuição dos roncos em ambos os lobos inferiores auscultados em relação à sessão anterior.

-Avaliação da Dispneia: Em decúbito dorsal, na posição de repouso antes do início do programa, o utente apresenta-se sem períodos de hiperventilação, eupneico mantendo a mesma SPO2 de 97%.

-Inspeção estática do tórax: Morfologia torácica normal, sem sinais de cianose, sem assimetrias do tórax, sem deformações nem alterações cutâneas.

-Inspeção dinâmica do tórax: Mantidos movimentos torácicos aumentados e amplitude mais profunda em relação à sessão anterior. Simetria torácica mantida, frequência respiratória de 19 ciclos respiratórios por minuto com respiração toraco-abdominal tal como na sessão anterior, não utiliza os músculos respiratórios acessórios, retração ou tiragem intercostal/supraesternal ausente, relação tempo inspiratório/expiratório: tempo inspiratório mantém-se mais curto em relação ao expiratório. Sem dispneia.

-Dor: Utilizada escala PAINAD, em que o utente demonstrou score 1.

Respiração independente da vocalização	- 0
Vocalização negativa	- 0
Expressão facial	- 1
Linguagem corporal	- 0
Consolabilidade	- 0

Total 1

Efetuada 6 repetições dos exercícios em decúbito dorsal e lateral, abertura costal em ambos os decúbitos laterais esquerdo e direito e associação de manobras acessórias. Tal como na sessão anterior, no decorrer da realização dos exercícios o utente demonstrou o reflexo da tosse, tendo novamente efetuado a técnica da tosse assistida, para auxiliar o mesmo na eliminação das secreções. O reflexo da tosse foi igualmente mais frequente aquando da introdução das manobras acessórias, tal como na sessão anterior. O utente deglutiu as secreções em todos os momentos. Os exercícios foram tolerados, não sendo necessário aspirar o utente por este ter deglutido as secreções. Avaliados sinais vitais e promovido descanso do utente.

Respeitado o descanso do utente, procedeu-se ao levantar do mesmo. Este foi posicionado em folley na cama durante 5 minutos, avaliada TA: 108/68 mmHg e b/m: 78. Foi questionado se tinha tonturas ao que o utente respondeu negativamente. Efetuado levantar para a cadeira, avaliados novamente sinais vitais após 5 minutos estar sentado na cadeira TA: 108/67mmHg e b/m: 78. O utente tolerou o levantar por duas horas.

Novamente em conjunto com a irmã do lar foi triturada a fruta cozida para o lanche a meio da manhã e, supervisionada por mim, a mesma administrou oralmente ao utente o lanche, o qual deglutiou sem dificuldade. Foi validada indicação a todos os cuidadores do utente que apenas na minha presença se procedia à alimentação do Sr. V.P. oralmente, a fim de evitarem-se riscos.

Sinais Vitais Pós - sessão

- **TA** – 108/67 mmHg

- **FC**: 78 b/m

- **FR**: 19 ciclos/minuto

-**SPO2**: 97% (ar ambiente)

-**Auscultação Pulmonar**: Diminuição dos roncos nos lobos superiores dos hemitoráx direito e esquerdo, em relação à pré-sessão anterior. Verifica-se igualmente a diminuição dos roncos em ambos os lobos inferiores auscultados em relação à sessão anterior.

-**Avaliação da Dispneia**: Em decúbito dorsal, na posição de repouso antes do início do programa, o utente apresenta-se sem períodos de hiperventilação, eupneico mantendo a mesma SPO2 de 97%.

-**Inspeção estática do tórax**: Morfologia torácica normal, sem sinais de cianose, sem assimetrias do tórax, sem deformações nem alterações cutâneas.

-Inspeção dinâmica do tórax: Mantidos movimentos torácicos aumentados e amplitude mais profunda em relação à pré-sessão anterior. Simetria torácica mantida, frequência respiratória de 19 ciclos respiratórios por minuto com respiração toraco- abdominal tal como na sessão anterior, não utiliza os músculos respiratórios acessórios, retração ou tiragem intercostal/supraesternal ausente, relação tempo inspiratório/expiratório: tempo inspiratório mantém-se mais curto em relação ao expiratório. Sem dispneia.

-Dor: Utilizada escala PAINAD, em que o utente demonstrou score 1.

Respiração independente da vocalização	- 0
Vocalização negativa	- 0
Expressão facial	- 1
Linguagem corporal	- 0
Consolabilidade	- 0

Total 1

28/10/2013 a 01/11/2013 (11^a à 13^a Sessões de RFR)

Sinais Vitais Pré - sessão

- **TA** – 101/63 mmHg

- **FC:** 80 b/m

- **FR:** 19 ciclos/minuto

-**SPO2:** 97% (ar ambiente)

-Auscultação Pulmonar: Diminuição dos roncos nos lobos superiores dos hemitoráx direito e esquerdo, em relação à sessão anterior. Verifica-se igualmente a diminuição dos roncos em ambos os lobos inferiores auscultados em relação à sessão anterior.

-Avaliação da Dispneia: Em decúbito dorsal, na posição de repouso antes do início do programa, o utente apresenta-se sem períodos de hiperventilação, eupneico mantendo a mesma SPO2 de 97%.

-Inspeção estática do tórax: Morfologia torácica normal, sem sinais de cianose, sem assimetrias do tórax, sem deformações nem alterações cutâneas.

-Inspeção dinâmica do tórax: Mantidos movimentos torácicos aumentados e amplitude mais profunda em relação à sessão anterior. Simetria torácica mantida, frequência respiratória de 19 ciclos respiratórios por minuto com respiração toraco-abdominal tal como na sessão anterior, não utiliza os músculos respiratórios acessórios, retração ou tiragem intercostal/supraesternal ausente, relação tempo inspiratório/expiratório: tempo inspiratório mantém-se mais curto em relação ao expiratório. Sem dispneia.

-Dor: Utilizada escala PAINAD, em que o utente demonstrou score 1.

Respiração independente da vocalização	- 0
Vocalização negativa	- 0
Expressão facial	- 1
Linguagem corporal	- 0
Consolabilidade	- 0
	<hr/>
Total	1

Introduzidas as sétima e oitava repetição dos exercícios em decúbito dorsal e lateral, abertura costal em ambos os decúbitos laterais esquerdo e direito e associação de manobras acessórias. Nas 11^a e 12^a sessões, durante a realização dos exercícios o utente demonstrou o reflexo da tosse, tendo novamente efetuado a técnica da tosse assistida, para auxiliar o mesmo na eliminação das secreções. O reflexo da tosse foi igualmente mais frequente aquando da introdução das manobras acessórias, tal como na sessão anterior. O utente deglutiu as secreções em todos os momentos. Os exercícios foram tolerados, não sendo necessário aspirar o utente por este ter deglutido as secreções.

Na 13^a sessão durante a realização das manobras acessórias o utente demonstrou o reflexo da tosse, no entanto, não foi necessário efetuar a técnica da tosse assistida, para auxiliar o mesmo na eliminação das secreções, pois o utente autonomamente, tossiu e deglutiu as secreções. Deste modo, não foi necessário

aspirar o utente por este ter deglutido as secreções. Foram avaliados sinais vitais e promovido descanso do utente.

Respeitado o descanso do utente, procedeu-se ao levantar do mesmo. Este foi posicionado em folley na cama, avaliada TA: 100/62 mmHg e b/m: 78. Foi questionado se tinha tonturas ao que o utente respondeu negativamente. Efetuado levantar para a cadeira, avaliados novamente sinais vitais após estar sentado na cadeira TA: 101/62mmHg e b/m: 78.

Nas 11^a e 12^a sessões a administração da fruta cozida do lanche a meio da manhã foi supervisionada por mim, verificando que o utente deglutia sem dificuldade. Na 13^a sessão foram-me mostradas fotografias de ocasiões festivas, nas quais pude verificar o utente sentado à mesa juntamente com os outros utentes do lar. Foi-me igualmente informado que o Sr. V.P., era uma pessoa reservada não participando das conversas às refeições, contudo gostava de estar à mesa a escutar os outros utentes a conversar. Perante esta informação, adequiei o meu horário de estágio e nesta sessão, levei o Sr. V.P. na cadeira até á sala de refeições para que este almoçasse juntamente com os outros utentes. Quando entrou na sala de refeições todos os presentes saudaram-no e cumprimentaram-no, ao que o Sr. V.P. demonstrou um sorriso aberto. Ingeriu sopa e fruta por via oral na companhia dos restantes utentes. Quando me despedi, o Sr. V.P. verbalizou um “obrigado”. Esta simples palavra comoveu-me e posso dizer que este momento, aparentemente simples, fez toda a diferença, fazendo com que sentisse realmente o que é o espírito da reabilitação.

Dei indicação para efetuarem a administração da alimentação por via oral nas restantes refeições do dia.

Sinais Vitais Pós - sessão

- **TA** – 104/66 mmHg

- **FC**: 76 b/m

- **FR:** 19 ciclos/minuto

-**SPO2:** 97% (ar ambiente)

-**Auscultação Pulmonar:** Diminuição dos roncos nos lobos superiores dos hemitoráx direito e esquerdo, em relação à pré-sessão anterior. Verifica-se igualmente a diminuição dos roncos em ambos os lobos inferiores auscultados em relação à sessão anterior.

-**Avaliação da Dispneia:** Em decúbito dorsal, na posição de repouso antes do início do programa, o utente apresenta-se sem períodos de hiperventilação, eupneico mantendo a mesma SPO2 de 97%.

-**Inspeção estática do tórax:** Morfologia torácica normal, sem sinais de cianose, sem assimetrias do tórax, sem deformações nem alterações cutâneas.

-**Inspeção dinâmica do tórax:** Mantidos movimentos torácicos aumentados e amplitude mais profunda em relação à pré-sessão anterior. Simetria torácica mantida, frequência respiratória de 19 ciclos respiratórios por minuto com respiração toraco- abdominal tal como na sessão anterior, não utiliza os músculos respiratórios acessórios, retração ou tiragem intercostal/supraesternal ausente, relação tempo inspiratório/expiratório: tempo inspiratório mantém-se mais curto em relação ao expiratório. Sem dispneia.

-**Dor:** Utilizada escala PAINAD, em que o utente demonstrou score 0.

Respiração independente da vocalização	- 0
Vocalização negativa	- 0
Expressão facial	- 0
Linguagem corporal	- 0
Consolabilidade	- 0
	<hr/>
Total	0

04/11/2013 (14ª Sessão de RFR)

Sinais Vitais Pré - sessão

- **TA** – 109/65 mmHg

- **FC:** 82 b/m

- **FR:** 18 ciclos/minuto

-**SPO2:** 97% (ar ambiente)

-**Auscultação Pulmonar:** Diminuição dos rncos nos lobos superiores dos hemitoráx direito e esquerdo, em relação à sessão anterior. Verifica-se igualmente a diminuição dos rncos em ambos os lobos inferiores auscultados em relação à sessão anterior.

-**Avaliação da Dispneia:** Em decúbito dorsal, na posição de repouso antes do início do programa, o utente apresenta-se sem períodos de hiperventilação, eupneico mantendo a mesma SPO2 de 97%.

-**Inspeção estática do tórax:** Morfologia torácica normal, sem sinais de cianose, sem assimetrias do tórax, sem deformações nem alterações cutâneas.

-**Inspeção dinâmica do tórax:** Mantidos movimentos torácicos aumentados e amplitude mais profunda em relação à sessão anterior. Simetria torácica mantida, frequência respiratória de 18 ciclos respiratórios por minuto com respiração toraco-abdominal tal como na sessão anterior, não utiliza os músculos respiratórios acessórios, retração ou tiragem intercostal/supraesternal ausente, relação tempo inspiratório/expiratório: tempo inspiratório curto em relação ao expiratório. Sem dispneia.

-**Dor:** Utilizada escala PAINAD, em que o utente demonstrou score 1.

Respiração independente da vocalização	- 0
Vocalização negativa	- 0
Expressão facial	- 0
Linguagem corporal	- 1
Consolabilidade	- 0

Total 1

Nesta sessão tive o cuidado de perguntar como tinha corrido a administração das refeições por via oral na minha ausência, ao qual me foi dito que o utente ingeriu

por essa via sem dificuldade. Inclusivamente no fim de semana tomou o pequeno-almoço e o almoço na sala de refeições, o qual foi por mim, felicitado.

Introduzida a nona repetição dos exercícios em decúbito dorsal e lateral, abertura costal em ambos os decúbitos laterais esquerdo e direito e associação de manobras acessórias. Durante a realização dos exercícios o utente demonstrou o reflexo da tosse, não sendo, novamente, necessário efetuar a técnica da tosse assistida para auxiliar o mesmo na eliminação das secreções, pois este autonomamente, tossiu e deglutiu as mesmas. Deste modo, não foi necessário aspirar o utente por este ter deglutido as secreções. Todos os exercícios foram tolerados. Procedeu-se à avaliação dos sinais vitais e promovido descanso do utente.

Respeitado o descanso do utente, procedeu-se ao levantar do mesmo. Este foi posicionado em folley na cama, avaliada TA: 106/65 mmHg e b/m: 82. Foi questionado se tinha tonturas ao que o utente respondeu negativamente. Efetuado levantar para a cadeira, avaliados novamente sinais vitais após estar sentado na cadeira TA: 105/65mmHg e b/m: 82.

Foi dada indicação para lanchar e almoçar na sala de refeições juntamente com os outros utentes do lar.

Sinais Vitais Pós - sessão

- **TA** – 106/65 mmHg

- **FC**: 82b/m

- **FR**: 18 ciclos/minuto

-**SPO2**: 97% (ar ambiente)

-**Auscultação Pulmonar**: Diminuição dos roncos nos lobos superiores dos hemitoráx direito e esquerdo, em relação à pré-sessão anterior. Verifica-se

igualmente a diminuição dos roncos em ambos os lobos inferiores auscultados em relação à sessão anterior.

-Avaliação da Dispneia: Em decúbito dorsal, na posição de repouso antes do início do programa, o utente apresenta-se sem períodos de hiperventilação, eupneico mantendo a mesma SPO2 de 97%.

