

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Promoção do Autocuidado na pessoa com Dependência nas ABVD

Pedro Miguel Nunes Pedrosa

Lisboa

2016



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Promoção do Autocuidado na pessoa com Dependência nas ABVD

Pedro Miguel Nunes Pedrosa

Orientador: José Carlos Pinto Magalhães

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Agradecimentos

Este trabalho só foi possível graças...
Aos meus pais e minha irmã que me criaram,
À minha restante família que me apoiou dentro do possível,
Aos meus colegas de serviço do Hospital que me aturaram,
Aos meus amigos que me suportaram,
Aos professores da Licenciatura, aos tutores e particularmente ao prof. José
Magalhães,
A quem um dia me disse “Back to basic...”,
Ao José Maria, à Maria João, ao João e à Andreia,
... a todos um profundo OBRIGADO!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CEPCEP - Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FC – Frequência cardíaca

INE – Instituto Nacional de Estatística

MCEER – Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

MSST - Ministério da Segurança Social e do Trabalho

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PC – Prestador de Cuidados

PNS – Plano Nacional de Saúde

RFR – Reabilitação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UC - Unidade de Convalescença

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

RESUMO

Nos últimos anos a pirâmide social da população mundial tem vindo a inverter, em consequência do aumento da esperança média de vida e da redução das taxas de natalidade. Este envelhecimento da população, juntamente com o aumento da prevalência das doenças crónicas, são os principais responsáveis pela dependência no autocuidado nas ABVD. Estes dois fatores condicionam a transição no autocuidado com impacto na qualidade de vida das pessoas.

O exercício de uma Enfermagem Avançada permite ao EEER agir como facilitador no processo de transição do estado de saúde da pessoa dependente, e a “matéria-prima” centra-se nas respostas humanas vividas pelas pessoas. A identificação dos facilitadores e inibidores do processo de transição é fundamental no desempenho do autocuidado. Este trabalho expõe o percurso de atividades para a aquisição e desenvolvimento de competências de EEER ao longo do estágio, dirigido pelo projeto de formação com o intuito de conhecer a intervenção do EEER na promoção do autocuidado na pessoa com dependência nas ABVD. Neste sentido, a abordagem a esta temática centra-se no autocuidado tal como define Orem, sendo analisada e compreendida segundo o Modelo das Transições de Meleis.

As experiências de estágio confirmam que a recuperação da funcionalidade nas ABVD é um dos âmbitos do autocuidado que a pessoa idosa com dependência mais valoriza, uma vez que lhes permite o retorno à participação social, familiar e a melhoria da autoestima. O EEER facilita a transição no autocuidado pessoa com dependência nas ABVD através de intervenções que minimizem as consequências da dependência, intervenções que maximizem a funcionalidade, de educação para a saúde e habilita o PC para a prestação de cuidados no domicílio, reduzindo custos em saúde e melhorando a qualidade de vida das pessoas.

Palavras-chave: Enfermagem; Reabilitação; Autocuidado; ABVD;

ABSTRACT

In the last few years, the world population social pyramid has undergone a process of inversion, that is, upside down, due to the increase in people's average life expectation and the decrease in birth rates. This aging of the population coupled with the increase in prevailing chronic diseases are, in essence, the foremost responsible factors of dependence in basic daily life self-care activities.

When providing advanced nursing services, this allows the nurse who has specialized in rehabilitation nursing, to act as a facilitator during the process of transition in the dependent person's state of health and the "raw material" is, therefore, centered on the humane responses experienced by these patients. Identifying the facilitators and inhibitors in the transition process is fundamental when applying self-care. This study outlines the activities carried out when attempting to acquire and develop the skills of the nurse who has specialized in rehabilitation nursing during his or her internship. Concurrently, while bearing the educational project in mind, the goal is to ascertain that the nurse who has specialized in rehabilitation nursing provides the conditions for the dependent patient to carry out his or her basic daily life self-care activities. In this sense, the approach at stake here is, without a doubt, centered on self-care as defined by Orem, while attempting to analyze and understand this procedure according the Transitions Model as postulated by Meleis.

The experience and learning outcomes obtained during this internship confirm that the recuperation of one's functionality when implementing these basic daily life self-care activities is intrinsic to self-care and that it is what the senior citizen most cherishes provided that they allow him or her to resume his or her participation in social and family activities while improving his or her self-esteem. The nurse who has specialized in rehabilitation nursing facilitates the transition process towards the adoption of self-care by the person who is dependent on basic daily life self-care activities. Furthermore, these interventions assist in minimizing the consequences of dependency and, subsequently, maximizing one's functionality, health education, and qualifying the health care professional in providing assistance at home and, hence, reducing health care costs while improving the quality of life of people.

Keywords: Nursing; Rehabilitation; Self care; Activities of Daily Living.