-Inspeção estática do tórax: Morfologia torácica normal, sem sinais de cianose, sem assimetrias do tórax, sem deformações nem alterações cutâneas.

-Inspeção dinâmica do tórax: Mantidos movimentos torácicos aumentados e amplitude mais profunda em relação à pré-sessão anterior. Simetria torácica mantida, frequência respiratória de 18 ciclos respiratórios por minuto com respiração toraco- abdominal tal como na sessão anterior, não utiliza os músculos respiratórios acessórios, retração ou tiragem intercostal/supraesternal ausente, relação tempo inspiratório/expiratório: tempo inspiratório mantém-se mais curto em relação ao expiratório. Sem dispneia.

-Dor: Utilizada escala PAINAD, em que o utente demonstrou score 1.

Respiração independente da vocalização	- 0
Vocalização negativa	- 0
Expressão facial	- 0
Linguagem corporal	- 1
Consolabilidade	- 0

Total 1

04/11/2013 e 06/11/2013 (14ª e 15ª Sessões de RFR)

Sinais Vitais Pré - sessão

- **TA** – 109/65 mmHg

- **FC:** 82 b/m

- **FR:** 18 ciclos/minuto

-**SPO2:** 97% (ar ambiente)

-Auscultação Pulmonar: Diminuição dos roncos nos lobos superiores dos hemitoráx direito e esquerdo, em relação à sessão anterior. Verifica-se igualmente a diminuição dos roncos em ambos os lobos inferiores auscultados em relação à sessão anterior.

-Avaliação da Dispneia: Em decúbito dorsal, na posição de repouso antes do início do programa, o utente apresenta-se sem períodos de hiperventilação, eupneico mantendo a mesma SPO2 de 97%.

-Inspeção estática do tórax: Morfologia torácica normal, sem sinais de cianose, sem assimetrias do tórax, sem deformações nem alterações cutâneas.

-Inspeção dinâmica do tórax: Mantidos movimentos torácicos aumentados e amplitude mais profunda em relação à sessão anterior. Simetria torácica mantida, frequência respiratória de 18 ciclos respiratórios por minuto com respiração toraco-abdominal tal como na sessão anterior, não utiliza os músculos respiratórios acessórios, retração ou tiragem intercostal/supraesternal ausente, relação tempo inspiratório/expiratório: tempo inspiratório curto em relação ao expiratório. Sem dispneia.

-Dor: Utilizada escala PAINAD, em que o utente demonstrou score 1.

Respiração independente da vocalização	- 0
Vocalização negativa	- 0
Expressão facial	- 0
Linguagem corporal	- 1
Consolabilidade	- 0

Total 1

Nesta sessão tive o cuidado de perguntar como tinha corrido a administração das refeições por via oral na minha ausência, ao qual me foi dito que o utente ingeriu por essa via sem dificuldade. Inclusivamente no fim de semana tomou o pequeno-almoço e o almoço na sala de refeições, o qual foi por mim, felicitado.

Introduzida a nona e a décima repetições dos exercícios em decúbito dorsal e lateral, abertura costal em ambos os decúbitos laterais esquerdo e direito e

associação de manobras acessórias; cumprindo-se assim as 10 repetições propostas. Durante a realização dos exercícios o utente demonstrou o reflexo da tosse, não sendo, novamente, necessário efetuar a técnica da tosse assistida para auxiliar o mesmo na eliminação das secreções, pois este autonomamente, tossiu e deglutiu as mesmas. Deste modo, não foi necessário aspirar o utente por este ter deglutido as secreções. Todos os exercícios foram tolerados. Procedeu-se à avaliação dos sinais vitais e promovido descanso do utente.

Respeitado o descanso do utente, procedeu-se ao levantar do mesmo. Este foi posicionado em folley na cama, avaliada TA: 106/65 mmHg e b/m: 82. Foi questionado se tinha tonturas ao que o utente respondeu negativamente. Efetuado levantar para a cadeira, avaliados novamente sinais vitais após estar sentado na cadeira TA: 105/65mmHg e b/m: 82.

Foi dada indicação para lanchar e almoçar na sala de refeições juntamente com os outros utentes do lar.

Sinais Vitais Pós - sessão

- **TA** – 106/65 mmHg

- **FC**: 82b/m

- **FR**: 18 ciclos/minuto

-**SPO2**: 97% (ar ambiente)

-**Auscultação Pulmonar**: Diminuição dos roncos nos lobos superiores dos hemitoráx direito e esquerdo, em relação à pré-sessão anterior. Verifica-se igualmente a diminuição dos roncos em ambos os lobos inferiores auscultados em relação à sessão anterior.

-**Avaliação da Dispneia**: Em decúbito dorsal, na posição de repouso antes do início do programa, o utente apresenta-se sem períodos de hiperventilação, eupneico mantendo a mesma SPO2 de 97%.

-Inspeção estática do tórax: Morfologia torácica normal, sem sinais de cianose, sem assimetrias do tórax, sem deformações nem alterações cutâneas.

-Inspeção dinâmica do tórax: Mantidos movimentos torácicos aumentados e amplitude mais profunda em relação à pré-sessão anterior. Simetria torácica mantida, frequência respiratória de 18 ciclos respiratórios por minuto com respiração toraco- abdominal tal como na sessão anterior, não utiliza os músculos respiratórios acessórios, retração ou tiragem intercostal/supraesternal ausente, relação tempo inspiratório/expiratório: tempo inspiratório mantém-se mais curto em relação ao expiratório. Sem dispneia.

-Dor: Utilizada escala PAINAD, em que o utente demonstrou score 1.

Respiração independente da vocalização	- 0
Vocalização negativa	- 0
Expressão facial	- 0
Linguagem corporal	- 1
Consolabilidade	- 0

Total 1

08/11/2013 (16ª Sessão de RFR)

Sinais Vitais Pré - sessão

- **TA** – 110/63 mmHg

- **FC:** 82 b/m

- **FR:** 19 ciclos/minuto

-**SPO2:** 97% (ar ambiente)

-Auscultação Pulmonar: Diminuição dos roncos nos lobos superiores dos hemitoráx direito e esquerdo, em relação à sessão anterior. Verifica-se igualmente a diminuição dos roncos em ambos os lobos inferiores auscultados em relação à sessão anterior.

-Avaliação da Dispneia: Em decúbito dorsal, na posição de repouso antes do início do programa, o utente apresenta-se sem períodos de hiperventilação, eupneico mantendo a mesma SPO2 de 97%.

-Inspeção estática do tórax: Morfologia torácica normal, sem sinais de cianose, sem assimetrias do tórax, sem deformações nem alterações cutâneas.

-Inspeção dinâmica do tórax: Mantidos movimentos torácicos aumentados e amplitude mais profunda em relação à sessão anterior. Simetria torácica mantida, frequência respiratória de 19 ciclos respiratórios por minuto com respiração toraco-abdominal tal como na sessão anterior, não utiliza os músculos respiratórios acessórios, retração ou tiragem intercostal/supraesternal ausente, relação tempo inspiratório/expiratório: tempo inspiratório curto em relação ao expiratório. Sem dispneia.

-Dor: Utilizada escala PAINAD, em que o utente demonstrou score 1.

Respiração independente da vocalização	- 0
Vocalização negativa	- 0
Expressão facial	- 0
Linguagem corporal	- 1
Consolabilidade	- 0
<hr/>	
Total	1

Mantidas as 10 repetições dos exercícios anteriores em decúbito dorsal e lateral, abertura costal em ambos os decúbitos laterais esquerdo e direito e associação de manobras acessórias.

Por ser a última sessão, a irmã e o voluntário permanente foram encorajados a realizar cada um, 5 repetições de reeducação costal seletiva da porção lateral dos hemitoráx direito e esquerdo com abertura costal, sob minha supervisão. Durante a realização dos exercícios o utente demonstrou o reflexo da tosse, deglutindo as secreções. Procedeu-se à avaliação dos sinais vitais e promovido descanso do utente.

Respeitado o descanso do utente, procedeu-se ao levantar do mesmo. Este foi posicionado em folley na cama, avaliada TA: 110/60 mmHg e b/m: 80. Foi questionado se tinha tonturas ao que o utente respondeu negativamente. Efetuado levantar para a cadeira, avaliados novamente sinais vitais após estar sentado na cadeira TA: 109/60 mmHg e b/m: 80.

Para além de terem sido encorajados a realizar os exercícios, foram igualmente incentivados a colocar questões e dúvidas que ainda poderiam ter. Esclarecidas as dúvidas, despedi-me de todos os utentes do lar, em especial do Sr. V.P., das irmãs, dos voluntários e madre superiora, agradecendo a todos e mencionando a experiência enriquecedora que foi a minha passagem pelo lar de Santa Teresinha e como me ajudou na aquisição de competências enquanto futura enfermeira especialista de reabilitação.

Sinais Vitais Pós - sessão

- **TA** – 109/60 mmHg

- **FC**: 80b/m

- **FR**: 19 ciclos/minuto

-**SPO2**: 97% (ar ambiente)

-**Auscultação Pulmonar**: Diminuição dos roncos nos lobos superiores dos hemitoráx direito e esquerdo, em relação à pré-sessão anterior. Verifica-se igualmente a diminuição dos roncos em ambos os lobos inferiores auscultados em relação à sessão anterior.

-**Avaliação da Dispneia**: Em decúbito dorsal, na posição de repouso antes do início do programa, o utente apresenta-se sem períodos de hiperventilação, eupneico mantendo a mesma SPO2 de 97%.

-**Inspeção estática do tórax**: Morfologia torácica normal, sem sinais de cianose, sem assimetrias do tórax, sem deformações nem alterações cutâneas.

-Inspeção dinâmica do tórax: Mantidos movimentos torácicos aumentados e amplitude mais profunda em relação à pré-sessão anterior. Simetria torácica mantida, frequência respiratória de 19 ciclos respiratórios por minuto com respiração toraco- abdominal tal como na sessão anterior, não utiliza os músculos respiratórios acessórios, retração ou tiragem intercostal/supraesternal ausente, relação tempo inspiratório/expiratório: tempo inspiratório mantém-se mais curto em relação ao expiratório. Sem dispneia.

-Dor: Utilizada escala PAINAD, em que o utente demonstrou score 1.

Respiração independente da vocalização	- 0
Vocalização negativa	- 0
Expressão facial	- 1
Linguagem corporal	- 1
Consolabilidade	- 0

Total 2

Diagnóstico de enfermagem

Défi ce de conhecimentos dos cuidadores do Sr. V.P. acerca da traqueobronquite e das suas implicações para a sua função respiratória e realização de AVD manifestado por dúvidas e questões sobre exercícios e posicionamentos.

Resultado esperado

Que os cuidadores do Sr. V.P. adquiram conhecimentos que lhes permitam adotar estratégias para melhor se adaptarem à condição de saúde/doença do Sr. V.P.

Sistemas de enfermagem: intervenções de enfermagem de reabilitação

Sistema de Apoio-Educação

- Compreender o que os cuidadores do utente sabem acerca da situação clínica do Sr. V.P.;
- Demonstrar disponibilidade para informar e esclarecer as dúvidas relativamente à sua situação clínica do Sr. V.P., adaptando a linguagem e validando a sua compreensão acerca das explicações que lhes são fornecidas;
- Proporcionar um ambiente favorável ao estabelecimento de uma relação de ajuda de modo a que os cuidadores expressem as suas dúvidas, receios e expectativas relativamente às sessões de RFR;
- Informar e esclarecer os cuidadores acerca de todos os exercícios que serão realizados ao longo das sessões de RFR e exercícios de readaptação ao esforço no treino de AVD, bem como da sua finalidade;
- Incentivar e envolver os cuidadores na realização dos exercícios de modo a que possam aprendê-los e realizá-los também, promovendo assim a sua autonomia;
- Realizar registos de enfermagem de reabilitação no processo individual do Sr. V.P.

Avaliação:

04/10/2013 (14ª Sessão de RFR)

Os cuidadores do Sr. V.P. foram informados e esclarecidos acerca do que consiste a traqueobronquite e das suas implicações, tendo demonstrado entendimento sobre a patologia, motivação e interesse no programa de reabilitação;

07/10/2013 a 08/11/2013 (2ª a 3ª Sessões de RFR)

- Ao longo do programa de reabilitação os cuidadores foram demonstrando maior conhecimento e compreensão e sempre que lhes foram surgindo dúvidas demonstraram vontade para esclarecê-las;
- Demonstram compreensão sobre a importância dos exercícios de RFR na readaptação ao esforço;
- Demonstram colaboração na realização dos exercícios de RFR.

APÊNDICE X – Avaliação formativa - estágio vertente respiratória

ANEXO II

CURSO DE Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem
de Reabilitação

APRECIAÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Mónica Filipa Silva Martins

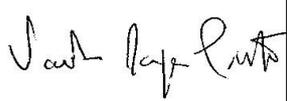
Local de Estágio: UCSP Navilis Início: 30/9/2013 Fim: 8/11/2013

Orientador: Maria de Fátima Nunes Fernandes

A Aluna Mónica durante o estágio procurou construir um percurso de aprendizagem contínuo e evolutivo. Durante esse processo houve necessidade de uma intervenção contínua, com pequenas medidas de reajustamento a nível da coleta de dados, história clínica, e planos de cuidados de enfermagem no âmbito da Reabilitação Funcional Respiratória, dos utentes que escolheu cuidar na comunidade. Esses pequenos reajustes foram mais amplamente analisados no momento da Avaliação Formativa, em 30/10/2013, possibilitando a Mónica a sua reorganização, conexão e evolução a nível pessoal, dando assim mais visibilidade ao trabalho desenvolvido, até aí. O que fez. Pelo que pudeci afirmar que o seu percurso foi crescente e evolutivo, mostrando muito interesse na procura do fazer bem, sempre melhor que o anterior. Mostrou disponibilidade no ouvir, no cuidar, estando presente.

Nota qualitativa = Muito bom/Exceleente

DATA: 7/11/2013

ASSINATURAS:	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE
			

APÊNDICE XI – Avaliação dos ganhos em saúde



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade de Cuidados na Comunidade Cuidar⁺

Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o Índice de Barthel,

nos utentes após AVC na

Unidade de Cuidados na Comunidade Cuidar

Elaborado por:

Mónica Filipa Silva Martins N.º 4753

Enfermeira Orientadora:

Enfermeira Clarisse Melo

Professor Orientador:

Professora Vanda Marques Pinto

Oeiras, Janeiro 2014

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1-JUSTIFICAÇÃO DO PROJECTO	8
1.1-Intervenção de enfermagem de reabilitação após AVC.....	10
1.2- Autocuidado da pessoa após AVC.....	10
1.3- Avaliação funcional através do índice de Barthel.....	13
2-CARACTERIZAÇÃO DA UCC CUIDAR⁺	15
3-METODOLOGIA	17
3.1- Tipo de estudo.....	17
3.2- Contexto de pesquisa	18
3.3- Amostra.....	18
3.4- Instrumentos	18
3.5- Método	19
3.6- Procedimentos estatísticos.....	19
4- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	20
5-CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
6-BIBLIOGRAFIA	39

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Avaliação do índice de Barthel.....	13
Quadro 2 - Score atingido no índice de Barthel - nível de dependência.....	14

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos utentes segundo o género	20
Gráfico 2 – Distribuição dos utentes segundo o género com diagnóstico de AVC....	21
Gráfico 3 – Distribuição dos utentes segundo a classe etária.....	21
Gráfico 4 – Distribuição dos utentes segundo a classe etária com diagnóstico de AVC.....	22
Gráfico 5 – Distribuição dos utentes segundo a condição de saúde.....	23
Gráfico 6 – Distribuição dos utentes com diagnóstico de AVC segundo o nível de dependência.....	23
Gráfico 7 – Distribuição dos ganhos nos utentes com diagnóstico de AVC no autocuidado higiene	24
Gráfico 8 – Distribuição dos ganhos nos utentes com diagnóstico de AVC no autocuidado banho.....	25
Gráfico 9 – Distribuição dos ganhos nos utentes com diagnóstico de AVC no autocuidado alimentar-se	26
Gráfico 10 – Distribuição dos ganhos nos utentes com diagnóstico de AVC no autocuidado do uso do WC	27
Gráfico 11 – Distribuição dos ganhos nos utentes com diagnóstico de AVC no autocuidado subir/descer escadas.....	28
Gráfico 12 – Distribuição dos ganhos nos utentes com diagnóstico de AVC no autocuidado vestir/despir	29
Gráfico 13 – Distribuição dos ganhos nos utentes com diagnóstico de AVC no autocuidado controlo vesical	30
Gráfico 14 – Distribuição dos ganhos nos utentes com diagnóstico de AVC no autocuidado controlo intestinal.....	31

Gráfico 15 – Distribuição dos ganhos nos utentes com diagnóstico de AVC no autocuidado deambular	32
Gráfico 16 – Distribuição dos ganhos nos utentes com diagnóstico de AVC no autocuidado utilização da cadeira de rodas	33
Gráfico 17 – Distribuição dos ganhos nos utentes com diagnóstico de AVC	34

INTRODUÇÃO

O aumento da esperança média de vida, resultante da evolução dos processos terapêuticos na área da saúde, do desenvolvimento de técnicas cada vez mais sofisticadas, bem como da melhoria das condições socioeconómicas da população em geral, tem-se traduzido num aumento significativo de pessoas com patologias crónicas (Kleindorfer *et al.*, 2011).

O cuidar em enfermagem de reabilitação pressupõe o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas, constituindo uma arte que tem como principal característica o articular de um imenso leque de conhecimentos, com uma vertente prática e ao mesmo tempo holística e humanista, tendo assim como pilar a relação interpessoal, todo o conhecimento científico, e a essência do cuidar. Quando Hesbeen (2010, p.35) se refere ao “espírito da reabilitação” como uma característica do profissional, significa que enquanto enfermeiros somos capazes de “(...) mudar a visão dos factos, ajustá-la para tentar ver melhor, ou analisar melhor, tendo em vista agir adequadamente perante as situações humanas que se lhe apresentem (...); um interesse autêntico pela pessoa, sem a reduzir à sua afeição ou às suas características. Ressalva ainda que aliado ao espírito de reabilitação o profissional deve ser dotado de uma inteligência afetiva, ou seja, ter a “ (...) capacidade de se desejar, simplesmente, ser alguém preocupado em acompanhar outro alguém para tentar ajudá-lo”.

Reeducar nas AVD é fulcral, apesar de constituir um processo perlongado e que acarreta dificuldades não só para a própria pessoa como também para a família e profissional de saúde. Para maximizar as competências da pessoa no autocuidado, é necessário despende tempo para ensinar e treinar junto dela e sua família, com o objetivo que a própria pessoa seja, não só capaz de realizar o seu autocuidado, como também, de obter autonomia e aumentar a sua autoestima. As intervenções de enfermagem de reabilitação têm como finalidade ajudar as pessoas na adaptação às suas incapacidades, permitir a sua recuperação funcional, motora e

sensorial e, também, possibilitar a sua integração familiar, social e profissional. Estas intervenções pressupõem a monitorização dos cuidados prestados através da avaliação da pessoa e da sua evolução funcional, através do uso de escalas validadas e com elevado grau de confiabilidade, nomeadamente, o índice de Barthel (Ricardo, 2012).

A reabilitação é vital, e sendo uma das funções de enfermagem, tem como objetivo que a pessoa alcance a máxima independência para a realização do seu autocuidado. Um programa de reabilitação pressupõe a aplicação precoce de técnicas de reabilitação específicas, de forma a prevenir sequelas e contribuir para a reintegração da pessoa e a sua família na comunidade. Neste sentido, o enfermeiro para ser eficaz no processo de reabilitação necessita não só de compreender as técnicas usadas, como também mobilizar os seus conhecimentos no sentido de ajudar a pessoa e família. Após a reabilitação existe evidência científica demonstrativa de que a reabilitação de qualquer tipo de AVC, minora a ocorrência da deterioração funcional e mantém ou melhora a capacidade na realização das AVD, facto que é corroborado no estudo de Legg (2004).

Assim, e surgindo de uma intenção e preocupação pessoal, este projeto pretende dar ênfase ao carácter prático da intervenção de enfermagem, assim como, contribuir para o desenvolvimento de competências pessoais, profissionais, institucionais e sociais, como futura enfermeira especialista, com o intuito de compreender a importância da intervenção da reabilitação de enfermagem com enfoque major na promoção do autocuidado da pessoa após AVC em contexto domiciliário, que tem como objetivo torná-la o mais independente possível, promovendo a melhoria da qualidade de vida e dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Perante esta problemática defini como objetivo geral para este projeto:

- Demonstrar a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na pessoa, promotora do autocuidado.

Como objetivos específicos:

- Medir o nível de dependência/independência dos utentes utilizando como instrumento de avaliação o índice de Barthel;
- Avaliar os resultados e divulgar os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação na UCC Cuidar⁺;
- Dar visibilidade e sensibilizar para a importância da enfermagem de reabilitação.

1. JUSTIFICAÇÃO DO PROJECTO

De modo a reunir a literatura científica relevante para este projeto, consultei a base de dados eletrónica EBSCO, em particular a CINAHL *Plus with Full Text* e MEDLINE *with Full Text*. Como ponto de partida para a realização desta revisão da literatura foi formulada a seguinte questão de acordo com o método PICO: Quais as intervenções de enfermagem promotoras de autocuidado (I) na pessoa após AVC (P) no domicílio (Co)?

Inicialmente limitei a pesquisa aos artigos publicados a texto integral nos últimos seis anos (2008-2013), tal como recomenda Melnyk, Fineout – Overholt, (2005). Contudo encontrei apenas 4 artigos com evidência recente, pelo que alarguei a pesquisa para artigos publicados nos últimos 10 anos (2003-2013). Pela dificuldade em encontrar artigos relevantes numa só pesquisa, contemplando todos os descritores considerados importantes, foram realizadas duas pesquisas sequenciais. Numa primeira pesquisa foram utilizadas as palavras-chave com a seguinte orientação: [“(Stroke”) AND (“Aged OR Aged, 80 and Over”) AND (“Selfcare”) AND (Nurs*)]. Estes descritores foram pesquisados separadamente, primeiro nos Headings da CINAHL e posteriormente no MeSH da MEDLINE. Na segunda pesquisa utilizou-se [“(Stroke”) AND (“Aged OR Aged, 80 and Over”) AND (“Home Visit”) AND (Nurs*)] apenas nos Headings da CINAHL, uma vez que o descritor (“Home Visit”), não consta no MeSH da MEDLINE. Deste modo, foram seleccionados seis artigos.

O artigo de Burton & Gibbon (2005) salienta o benefício da execução de um programa de reabilitação na pessoa após AVC em contexto domiciliário, comparativamente ao contexto de uma unidade de reabilitação, no sentido em que promove uma melhor perceção da patologia, menor isolamento social e redução de stress emocional. Neste sentido, o domicílio não apresentando as características de uma instituição formal de saúde e sendo o local gerador de bem-estar onde as

peças convivem, torna propícios os cuidados individualizados, pelo que para os enfermeiros o contexto domiciliário surge como um ideal para o cuidar centrado na pessoa. Ainda relativamente ao contexto domiciliário, o artigo de McBride *et al.* (2003) enfatiza a importância dos cuidados à pessoa após AVC serem realizados no domicílio, no sentido em que há evidência de redução de custos associados à saúde, uma vez que reduz os gastos inerentes ao internamento hospitalar. A educação para a saúde é um dos recursos para a transmissão de saberes. Os ensinamentos devem ser coerentes com o contexto social e cultural da pessoa e sua família/cuidador, sendo que o domicílio assume aqui um local privilegiado na preparação e ajuda para a interiorização de competências com vista a melhorar a qualidade de vida e promover a independência funcional.

Alguns artigos analisados salientam a importância desta vertente, através da leitura dos mesmos, é possível concluir que programas de educação para a saúde no domicílio, sugerem benefícios no grau de conhecimentos adquiridos pela pessoa após AVC, no que se refere à patologia, fatores de risco, aquisição de hábitos de vida saudáveis, bem como uma melhoria dos conhecimentos relativamente à gestão e adesão terapêutica que, posteriormente, permitem uma diminuição do risco de um novo AVC. (Green *et al.*; Sit, *et al.*; 2007; Ireland, *et al.*, 2010 & Brady *et al.* 2011).

No âmbito motivacional, o artigo de Brady *et al.* (2011) refere a importância de encorajar e motivar a pessoa após AVC a melhorar a qualidade da comunicação e interação social. Este aspeto remete para a importância de ajudar a pessoa após AVC a reenquadrar as vivências individuais e aprender a viver com a sua nova situação. Neste sentido, para além das necessidades de intervenção a nível da reabilitação funcional, há necessidade de um acompanhamento para minimizar o impacto do stress emocional da pessoa e família, motivando-a para a sua recuperação, sendo o domicílio um local privilegiado para que esta minimização do stress aconteça.

Após a análise dos artigos com evidência científica fica demonstrado que para a implementação de cuidados de excelência enquanto importante contributo na promoção do autocuidado na pessoa após AVC no domicílio, é fundamental que, enquanto futura enfermeira especialista de reabilitação, desenvolva competências

ao nível do cuidar de pessoas com necessidades especiais em todos os contextos da prática de cuidados, ao nível da capacitação da pessoa com limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e, por fim, na maximização da funcionalidade e no desenvolvimento das capacidades da pessoa.

1.1-Intervenção de enfermagem de reabilitação após AVC

A reabilitação deve ser precoce no que concerne à prevenção e à promoção de saúde, salientando que tal precocidade é fulcral no delimitar dos défices, sejam eles temporários, permanentes ou progressivos, procurando compensá-los para uma maior independência. A reabilitação faz-se junto à família e pessoa, por profissionais qualificados e especializados, plenamente integrados em equipa, usufruindo de um corpo de conhecimento próprio desta especialidade na área de saúde. Deve considerar-se o ambiente familiar como componente fundamental na reabilitação, quer seja pelo aspeto físico e material, ou pelo lado afetivo e social, pois a família tem um papel fulcral e influencia todo o processo de recuperação (Ricardo, 2012).

As pessoas têm a capacidade de desenvolver novas habilidades quando se instalam limitações e são necessárias novas formas de cuidados. Torna-se assim imperioso que exista um profissional disponível para ensinar e treinar as pessoas de modo a capacitá-las, sendo que, pelas competências adquiridas, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação possui conhecimentos para identificar os défices da pessoa para o seu autocuidado, implementando intervenções que a tornem como agente do mesmo, capaz de desenvolver ações no sentido de satisfazer as suas necessidades e regular o seu desenvolvimento e funcionamento (Ricardo, 2012).

1.2- Autocuidado da pessoa após AVC

O modelo de Autocuidado de Orem baseia-se na premissa que os indivíduos podem cuidar de si. Neste encontram-se três teorias: a teoria dos sistemas de enfermagem, a teoria do défice de autocuidado e a teoria do autocuidado. De acordo

com Orem a pessoa pode apresentar défices para o autocuidado, definidos por esta como as atividades realizadas em favor de si mesmo, no sentido de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Perante estes défices, a pessoa possui necessidades terapêuticas de autocuidado, estas não são mais que medidas de cuidados necessários num momento específico, ou durante um período de tempo. A pessoa deixa então, de ser o agente do autocuidado ou seja, aquele que realiza uma função reguladora em função de si próprio, passando a necessitar da ajuda do enfermeiro/cuidador assumindo assim, o papel de recetor do cuidado. Neste sentido, importa compreender que a capacidade para o autocuidado é a competência que o indivíduo tem para realizar comportamentos de autocuidado. Quando esta se encontra comprometida, o indivíduo não é capaz de suprir todos os requisitos de autocuidado identificados pela autora como necessidades do indivíduo (Silva *et. al.*; 2009 e Petronilho, 2012).