ÍNDICE	Pág.
INTRODUÇÃO	9
1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	23
1.1 Domínio da Responsabilidade profissional, ética legal.....	23
1.2 Domínio da Melhoria da Qualidade.....	26
1.3 Domínio da Gestão dos Cuidados.....	28
1.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.	31
2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS ASSIM COMO COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS, COMO EEER	34
2.1 Cuidar da pessoa com dependência no autocuidado nas ABVD, ao longo do seu ciclo de vida.....	34
2.2. Capacitar a pessoa com dependência no autocuidado nas ABVD, para a sua reinserção social e familiar e exercício de cidadania.....	46
2.3. Maximizar a funcionalidade da pessoa com dependência no autocuidado nas ABVD.....	52
3. SÍNTESE	59
4. CONCLUSÃO	66
5. BIBLIOGRAFIA	68
APÊNDICES	
Apêndice I – Colheita de dados e avaliação da pessoa com dependência no autocuidado	
Apêndice II – Estudo de caso – D. R	
Apêndice III – Estudo de caso – D. AC	
Apêndice IV - Estudo de caso – D. D	

Índice de Figuras

Pág.

Fig. 1 - Os quatro níveis de Dependência de Autocuidado baseado em MSST, (2009); CIPE (1998); Araújo, (2010); Ribeiro e Pinto, (2013); Duque, (2009); Orem, (2001).....**13**

Fig. 2 – Esquema que sintetiza a promoção do Autocuidado na pessoa com dependência nas AVBD, ao longo do estágio, adaptado da Teoria das Transições de Meleis (2000).....**65**

INTRODUÇÃO

O trabalho desenvolvido surge no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório, do 6º curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESEL, e propõe-se construir uma reflexão e análise crítica ao percurso efetuado ao longo dos estágios clínicos para alcançar as competências de EEER através de programas de intervenções, tendo por base a literatura de referência da especialidade. A primeira etapa deste percurso consistiu na definição de uma área de interesse que seja um problema relevante para a Enfermagem (Fortin, 1999). Tendo por base estes requisitos a minha temática é “*A Intervenção do EEER na Promoção do Autocuidado na Pessoa com Dependência nas ABVD*”.

Para prática das atividades que permitiram adquirir as competências de EEER, após o período de aulas em sala de aula, foram realizados dois tempos de estágio, o primeiro no Departamento de RFR de um hospital central de Lisboa e o segundo numa ECCL, em contexto domiciliário no centro de Lisboa.

Nas últimas décadas, a esperança média de vida da população a nível mundial tem aumentado drasticamente, tornando a problemática associada ao envelhecimento e ao crescente peso dos escalões etários mais elevados na estrutura demográfica uma das principais preocupações dos governantes, sobretudo dos países desenvolvidos (OMS, 2002). Com efeito, num período de 41 anos, entre 1960 e 2001, o crescimento da população mundial com mais de 65 anos aumentou de 5,3% para 6,9%, importando sublinhar que desde então decorreram quinze anos. Não é, portanto de estranhar que as estimativas apontem para que nos próximos 50 anos esse número duplique, alcançando em 2050 os 15,6% do total da população (INE, 2002). Segundo o INE (2011), e em igual período, a população portuguesa com mais de 65 anos passou de 16,4% para 19%, ou seja, um crescimento superior a 1,6 vezes o registado a nível mundial prevendo-se que em 2050 atinja os 32%. Este envelhecimento da população deve-se, acima de tudo, à evolução científica e social e de modo muito particular à investigação nos domínios clínico, tecnológico e epidemiológico. Paralelamente, as mudanças sociais e familiares, os progressos terapêuticos, a melhoria da condição socioeconómica assim como a adoção de estilos de vida mais saudáveis, entre os quais se incluem uma alimentação mais equilibrada, e a prática de atividade física, são fatores que ajudaram a aumentar a

longevidade da população (Petronilho, 2012). Este aumento da esperança média de vida, por outro lado, fez alterar a tipologia de patologias com que o sistema de saúde se confronta, acentuando a prevalência das doenças crónicas. A união destes fatores tem-se vindo a traduzir num crescimento significativo do número de pessoas em situação de dependência, criando pressões de natureza orçamental na área da saúde, tanto ao nível do investimento em infraestruturas de suporte – de que a RNCCI constitui um bom exemplo – como das despesas correntes em medicamentos (INE, 2002). Perante este facto incontornável e estatisticamente documentado, é relevante analisar as condições de saúde desta população, o que implica, para além da avaliação clínica, o dever ter-se em consideração o nível de funcionalidade e (in)dependência (Menoíta et al., 2014).

Assim, este tema terá enfoque na faixa etária de maior predomínio de dependência – nos idosos – e no seu impacto na execução das ABVD no domicílio. No âmbito da reabilitação, e objeto de análise neste trabalho, o termo ABVD refere-se a atividades desempenhadas pela pessoa de forma independente, relacionadas com a manutenção das funções e estruturas do organismo de forma rotineira no dia-a-dia. A MCEER (2011) refere seis ABVD: 1 - higiene pessoal, 2 - controlo da eliminação vesical e intestinal, 3 - o uso de sanitário, 4 - vestir/despir, 5 - alimentação, 6 - locomoção e transferência. A abordagem da pessoa dependente no autocuidado requer que no plano de intervenção se tenha igualmente em consideração o PC e o papel que o mesmo desempenha com a pessoa dependente.