Os requisitos universais têm em vista a manutenção da integridade do funcionamento humano (ex: respiração e alimentação), os requisitos de desenvolvimento são referentes a situações de vida que implicam necessidade de adaptação a uma nova realidade (como mudança de emprego) e os requisitos de desvio de saúde emergem de uma situação de doença. O enfermeiro deve ter em conta os antecedentes e experiências da pessoa, o seu estilo de vida, hábitos quotidianos e modo de sentir e pensar, assim como ter conhecimento dos requisitos de autocuidado (Orem, 2001).

Quando a capacidade de realização das AVD é condicionada e quando as exigências de autocuidado são superiores à capacidade do indivíduo para o mesmo, surge o défice de autocuidado. Nesta perspetiva o enfermeiro de reabilitação para minimizar os efeitos desse défice, utiliza os cinco métodos de ajuda propostos por Orem: agir ou fazer pela pessoa, guiar e orientar, ensinar, proporcionar apoio físico e psicológico e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento da pessoa. Um dos aspetos fundamentais da atuação do enfermeiro de reabilitação, prende-se com a utilização de técnicas específicas da prestação de cuidados de enfermagem diferenciados, que promovem nas pessoas o desenvolvimento de capacidades para

o autocuidado, visando prevenir ou minimizar as complicações decorrentes da patologia (Ricardo, 2012).

Para Orem, a meta dos cuidados de enfermagem é ajudar as pessoas a satisfazerem as suas próprias necessidades terapêuticas de autocuidado. A sua teoria tem como princípio a crença de que o ser humano tem habilidades para promover o cuidado de si mesmo, podendo beneficiar do cuidado de enfermagem nos momentos que apresenta défices devido ao estado de saúde.

No decurso da reabilitação, a pessoa necessita de intervenções de enfermagem que serão realizadas de acordo com os sistemas básicos de enfermagem que definem o âmbito de responsabilidade, o papel geral e específico de enfermagem e da pessoa, a razão para existir a relação enfermeiro-utente e os tipos de ações desempenhadas pelo enfermeiro e pelo utente para preencher a necessidade de autocuidado (Orem, 2001).

Quando a pessoa realiza algumas ações de autocuidado, mas necessita do enfermeiro para compensar aquelas que não consegue executar, estamos perante o sistema parcialmente compensatório. Quando a pessoa é capaz de executar ou pode aprender a executar medidas de autocuidado, então faz-se recurso ao sistema de apoio-educação. A educação para a saúde é um dos recursos para a transmissão dos saberes e o treino para a aquisição de habilidades. Os ensinamentos devem ser coerentes com o contexto social e cultural do utente e sua família/cuidador, com o objetivo de prepará-los e ajudá-los a interiorizar competências com vista a melhorar a qualidade de vida e promover a independência funcional (Sequeira, 2009).

Os estudos que envolvem a área do autocuidado são relevantes ao nível dos cuidados de saúde, pois permitem compreender e promover a qualidade de vida das pessoas. Neste sentido, o autocuidado abrange não apenas as capacidades necessárias para a realizar as AVD, mas também conhecimentos e perícias que as pessoas utilizam na autogestão da sua condição de saúde. O enfermeiro tem um papel fundamental na compreensão da pessoa e dos seus familiares e como elemento de uma equipa multidisciplinar, no âmbito da reabilitação, é competente para: identificar as variáveis que afetam o regresso à comunidade; conduzir uma

avaliação completa; participar no estabelecimento de objetivos mútuos e intervir a um nível que promova o sucesso, a autoconfiança e a independência do utente (Hoeman, 2011).

1.3- Avaliação funcional através do índice de Barthel

O índice de Barthel corresponde a uma escala que permite a avaliação do nível de independência da pessoa na realização das dez AVD, nomeadamente, comer e beber, higiene pessoal, uso de sanitário, banho, vestir e despir, controlo vesical e intestinal, deambular, subir e descer escadas e transferência cadeira/cama. A pontuação desta escala varia entre 0 que corresponde à máxima dependência e 100 que corresponde à independência total nas AVD.

Quadro 1 – Avaliação do índice de Barthel

	0	5	10	15
Alimentação	Incapaz	Com ajuda	Independente	
Higiene Pessoal	Com ajuda	Independente		
Controlo Vesical	Incontinente ou Algaliado	Problemas Ocasionais	Continente	
Controlo Anal	Incontinente	Acidentes Ocasionais	Sem problemas	
Transferência	Incapaz	Muita ajuda	Alguma ajuda	Independente
Deslocação / Mobilização	Imobilidade	Independente em Cadeira de Rodas	Com ajuda	Independente
WC	Dependente	Com ajuda	Independente	
Vestir	Dependente	Com ajuda	Independente	
Banho	Dependente	Sem ajuda		
Subir/descer escadas	Incapaz	Com ajuda	Independente	

Quadro 2 – Score do índice de Barthel - nível de dependência

Autônomo	100 Pontos
Dependente Leve	>60 Pontos
Dependente Moderado	>40 E ≤60 pontos
Dependente Grave	>20 E ≤40 pontos
Dependente Total	<20 Pontos

De acordo com Paixão (2005), estudos a nível internacional revelam que o índice de Barthel é considerado como um dos instrumentos de avaliação das AVD cujos resultados, demonstram um elevado grau de confiabilidade e validade.

2-CARACTERIZAÇÃO DA UCC CUIDAR+

A saúde comunitária integrada tem vindo cada vez mais a ser reconhecida como uma área de intervenção prioritária, pelo que se tem orientado e reorganizado a mudança dos cuidados do hospital para a comunidade, com a convicção de que os cuidados comunitários correspondem a maiores ganhos em saúde, associados a uma diminuição dos respetivos custos.

A linha de ação da UCC Cuidar + pressupõe uma articulação direta e transversal ao nível da prestação de cuidados de saúde com as unidades funcionais da área geográfica de Oeiras oriental, compreendendo as UCSP de Carnaxide, Linda-a-Velha, Algés e a USF Dafundo; tem também a função de dar respostas aos utentes provenientes dos cuidados de saúde diferenciados, aos referenciados pela rede de cuidados continuados integrados, assim como aos que se encontram na comunidade e que necessitam de cuidados de saúde (UCC Cuidar +, 2013).

A UCC Cuidar + visa prestar cuidados de saúde de acordo com as reais necessidades dos cidadãos, intervindo e atuando nas áreas chave, através de atividades e projetos ao nível da: promoção da saúde, prevenção da doença, cuidados continuados/integrados e paliativos, saúde escolar, crianças/famílias de risco e intervenção comunitária com a finalidade de minimizar e melhorar os problemas específicos de saúde da comunidade que abrange, a fim de se obterem maiores ganhos em saúde. Neste sentido, a unidade pretende assumir-se como unidade na comunidade e para a comunidade, com o objetivo de prestar cuidados de saúde com qualidade, cimentados na essência do cuidar (UCC Cuidar +, 2013).

A UCC Cuidar + é constituída por uma enfermeira especialista de saúde materna, três enfermeiros especialistas de reabilitação, três especialistas de comunitária, uma enfermeira especialista de saúde infantil e quatro enfermeiros generalistas. Os enfermeiros generalistas prestam cuidados domiciliários e na sala

de tratamentos, os enfermeiros especialistas prestam cuidados de acordo com as suas áreas de especialidade, efetuando cerca de 250 visitas domiciliárias mensais. Cada enfermeiro da equipa de ECCI é o gestor de caso até ao máximo de 5 utentes, sendo o plano de cuidados discutido em equipa multidisciplinar nas reuniões quinzenais em que estão presentes a equipa médica, de enfermagem, assistente social e psicóloga.

O AVC é a patologia mais frequente, no entanto existem também casos de fraturas, próteses da anca, esclerose lateral amiotrófica e esclerose múltipla. Neste âmbito e analisando à luz da intervenção da enfermagem de reabilitação, compreendi que a mesma é direcionada e priorizada de acordo com as necessidades dos utentes e suas famílias.

A referenciação destes utentes inicia-se a nível hospitalar ou através do médico de família, enfermeiro ou assistente social que envia os casos para a ECL. A coordenação desta equipa é assegurada por profissionais pertencentes a unidades de cuidados de saúde do concelho da área de residência do utente. As equipas coordenadoras locais são constituídas de modo multidisciplinar por representantes da administração regional de saúde e da segurança social, integrando, um médico, um enfermeiro e um assistente social. Esta equipa avalia todos os casos solicitados e posteriormente referencia para unidades como a Cuidar + para reabilitação ou cuidados paliativos (UCC Cuidar +, 2013).

3-METODOLOGIA

A utilização de uma metodologia adequada é um fator a ter em conta quando surge um problema para o qual se procura a solução adequada de natureza científica, isto porque a metodologia, torna-se um fio condutor que remete para conceções teóricas e para um conjunto de técnicas, que na sua junção, permitem a construção da realidade que se destina a ser alvo de estudo. Em enfermagem a metodologia de pesquisa corresponde a um instrumento relevante, que permite assegurar a qualidade e a viabilidade dos resultados obtidos.

3.1- Tipo de estudo

De forma a concretizar os objetivos propostos, realizei um estudo de carácter descritivo, já que o mesmo procura determinar as características de uma amostra, descrevendo-a em algumas variáveis, ou explorando e interpretando a associação existente entre outras variáveis. Trata-se igualmente de um estudo quantitativo já que são privilegiados atributos e procedimentos estatísticos de natureza numérica.

Estabeleci como critérios de inclusão, todos os utentes sujeitos a intervenção de enfermagem de reabilitação com admissão e alta entre janeiro e dezembro de 2013, sendo que foi enfatizado os utentes com diagnóstico de AVC, por serem relevantes para a elaboração do relatório de estágio. Como critérios de exclusão, defini a data de admissão e alta anterior ou posterior ao ano de 2013.

Foram consideradas as seguintes variáveis: género sexual, idade e condição de saúde. Ao nível da caracterização clínica, foram mobilizados os seguintes instrumentos de avaliação de enfermagem de reabilitação:

- Avaliação cognitiva, deglutição e fala através do exame neurológico;

- Avaliação da força muscular através da escala de Lower;
- Avaliação do tônus muscular através da escala modificada de Ashworth;
- Avaliação da dor através da escala numérica da dor;
- Avaliação do controle de esfíncteres;
- Avaliação cardiorrespiratória;
- Avaliação da necessidade de produtos de apoio;
- Avaliação do nível de dependência no autocuidado através do índice de Barthel.

3.2- Contexto de pesquisa

Este projeto decorreu na UCC Cuidar⁺, durante o período de 07/01/2014 a 31/01/2014, tendo em conta a população com necessidades de intervenções de enfermagem de reabilitação da referida unidade.

3.3- Amostra

Como população do estudo considera-se todos os utentes que entre janeiro e dezembro de 2013, tiverem internamento com alta na unidade. A amostra do estudo corresponde a 12 utentes com diagnóstico de AVC em contexto domiciliário sujeitos a programa de reabilitação, sendo utiliza como escala de medida, o índice de Barthel que permite avaliar o grau de dependência dos mesmos através da análise das seguintes funções e atividades: alimentação, higiene pessoal, controlo vesical e intestinal, transferência cadeira/cama ou vice-versa, deambulação, utilização do WC, vestir-se e despir, banho e subir/descer escadas.

3.4- Instrumentos

A recolha de dados foi efetuada com recurso ao registo da avaliação do índice de Barthel em sistema informático de apoio à prática de enfermagem (SAPE), em momentos definidos, ou seja, a avaliação fez-se na admissão do utente e na alta

do mesmo. Conforme o valor total de avaliação do índice de Barthel, caracteriza-se o grau de dependência do utente, tal como demonstra o quadro 2, anteriormente apresentado. A análise dos dados envolve o estudo descritivo dos resultados estatísticos.

3.5- Método

Foi pedida a autorização à coordenadora da UCC, para utilização dos dados recolhidos para efeitos académicos (Anexo VI). As avaliações foram realizadas pelos enfermeiros da unidade aplicando o mesmo instrumento, índice de Barthel.

3.6- Procedimentos estatísticos

Relativamente às técnicas de análise e sistemas utilizados, após a recolha da informação a mesma foi lançada num ficheiro do software Microsoft Office Excel 2007 disponível para Windows, sendo posteriormente analisados os resultados e apresentados em gráfico.

4- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta etapa traduz-se por grande minuciosidade tendo em conta que a partir desta, se podem produzir resultados que serão interpretados. Estes dados são analisados em função do objeto de estudo, quer se trate de explorar, descrever fenómenos ou verificar relações entre variáveis.

Esta análise é concretizada através da estatística descritiva, que pretende resumir a informação numérica de uma maneira estruturada, a fim de obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra (Fortin, 1999).

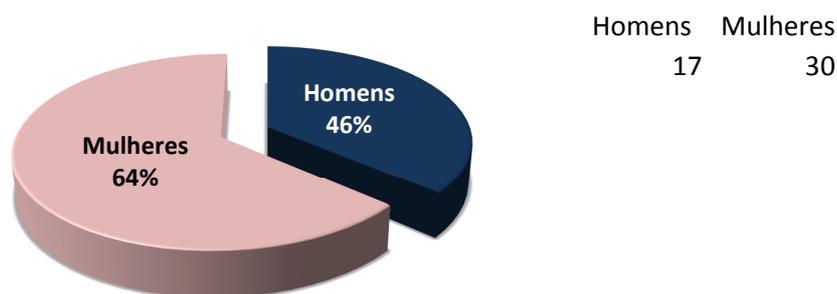


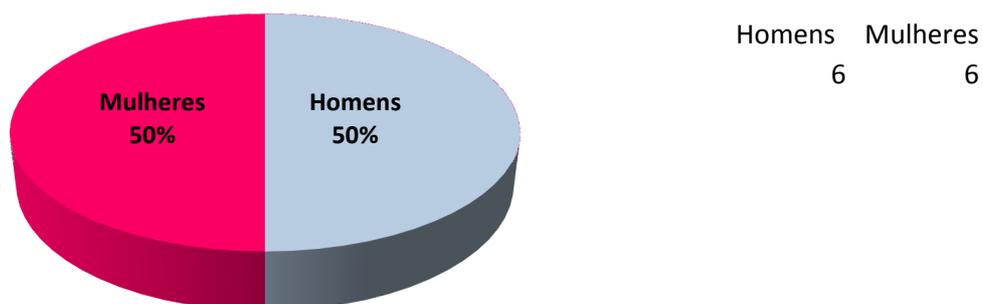
Gráfico 1– Distribuição dos utentes segundo o género

De acordo com o gráfico 1, entre janeiro e dezembro de 2013, a UCC Cuidar+ prestou cuidados desde a admissão até a alta a 30 mulheres e a 17 homens, que corresponde a 64% de utentes do sexo feminino e a 46% de utentes do sexo masculino respetivamente.

Estes resultados vão de encontro aos resultados encontrados no relatório de monitorização da rede nacional de cuidados integrados (RNCCI) em 2012, em que

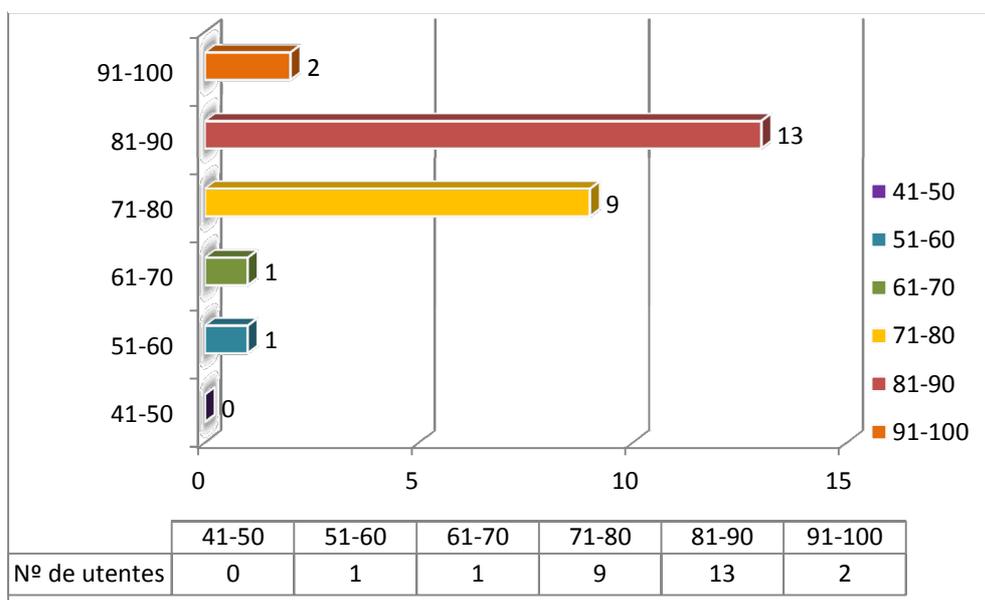
se verificou igualmente um predomínio na prestação de cuidados ao sexo feminino (53,4%) quando comparado com o sexo masculino (46,6%).

Gráfico 2 – Distribuição dos utentes segundo o género com diagnóstico de AVC



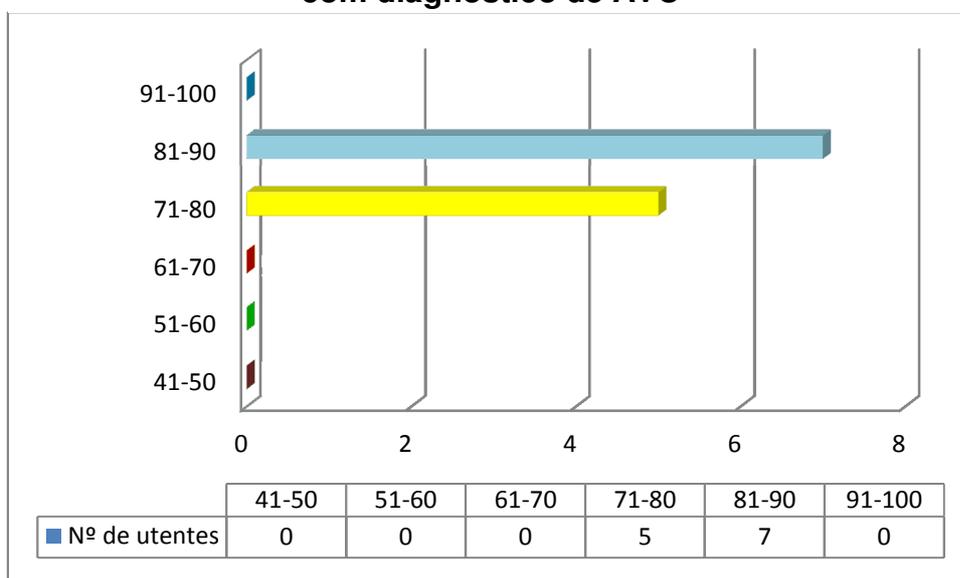
De acordo com Silva (2014), a ocorrência do AVC é mais frequente no homem do que na mulher. O estudo de Ricardo (2012) demonstra esta realidade com uma percentagem masculina (54.8%) com diagnóstico de AVC superior à feminina (45.2%). No entanto, a amostra da referida unidade não acompanha este resultado, uma vez que não se verifica nenhuma diferença percentual entre ambos os sexos. No ano de 2013 foram prestados cuidados de enfermagem de reabilitação a um igual nº de homens e mulheres com diagnóstico de AVC desde a admissão até à alta.

Gráfico 3 – Distribuição dos utentes segundo a classe etária



Verifica-se que em 2013 nos internamentos na unidade a maioria dos utentes situa-se na faixa etária entre os 81 anos e os 90 anos, com um valor percentual de 50%, seguidos da faixa etária entre os 71 e os 80 anos com um valor percentual de 35%. As faixas etárias entre os 51-60 e entre os 61-70 anos apresentam em conjunto o mesmo valor percentual que a faixa etária dos 91-100, os seja, 8% respetivamente. No ano de 2013 não se verificaram internamentos com alta a utentes na faixa dos 41-50 anos.

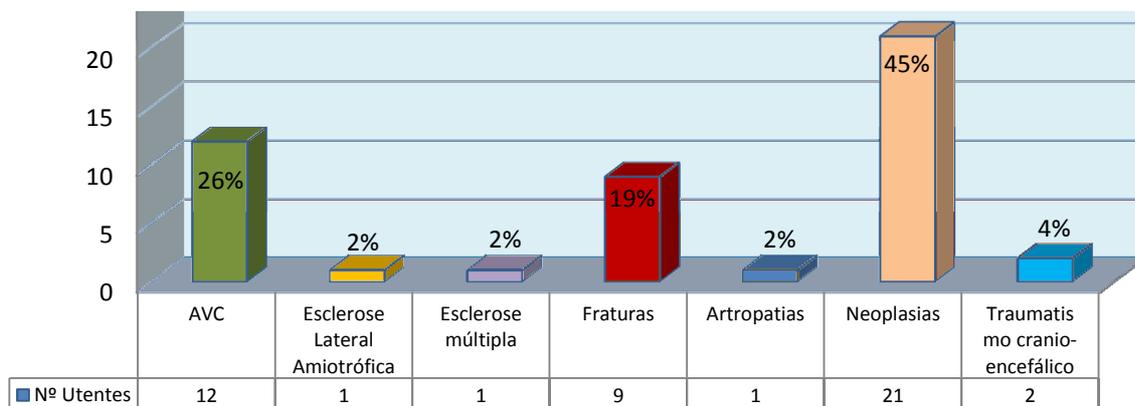
Gráfico 4 – Distribuição dos utentes segundo a classe etária com diagnóstico de AVC



Segundo Silva (2014) a frequência para suceder um AVC aumenta consideravelmente com a idade, nomeadamente acima dos 50-60 anos ou a partir dessas mesmas idades. O estudo de Ricardo (2012), vem corroborar esta evidência, pois neste estudo o valor é até superior, cerca de 75% dos utentes com AVC situam-se nas faixas etárias dos 70 aos 89 anos.

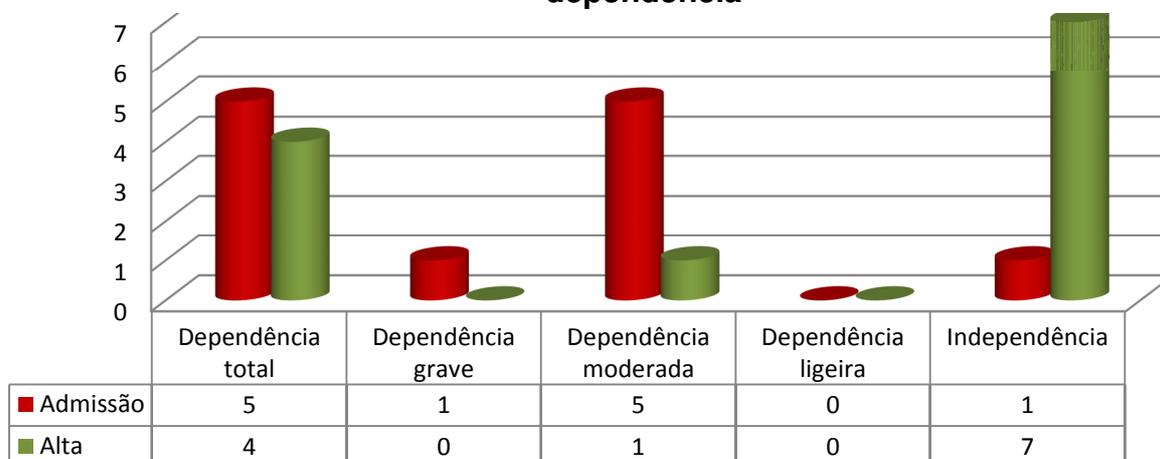
Em relação aos utentes da UCC Cuidar⁺, esta tendência mantém-se com 58,3% da amostra com idades compreendidas entre os 81-90 anos e 41,7% com idades compreendidas entre os 71 e os 80 anos. No ano de 2013 não existiram utentes entre os 41 e os 60anos e utentes entre os 91 e os 100 anos com diagnóstico de AVC com internamento com alta nesta unidade.

Gráfico 5 – Distribuição dos utentes segundo a condição de saúde



Relativamente à distribuição dos utentes segundo a sua condição de saúde, os resultados revelam que no ano de 2013 o diagnóstico predominante foi o de neoplasia com um valor percentual de 45%, seguido do AVC com 26% da amostra, das fraturas com 19%, do traumatismo crânio-encefálico com 4% e, por fim, as artropatias, esclerose lateral amiotrófica e múltipla com 2% cada uma respetivamente. Apesar de a neoplasia ser o diagnóstico maioritário, o AVC apresenta uma expressão relevante de 12 utentes. Este resultado vem expressar o que o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares afirma, nomeadamente, que estas constituem a causa de morte mais relevante em toda a Europa, incluindo Portugal, destacando-se pela sua especial relevância o AVC (DGS, 2013).

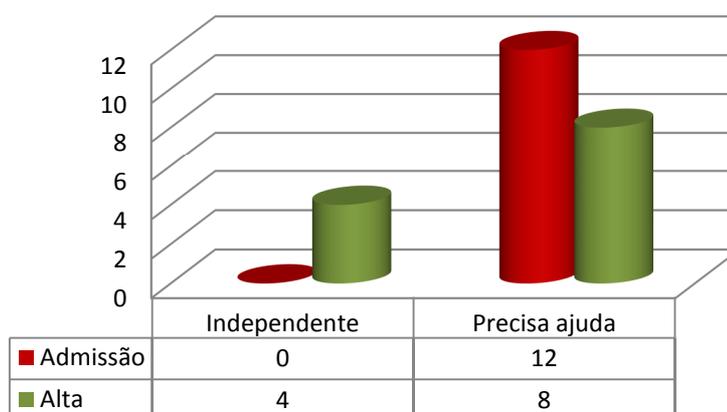
Gráfico 6 – Distribuição dos utentes com diagnóstico de AVC segundo o nível de dependência



Na admissão existiam 41,6% utentes com grau de dependência total e moderada e 8,4% com dependência grave e independência. Os resultados do estudo espelham o que Martins (2002) afirma, nomeadamente que o AVC corresponde à patologia que provoca um maior nº de incapacidade e dependência funcional em Portugal. Já a Sociedade Portuguesa do AVC (2008) avança com a mesma ideia, ao revelar num estudo que 50% das pessoas que sobrevivem a um AVC apresentam limitações graves na realização das suas AVD. Por fim, também o estudo de Ricardo (2012), demonstra resultados muito semelhantes aos encontrados na unidade, nomeadamente, 42% dos utentes no seu estudo, na admissão, apresentavam dependência total.

Na alta, verifica-se uma diminuição das dependências total, grave e moderada, sendo esta última, aquela com a maior diminuição. Para além destes resultados, verifica-se um aumento significativo da independência, com um valor percentual a evoluir positivamente dos 8,4% para os 58,3%. Estes resultados são demonstrativos de uma melhoria funcional dos utentes, através da intervenção de enfermagem de reabilitação indo de encontro aos resultados obtidos por Ricardo (2012), com uma evolução de 3,7% para 19,2% em relação ao grau de independência.

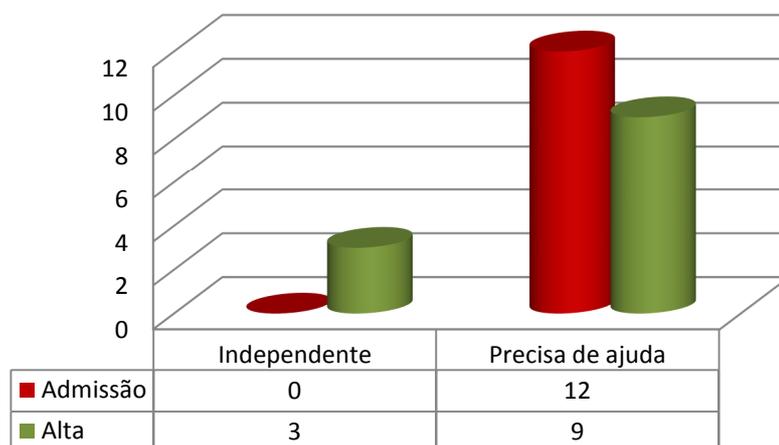
Gráfico 7 – Distribuição dos ganhos nos utentes com diagnóstico de AVC no autocuidado higiene



Em relação a este autocuidado constata-se que na admissão 100% dos utentes necessitavam de ajuda neste autocuidado, havendo no entanto, melhorias

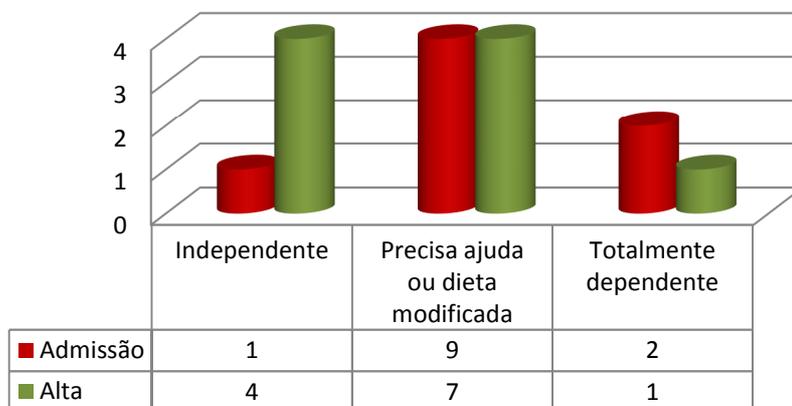
neste autocuidado aquando da alta, passando a existir 33,3% de utentes independentes na higiene. Apesar de existirem 33,3% de utentes independentes, na alta, o valor percentual de utentes a necessitar de ajuda mantém-se mais elevado, com uma expressão de 66,6% que corresponde ao dobro dos utentes independentes. Esta superioridade percentual vem de encontro aos resultados do estudo de Pereira (2012), estudo esse demonstrativo que o comprometimento no autocuidado higiene é um dos mais significativos, apesar de os utentes terem intervenção de enfermagem de reabilitação,

Gráfico 8 – Distribuição dos ganhos nos utentes com diagnóstico de AVC no autocuidado banho



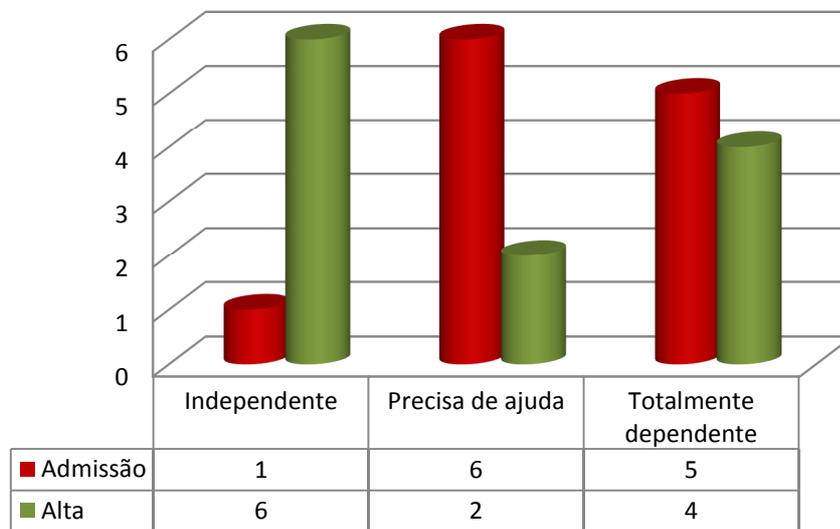
No que diz respeito ao autocuidado do banho constata-se que na admissão 100% dos utentes necessitavam de ajuda neste autocuidado, havendo no entanto, melhorias no mesmo no momento da alta, passando a existir 25% de utentes independentes na higiene. Apesar de se verificar um valor percentual de 25% de utentes independentes na alta, o valor percentual de utentes a necessitar de ajuda mantém-se mais elevado, 75%, que corresponde ainda a uma expressão significativa de utentes a requerer de ajuda neste autocuidado. Esta superioridade percentual verifica-se igualmente nos resultados do estudo de Pereira (2012) em que o comprometimento no autocuidado banho, tal como o da higiene é um dos mais significativos.

Gráfico 9 – Distribuição dos ganhos nos utentes com diagnóstico de AVC no autocuidado alimentar-se



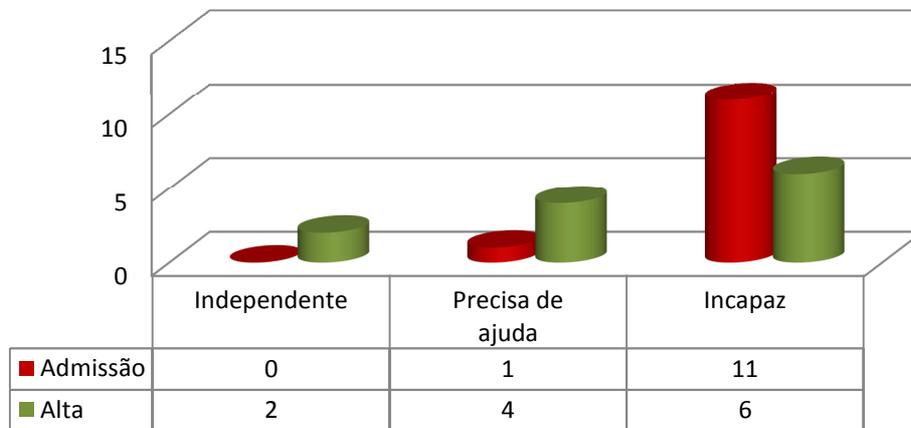
Verifica-se que em relação ao autocuidado alimentar-se a maioria dos utentes na admissão, ou seja, 75% necessita de ajuda ou dieta modificada, enquanto 16,6% necessita de ajuda total e, apenas 8,3%, é independente. Contudo, aquando da alta, estes valores percentuais revertem-se em relação aos utentes independentes e totalmente dependentes. Aquando da alta, a intervenção de enfermagem de reabilitação permitiu que a percentagem de utentes totalmente dependente passasse agora a ser de 8,3%, enquanto a de utentes independentes se eleva-se para 33,3%. Este aumento de utentes independentes vem de encontro aos resultados do estudo de Castro & Ornelas (2009) que revelaram um aumento de utentes independentes neste autocuidado, após intervenção de enfermagem de reabilitação. A percentagem de utentes que necessita de ajuda ou dieta modificada mantém-se maioritária, no entanto com diminuição quando relacionada com o momento de admissão. Através das intervenções de enfermagem de reabilitação verificou-se uma diminuição de 75% para 58,3% de utentes a necessitar de ajuda ou dieta modificada.

Gráfico 10 – Distribuição dos ganhos nos utentes com diagnóstico de AVC no autocuidado do uso do WC



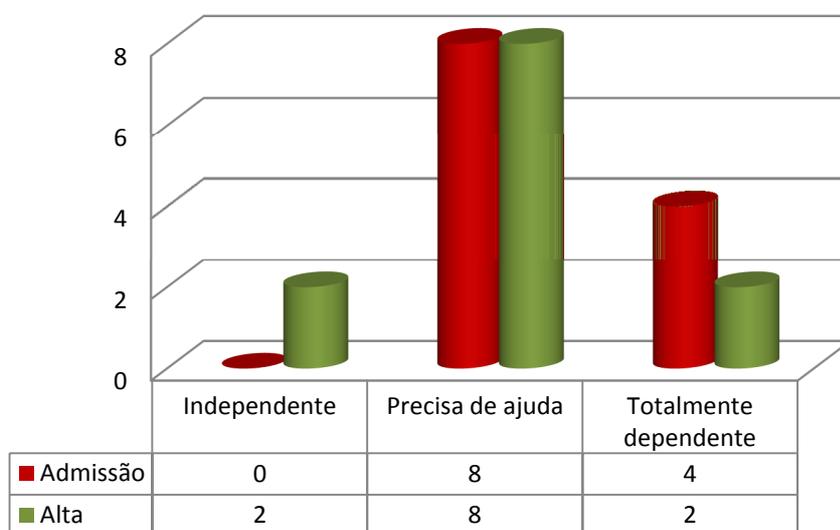
No que concerne ao uso do sanitário observa-se que a percentagem de utentes a requerer ajuda e totalmente dependentes é muito semelhante, 50% e 41,6% respetivamente, enquanto a percentagem de utentes independentes é de 8,3%. No momento da alta o valor percentual de utentes independentes é agora de 50%, tendo um aumento de 41,7%. Em relação aos utentes que necessitam de ajuda e naqueles que são totalmente dependentes, ocorreu uma diminuição destas condições, sendo que nos utentes que necessitam de ajuda se verifica maiores ganhos em relação aqueles que são totalmente dependentes, ou seja, no momento da alta apenas 16,6% dos mesmos requerem ajuda, ao contrário do momento da admissão em que representavam metade dos utentes. Em relação aos utentes totalmente dependentes, apesar de verificarem-se ganhos, estes não tiveram uma expressão tão significativa quanto a dos utentes que precisam de ajuda. Na admissão representavam 41,6% dos utentes e aquando da alta representavam 33,3%. Contudo, em relação a este autocuidado conclui-se que existiu um ganho significativo uma vez que a maior diferença percentual entre a admissão e o momento da alta, corresponde aos utentes que se tornaram independentes.

Gráfico 11 – Distribuição dos ganhos nos utentes com diagnóstico de AVC no autocuidado subir/descer escadas



No que diz respeito ao autocuidado subir/descer escadas a maioria dos utentes na admissão, ou seja, 91,6% é incapaz de realizar autonomamente este autocuidado, enquanto 8,3% requer ajuda e, nenhum utente é independente. No momento da alta verifica-se uma diminuição dos utentes incapazes, sendo o valor percentual de 50%. Ainda em relação ao momento da alta, a diminuição dos utentes incapazes foi acompanhada por um aumento daqueles que requerem ajuda (33,3%) e daqueles que se tornaram independentes (16,6%). No seu estudo Castro & Ornelas (2009), concluíram que desde a admissão até à alta ocorreu uma diminuição de 40,7% dos utentes incapazes para este autocuidado e que houve um aumento de 48,1% de utentes independentes. Ao fazer a ponte dos resultados encontrados no estudo de Castro & Ornelas (2009) com os resultados da UCC Cuidar⁺, verifica-se que nesta última a redução de utentes incapazes desde a admissão até à alta foi de 41,6%, o que vai de encontro aos resultados dos autores mencionados. Em relação ao valor percentual de utentes independentes o ganho na UCC não é tão expressivo quanto os verificados no estudo de Castro & Ornelas (2009), contudo são reveladores de importantes ganhos neste autocuidado através das intervenções de enfermagem de reabilitação.

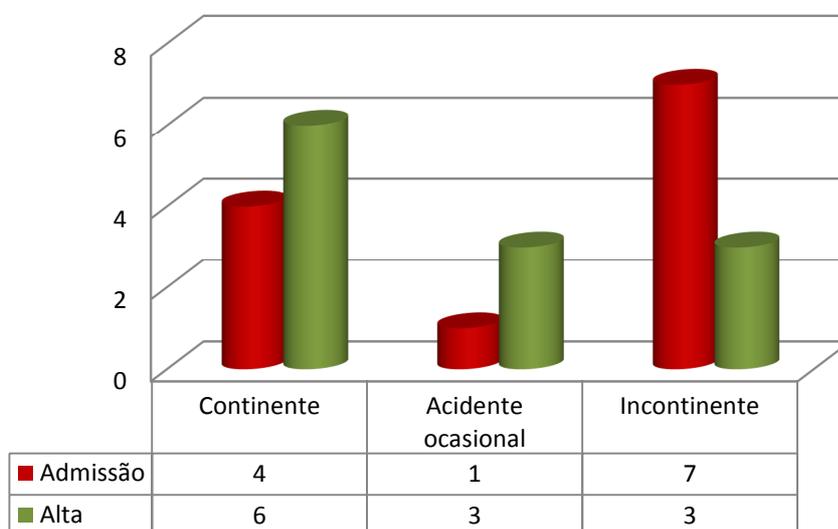
Gráfico 12 – Distribuição dos ganhos nos utentes com diagnóstico de AVC no autocuidado vestir/despir



Em relação ao autocuidado vestir/despir aquando da admissão a maioria, 66,6% requer ajuda, enquanto 33,3% são totalmente dependentes e nenhum utente é independente. No momento da alta verifica-se uma diminuição dos utentes totalmente dependentes, sendo o valor percentual de 16,6%, verifica-se assim uma redução para metade dos utentes totalmente dependentes neste autocuidado. Ainda em relação ao momento da alta, ocorreu um aumento de 16,6% de utentes independentes, mantendo-se, no entanto, igual nº de utentes a requer ajuda neste autocuidado (33,3%). De acordo com estudo Castro & Ornelas (2009), desde a admissão até à alta ocorreu uma diminuição de 22,2% dos utentes totalmente dependentes para este autocuidado e um aumento de 33,3% de utentes independentes. Comparando os resultados encontrados no referido estudo com os resultados da UCC Cuidar⁺, verifica-se que nesta última a redução de utentes totalmente dependentes desde a admissão até à alta foi de 16,6%, o que vai de encontro aos resultados dos autores mencionados, uma vez que a diferença entre os valores percentuais não é significativo. Verifica-se que aquando da alta a percentagem de utentes que necessita de ajuda é igual na admissão, assim como, no momento da alta (33,3%). Ao comparar este resultado com aquele encontrado por Castro & Ornelas (2009), verifica-se que no estudo destes autores na admissão 37% requeriam ajuda e na alta 26% mantinham essa necessidade. Constata-se

assim, que apesar de existir um ganho de 11%, este corresponde ao menor valor quando comparado com os ganhos dos utentes que se tornaram independentes e daqueles que deixaram de ser totalmente dependentes. Em relação ao valor percentual de utentes independentes o ganho na UCC (16,6%), tal como no autocuidado anterior, não é tão expressivo quanto os verificados no estudo de Castro & Ornelas (2009) (33,3%), contudo são igualmente reveladores de ganhos neste autocuidado através das intervenções de enfermagem de reabilitação.

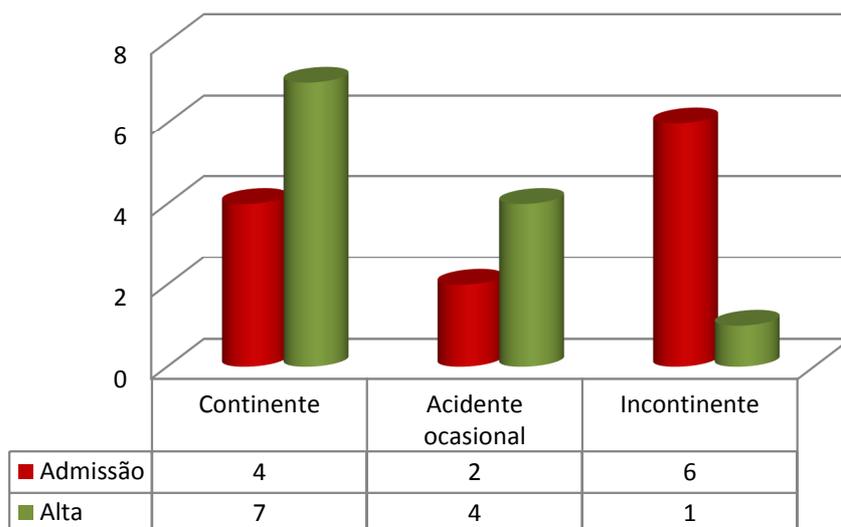
Gráfico 13 – Distribuição dos ganhos nos utentes com diagnóstico de AVC no autocuidado controlo vesical



No que diz respeito ao autocuidado controlo vesical constata-se que na admissão 33,3% eram contínuentes, 8,3% dos utentes referiram acidente ocasional e 58,3% eram incontinentes, conclui-se assim, que antes de existir intervenção de enfermagem de reabilitação a maioria dos utentes era incontinente. Contudo, aquando da alta verificam-se ganhos em saúde, com o aumento dos utentes contínuentes que de 33,3% passam para 50% e uma diminuição dos utentes incontinentes que de 58,3% passam para 25%. Apesar de se verificar um aumento do valor percentual de 16,7% de utentes contínuentes na alta, o valor percentual daqueles que revelam ter acidente ocasional aumentou igualmente, passando 8,3% para 25%, igualando assim o valor percentual de utentes incontinentes. Este aumento de utentes que revelam acidente ocasional acompanha a diminuição de utentes incontinentes, o que sugere que alguns dos utentes incontinentes passaram

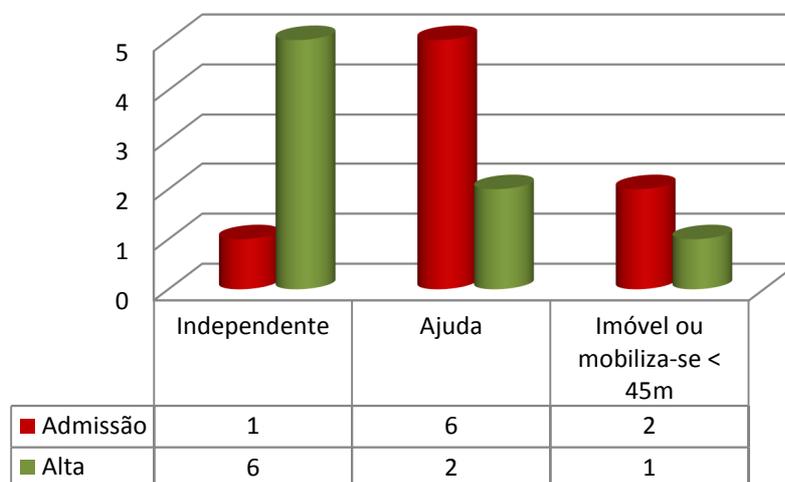
a referir acidente ocasional e outros passaram a ser continentais. Estes resultados são demonstrativos de ganhos em saúde após implementação de intervenções de enfermagem de reabilitação.

Gráfico 14 – Distribuição dos ganhos nos utentes com diagnóstico de AVC no autocuidado controlo intestinal



No que concerne ao autocuidado controlo intestinal constata-se que na admissão 33,3% eram continentais, 16,6% dos utentes referiram acidente ocasional e 50% eram incontinentes, conclui-se assim, que antes de existir intervenção de enfermagem de reabilitação a maioria dos utentes era incontinente. No entanto, no momento da alta verificam-se ganhos em saúde, com o aumento dos utentes continentais que de 33,3% passam para 58,3% e uma diminuição significativa dos utentes incontinentes que de 50% passam para 8,3%. Verifica-se assim uma inversão dos resultados, sendo que os utentes continentais representam o maior valor percentual e os incontinentes o menor. Estes resultados são demonstrativos de importantes ganhos em saúde após implementação de intervenções de enfermagem de reabilitação.

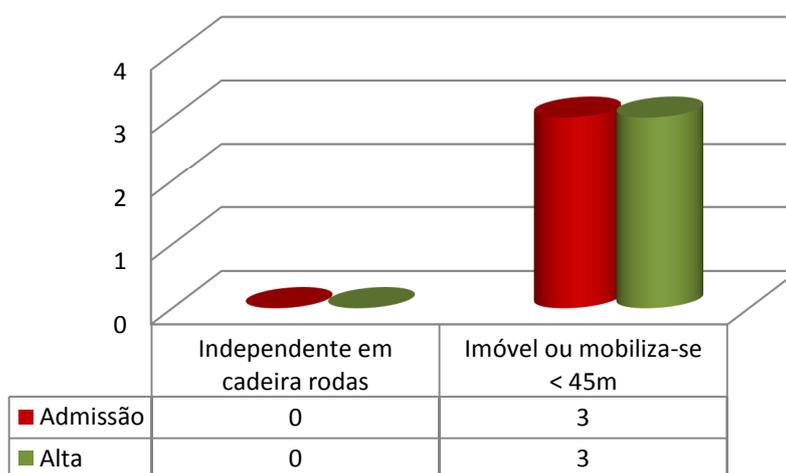
Gráfico 15 – Distribuição dos ganhos nos utentes com diagnóstico de AVC no autocuidado deambular



Em relação ao autocuidado deambular aquando da admissão a maioria, 66,6% requer ajuda, enquanto 22,2% são imóveis e 11,1% são independentes. No momento da alta verifica-se uma diminuição dos utentes imóveis na deambulação, sendo o valor percentual de 11,1%, verifica-se assim uma redução para metade dos utentes imóveis neste autocuidado. Ainda em relação ao momento da alta, ocorreu um aumento significativo de 55,5% de utentes independentes, e tal como nos utentes imóveis, também se verificou uma diminuição do valor percentual de utentes a requerer ajuda neste autocuidado (44,4%). Segundo o estudo de Castro & Ornelas (2009), desde a admissão até à alta ocorreu uma diminuição de 14,8% dos utentes imóveis no deambular e um aumento de 55,5% de utentes independentes. Comparando os resultados encontrados no referido estudo com os resultados da UCC Cuidar+, verifica-se que nesta última a redução de utentes totalmente dependentes desde a admissão até à alta foi de 11,1%, o que vai de encontro aos resultados dos autores mencionados, uma vez que a diferença entre os valores percentuais não é significativo. Verifica-se que aquando da alta a percentagem de utentes que necessita de ajuda é significativamente inferior no momento da alta (44,4%). Ao comparar este resultado com aquele encontrado por Castro & Ornelas (2009), verifica-se que no estudo destes autores na admissão 51,8% requeriam

ajuda e na alta 18,5% mantinham essa necessidade. Constata-se assim, que o valor percentual não apresenta significativas diferenças com o valor obtido na UCC, concluindo-se assim acerca da importância das intervenções de enfermagem de reabilitação para a obtenção de ganhos em saúde. Em relação ao valor percentual de utentes independentes o ganho na UCC (55.5%), é igual ao encontrado no estudo de Castro & Ornelas (2009) (55,5%), conclui-se assim que em ambos os resultados demonstram o mesmo ganho neste autocuidado através das intervenções de enfermagem de reabilitação.

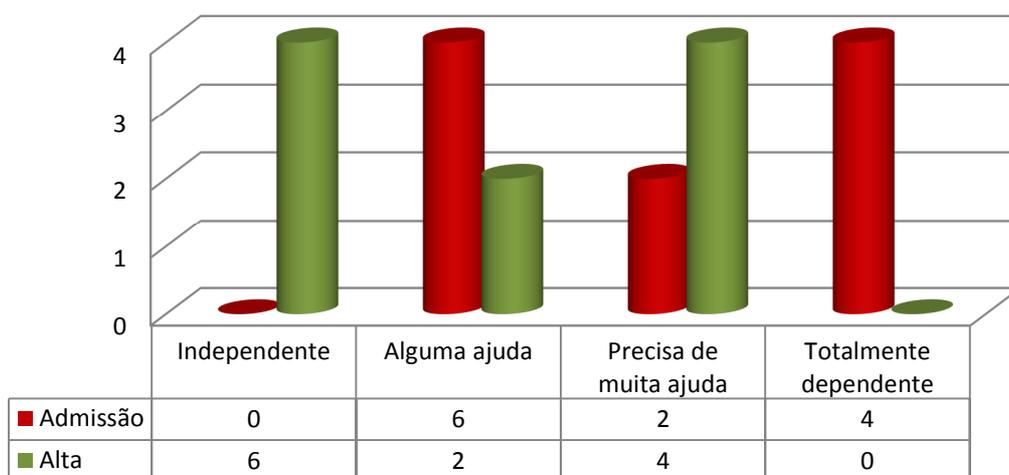
Gráfico 16 – Distribuição dos ganhos nos utentes com diagnóstico de AVC no autocuidado utilização da cadeira de rodas



No que diz respeito à utilização de cadeira de rodas, constata-se que tanto na admissão como na alta, todos os utentes mantiveram-se imóveis ou mobilizando-se a uma distância menor de 45m, não se verificando ganhos ao nível da independência na cadeira de rodas. Estes resultados podem ser sugestivos de que o grau de incapacidade dos utentes seria elevado, e que mesmo sujeitos a intervenções de enfermagem de reabilitação, estes não seriam capazes de adquirir competências para alcançar ganhos. O estudo de Castro & Ornelas (2009) revela que na admissão e na alta não se verificavam utentes imóveis ou mobilizando-se a uma distância menor de 45m, contudo existiam na admissão 11,1% de utentes independentes em cadeira de rodas e na alta apenas 3.7% eram independentes. Esta diminuição é sugestiva de que os utentes deixaram de necessitar da cadeira de

rodas para se deslocaram. Ao comparar os resultados da UCC com os do estudo de Castro & Ornelas (2009), verifica-se que não são semelhantes, não existindo resultados que demonstrem ganhos em saúde, no entanto, o estudo referido demonstra que através das intervenções de enfermagem ocorreram ganhos, havendo assim, uma diminuição de utentes a necessitar de cadeira de rodas.

Gráfico 17 – Distribuição dos ganhos nos utentes com diagnóstico de AVC no autocuidado transferência cadeira/cama



No que concerne ao autocuidado transferência cadeira/cama aquando da admissão a maioria, 50% requer alguma ajuda, enquanto 33,3% são totalmente dependentes, 16,6% precisa de muita ajuda e nenhum utente era independente. No momento da alta não se verificam utentes totalmente dependentes, observando-se igualmente uma diminuição dos utentes a requerer alguma ajuda 16,6%, no entanto existe um aumento daqueles que requerem de muita ajuda 33,3%. Assim, a diminuição de utentes a necessitar de alguma ajuda é de 33,4% enquanto o aumento de utentes a necessitar de muita ajuda é de 16,7%. Este aumento de utentes a requerer muita ajuda acompanha a diminuição de utentes dependentes, o que sugere que alguns utentes que na admissão eram totalmente dependentes, passaram a requerer muita ajuda. Ainda em relação ao momento da alta, ocorreu um aumento significativo de 50% de utentes a tornarem-se independentes. Segundo o estudo de Castro & Ornelas (2009), desde a admissão até à alta ocorreu uma diminuição de 11,1% dos utentes totalmente dependentes e um aumento de 55,5%

de utentes independentes. Comparando os resultados encontrados no referido estudo com os resultados da UCC Cuidar⁺, verifica-se que nesta última a redução de utentes totalmente dependentes desde a admissão até à alta foi total, não se verificando nenhum utente totalmente dependente o que vai de encontro aos resultados dos autores mencionados, uma vez que em ambos ocorreu uma diminuição destes utentes, contudo, na UCC o resultado foi mais expressivo que os resultados do estudo de Castro & Ornelas (2009). Verifica-se que aquando da admissão a percentagem de utentes que necessita de alguma ajuda é 50% e que na alta é de 16,6%, ao comparar este resultado com aquele encontrado por Castro & Ornelas (2009), verifica-se que no estudo destes autores na admissão 51,8% requeriam igualmente alguma ajuda e na alta 14,8% mantinham essa necessidade. Constata-se assim, que o valor percentual não apresenta significativas diferenças com o valor obtido na UCC, concluindo-se assim acerca da importância das intervenções de enfermagem de reabilitação para a obtenção de ganhos em saúde. Em relação ao valor percentual de utentes independentes o ganho na UCC (50%), é muito semelhante ao encontrado no estudo de Castro & Ornelas (2009) (55,5%), conclui-se assim que em ambos os resultados demonstram o mesmo ganho neste autocuidado através das intervenções de enfermagem de reabilitação.

5-CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento da prevalência do AVC associado à complexidade dos problemas sociais, económicos e culturais, trazem repercussões a nível da pessoa e sua família tais como limitações e restrições na sua participação na comunidade, sendo que estas requerem maiores cuidados no domicílio, onde a família é frequentemente sobrecarregada. Esta situação está diretamente relacionada com a enfermagem de reabilitação na comunidade que privilegia a reintegração comunitária da pessoa após AVC e sua família, promovendo o seu autocuidado, independência e qualidade de vida.

A prática de enfermagem rege-se na equidade designada para cada um, no que necessita ou pode tolerar, tendo como fim uma complementaridade, entre o cuidado prestado e as reais necessidades da pessoa/família. Assim, considero que as pessoas após AVC têm várias necessidades de cuidados de enfermagem, dependendo das alterações à sua saúde provocadas pelas diferentes lesões. Para minimizar essas alterações vão ter que encontrar formas de readaptação à sua nova condição de modo a satisfazer às suas necessidades de autocuidado. Neste contexto quando as diferentes atividades de autocuidado estão afetadas ou limitadas, a pessoa após AVC torna-se dependente de outros para as realizar, sendo aqui que a enfermagem de reabilitação ganha relevo, como detentora de saberes que lhe permitem avaliar os diferentes graus de dependência e implementar estratégias de intervenção com recurso aos métodos de ajuda propostos por Orem. Estes métodos podem ir desde a substituição da pessoa (agir ou fazer pelo outro); à transmissão de conhecimentos (educar); ao ensino de estratégias (instruir) ou treino de capacidades e AVD (treinar); ao apoiar física e psicologicamente e ao proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, tornando a pessoa apta a satisfazer as suas necessidades de autocuidado.

No estudo efetuado na UCC Cuidar⁺, verifica-se que em 2013 nos internamentos na unidade a maioria dos utentes situa-se na faixa etária entre os 81 anos e os 90 anos, com um valor percentual de 50%, seguidos da faixa etária entre os 71 e os 80 anos com um valor percentual de 35%. Em relação aos utentes com diagnóstico de AVC da UCC Cuidar⁺, esta tendência mantém-se com 58,3% da amostra com idades compreendidas entre os 81-90 anos e 41,7% com idades compreendidas entre os 71 e os 80 anos. Segundo Ferro (2008) a frequência para suceder um AVC aumenta consideravelmente com a idade, nomeadamente acima dos 50-60 anos ou a partir dessas mesmas idades. De acordo com a Sociedade Portuguesa do AVC (2008), cerca de 40% das pessoas que sofreram AVC, têm idade superior aos 65 anos. O estudo de Ricardo (2012), vem corroborar esta evidência, pois neste estudo o valor é até superior, cerca de 75% dos utentes com AVC situam-se nas faixas etárias dos 70 aos 89 anos.

Relativamente ao sexo não se verifica nenhuma diferença percentual entre ambos os sexos. De acordo com Ferro (2000), a ocorrência do AVC é mais frequente no homem do que na mulher. O estudo de Ricardo (2012) demonstra esta realidade em que a percentagem masculina (54.8%) com diagnóstico de AVC é superior à feminina (45.2%). No entanto, a amostra da referida unidade não corrobora estes resultados.

No que diz respeito ao diagnóstico, os resultados revelam que no ano de 2013 o diagnóstico predominante foi o de neoplasia com um valor percentual de 45%, seguido do AVC com 26% da amostra, das fraturas com 19%, do traumatismo crânio-encefálico com 4% e, por fim, as artropatias, esclerose lateral amiotrófica e múltipla com 2% cada uma respetivamente. Apesar de a neoplasia ser o diagnóstico maioritário, o AVC apresenta uma expressão relevante de 12 utentes com internamentos com alta. Este resultado vem expressar o que o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares afirma, nomeadamente, que estas constituem a causa de morte mais relevante em toda a Europa, incluindo Portugal, destacando-se pela sua especial relevância o AVC (DGS, 2013).

As principais consequências do AVC, relacionam-se com a mobilidade, sendo as incapacidades nesta que indicam que uma relevante consequência para o utente

é requerer de ajuda para as AVD como alimentação, higiene pessoal, vestir/despir e deambulação. Os resultados permitem concluir que na admissão, 41,6% dos doentes eram dependentes totais. Considerando que a recuperação do utente relaciona-se com início de um programa de reabilitação, o enfermeiro deve estar organizado de modo a direcionar e estimular esses cuidados não só aos utentes como às suas famílias, assegurando-se que estes, os realizam de forma correta. De acordo com Legg (2004), após a reabilitação existe evidência que a reabilitação de qualquer tipo de AVC reduz a incidência da deterioração funcional e mantém ou melhora as capacidades na realização das AVD, facto demonstrado nos resultados obtidos em cada autocuidado e no nível de independência atingido pelos utentes no momento da alta, 58,3%.

No que concerne a propostas e sugestões de mudança considero de extrema importância a realização de investigação, pois durante a elaboração do projeto de formação como principal limitação/constrangimento detetei o facto de na realização da revisão de literatura ter encontrado alguma dificuldade em obter artigos científicos que associam a intervenção de enfermagem de reabilitação à pessoa após AVC em contexto domiciliário. Tendo em conta a lacuna anteriormente mencionada, senti necessidade durante o estágio de realizar esta avaliação dos ganhos em saúde nos utentes após AVC na UCC Cuidar ⁺, que apesar de não assumir todas as componentes de um trabalho de investigação, permitiu dar visibilidade a esses mesmos ganhos, cujos resultados, quando comparados com outros estudos realizados, são corroborados. Deste modo, sugeri à equipa a criação de grupos de trabalho por forma a dar visibilidade ao trabalho do EEER da comunidade, e da sua importância da sua intervenção na melhoria da qualidade de vida da pessoa e família.

O cuidar é a essência da enfermagem de reabilitação, e é esta característica que a torna tão especial. Através do cuidar é possível ajudar a pessoa a readquirir a sua autonomia e independência, e a melhor forma de dar a conhecer este cuidar, é através da produção de evidência científica, que destaca a profissão de enfermagem não apenas no panorama nacional, mas também, no internacional.

6-BIBLIOGRAFIA

BRADY, Marian; CLARK, Alexander; DICKSON, Sylvia; PATON, Gillian; BARBOU, Rosaline (2011) – Dysarthria following stroke – the patient’s perspective on management and rehabilitation. **Clinical rehabilitation** [em linha]. Vol. 25, nº10 (março, 2011) p. 935-952. ISSN:0269-2155. Acedido em: 20/04/2013. Disponível em:<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?vid=25&sid=6a58f418-5b58-4ba2-9ba7-bf9c19771796%40sessionmgr4005&hid=4209&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=21729975>

BURTON, Christopher, GIBBON, Bernard (2005) – Expanding the role of the stroke: a pragmatic clinical trial. **Issues and innovations in nursing practice** [em linha]. Vol. 56 nº6 (março, 2005) p. 640-650. ISSN:0309-2402. Revisão a: 02-03-2012. Acedido em 20/04/2013. Disponível em:
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?sid=afda7faa-3af1-4b06-b361-86a453efb3f9%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4107&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009078992>

CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO, Espinho, 2009 - **Acesso aos cuidados de enfermagem de reabilitação nas Unidades de cuidados integrados. Resultados da Unidade de São Vicente e Porto Moniz.** Acedido em 02/12/2013. Disponível em:
https://www.google.pt/#q=www.aper.com.pt%2Findex_ficheiros%2F2010CL25.pdf%E2%80%8E

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2013) - **Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares.** Lisboa: Direção Geral de Saúde. ISSN: 2183-0681.

EVITAR O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: UM DESEJO E UMA RESPONSABILIDADE PARTILHADA. Lisboa. 2014.

FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – **O processo de investigação: da concepção à realidade.** Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-10-X.

GREEN, Theresa; HALEY, Eryka; ELIASZIW, Michael; HOYTE, Keith (2007) – Education in stroke prevention: Efficacy on an education counselling intervention to increase knowledge in stroke survivors. **Canadian Journal of Neuroscience Nursing** [em linha]. Vol. 29 nº2 (janeiro, 2007) p.13-20. ISSN:1913-7176. Revisão a 07-01-2011. Acedido em: 20/04/2013 Disponível em:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?vid=8&sid=298358a0-bfe2-4552-999c-124ab1124dbe%40sessionmgr4003&hid=4209&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009907461>

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

HOEMAN, Shirley (2011) - **Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados.** 4ª Edição.Loures:Lusociência.ISBN978-0-323-04555-1.

<http://ucccuidar.no.comunidades.net/index.php>. Acedido em: 06/07/2013.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/> Acedido em: 06/07/2013.

IRELAND, Sandra; MACKENZIE, Gail; GOULD, Linda; DASSINGER, Diane; KOPER, Alicja; LEBLAN, Kathryn (2010) - Nurse case management to improve risk reduction outcomes in a stroke prevention clinic. **Canadian Journal of Neuroscience Nursing** [em linha]. Vol. 32 nº4 (dezembro, 2010) p. 7-13. Revisão a: 25-02-2011. ISSN: 1913-7176. Acedido em: 20/04/2013 Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?sid=368f77f2-6cef-4071-9f094a83bf80d2>

[51%40sessionmgr115&vid=1&hid=120&bdata=Jmxhbm9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010885333](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3244205)

KLEINDORFER, Dawn; JUDD, Suzanne; HOWARD, Virginia; MCCLURE, Leslie; SAFFORD, Monika; CUSHMAN, Mary; RHODES, David; HOWARD, George (2011). Self-Reported Stroke Symptoms Without a Prior Diagnosis of Stroke or TIA: A Powerful New Risk Factor for Stroke. **National Institute of Health**. Vol. 42 nº12 (novembro, 2011) p.1-11. ISSN: 0039-2499. Acedido em: 14/03/2014. Disponível em: <http://europepmc.org/articles/PMC3244205>

LEGG, Lynn (2004) - Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: systematic review of randomized controlled trials. **The Lancet**. Vol. 363 nº 9406 (janeiro, 2004) p. 352–356. ISSN: 1474-547X. Acedido em:14/03/2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?sid=00ed3b4f-5b9e-4bc9-a7a1888ded1f1ae1%40sessionmgr111&vid=1&hid=121&bdata=Jmxhbm9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=15070563>

MARTINS, Teresa (2002) - *Prevalência dos acidentes vasculares cerebrais*. Escola Superior de Enfermagem de São João. Edição da autora.

MCBRIDE, Kelly; WHITE, Carole; SOURIAL, Rosa; MAYO, Nancy (2004). Postdischarge nursing intervention for stroke survivors and their families. **Journal of Advanced Nursing** [em linha]. Vol. 47 nº2 (julho, 2004) p. 192-200. Revisão a 02-03-2012. ISSN:0309-2402. Acedido em 20/04/2013. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?sid=9810d526-4a88-4db0-99ef-ab3917c69745%40sessionmgr110&vid=1&hid=120&bdata=Jmxhbm9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2004190563>

MELNYK, Bernadette Mazurek; FINEOUT-OVERHOLT, Ellen (2005) - Rapid critical appraisal of randomized controlled trial (RCTs): an essential skill for evidence-based practice (EBP). **Pediatric Nursing**, [em linha]. Vol.31, nº1.(jan-fev, 2005), p. 50-52. Revisão a: 07/12/2007. ISSN:0097-9805. Acedido em: 20/04/2013. Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?sid=e2e1e83c-7ed6-4a46-a500-00b05663a33e%40sessionmgr110&vid=1&hid=121&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=rzh&AN=2005068829>

OREM, Dorothea E. (2001) - **Nursing Concepts of Practice**. 6th ed. Saint Louis (GE):Mosby.ISBN0-323-00864-X

PAIXÃO, Carlos Montes; REICHENHEIM, Michael E. (2005) - Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Republic Health: Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. ISSN 0102-311X. Vol.21, nº1 (jan-feb, 2005), p.7-19.

PEREIRA, José Alberto Teixeira Pires (2014) - Papel/ competências do Enfermeiro de Reabilitação em Unidades de Cuidados Intensivos. In: GOMES, Bárbara; ROCHA, Maria do Carmo, MARTINS, Maria Manuela; GONÇALVES, Maria Narcisa - **Investigação em Enfermagem de Reabilitação - um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. ISBN 978-989-98443-1-5.p. 64-72.

PEREIRA, Mónica do Rosário (2012) - **A Promoção do Autocuidado na Pessoa em Processo de Transição**. Coimbra. Dissertação de mestrado apresentada na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

PETRONILHO, Fernando Alberto Soares (2012) - **Autocuidado Conceito Central da Enfermagem**. Coimbra: Formasau. ISBN: 978-989-8269-17-1.

RNCCI (2012) – **Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Integrados 1º semestre de 2012**. Acedido em 27/01/2014. Disponível em:

<http://www.rncci.min-saude.pt/documentacao/Paginas/Relatorios.aspx>

RICARDO, Rui Manuel Peredo (2012) - **Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o índice de Barthel nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta com intervenções de enfermagem de reabilitação.** Bragança. Dissertação de mestrado apresentada no Instituto Politécnico de Bragança.

SEQUEIRA, Pedro Miguel Dias (2009) - Educação para a saúde à família do doente com AVC; Investigação em Enfermagem. **Sinais Vitais.** Coimbra. ISSN 0874-769. Nº20 (agosto, 2009), p. 15 – 25.

SILVA, Irene de Jesus; OLIVEIRA, Marília de Fátima Vieira; SILVA, Sílvio Éder Dias; POLARO, Sandra Helena Isse; RADÜNZ, Vera; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino; SANTANA, Mary Elizabeth (2009) - Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP.** São Paulo. ISSN 0080-6234. Vol. 43 nº3 (setembro, 2009),p. 697-703.

SIT, Janet; YIP, Vera; KO, Stanley; GUN, Amy; LEE, Judy (2007) - A quasi-experimental study on a community-based stroke prevention programme for clients with minor stroke. **Journal Of Clinical Nursing.** [em linha]. Vol. 16 nº2, p. 272-281 (fevereiro, 2007). ISSN: 0962-1067. Revisão a 02-03-2012. Acedido em: 20/04/2013 disponível em:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?sid=da513993-71a7-4397-bd0f-6de8de6c8b50%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4209&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009505893>