Para além dos acrescidos custos de saúde que o envelhecimento acarreta, quando se associa a este a dependência, os custos de Saúde aumentam exponencialmente, como salientam Kalish, Lee & Dabney (2013). Numa época fustigada pela crise económica importa sublinhar a importância de rentabilizar os custos em saúde, vertente onde o EEER pode desempenhar um papel fulcral por via da promoção do autocuidado, melhorando a dependência e em consequência reduzindo os custos que se lhe associam.

A referida tendência para a inversão da pirâmide etária leva a que o número de pessoas dependentes tenda a aumentar. Segundo o INE (2011) e o CEPCEP (2012), Portugal apresenta uma percentagem¹ de dependência, que aumentou para 26,3% na população idosa, sendo uma das maiores taxas de dependência na EU. A literatura refere que em Portugal quase 10% das famílias tem uma pessoa

¹ Relação entre o número de idosos e a população em idade ativa. Definido habitualmente como a relação entre a população com 65 ou mais anos e a população com 15 – 64 anos.

dependente no autocuidado (OPSS, 2015). Refira-se, a título ilustrativo, que em Paços de Ferreira a proporção de famílias que integravam pessoas dependentes no autocuidado era de 11,7% (Ribeiro & Pinto, 2014) e em Lisboa de 7,95% (Martins, 2011). Mais recentemente, em 2014, Fernandes mencionava que na Maia essa percentagem ascendia a 8,38% e segundo do OPSS (2015) em Portugal estima-se que existam 110.355 pessoas dependentes no autocuidado nos domicílios. Perante estes dados, urge refletir e encontrar estratégias que mantenham a qualidade de vida dessas pessoas ou minimizem os efeitos da situação em que se encontram.

Embora o envelhecimento e o aumento da prevalência das doenças crónicas sejam os principais fatores na origem da dependência (responsáveis por cerca de 32% e 64% dos casos de dependência respetivamente), a sua instalação pode acontecer em qualquer etapa do ciclo de vida. Para a população abaixo dos 65 anos, os acidentes rodoviários são a principal causa de dependência (INE, 2002; Ribeiro, Pinto & Regadas, 2014). Todavia, o que difere a dependência na criança ou no adulto da do idoso, é o seu grau de competência para a transição, uma vez que, ao contrário do que acontece nos dois primeiros casos, em idade mais avançada a dependência tende a ampliar-se e evoluir para um estado permanente (Martins, 2011).

A DGS (2004) alerta no PNS que há inúmeros casos de idosos em situação de dependência que poderiam ser autónomos. Nesta linha, Augusto (2002) sublinha que a hospitalização, a alta precoce, pobre planeamento do regresso a casa e as condições habitacionais são fatores que promovem e/ou agravam a dependência.

Durante o ciclo de vida da pessoa, a capacidade de se autocuidar varia e, a partir duma determinada fase de vida, a capacidade de desempenho vai-se deteriorando devido ao processo fisiológico de envelhecimento natural do organismo. Este processo progressivo, degenerativo e inexorável aumenta a proximidade do limiar da dependência e é acelerado pelo aparecimento de doenças ou incidentes como hospitalizações (em que a situação de doença requer repouso absoluto no leito), restrições da mobilidade, etc. Dizem-se independentes os indivíduos que vivem com as suas capacidades funcionais íntegras na resolução dos problemas do quotidiano; em contrapartida, quando a capacidade funcional não permite responder às próprias necessidades no desempenho do autocuidado, está-se perante uma situação de dependência. Entende-se por capacidade funcional

como o potencial máximo do indivíduo no desempenho das AVD para manter a qualidade de vida (Frank et al. 2007). Verifica-se assim, que a capacidade funcional e o nível de (in)dependência estão intimamente ligados no desempenho do autocuidado no meio que envolve a pessoa (Martins, 2011). O meio que rodeia a pessoa é um fator preponderante na reabilitação uma vez que a incapacidade em responder às necessidades não é uma mera consequência de uma deficiência, mas sim um resultado da interação da pessoa com o meio ambiente (OMS, 2004).

As sucessivas hospitalizações devido a alterações fisiopatológicas (decorrente da doença e do respetivo envelhecimento) e com intervalos de tempo cada vez mais reduzidos fazem com que o repouso no leito na população idosa exponha a pessoa a uma menor mobilidade. Dado o panorama hospitalar de altas cada vez mais precoces, a recuperação da capacidade funcional no domicílio ganha cada vez mais relevância (Lima, 2014).

É verdade que a estrutura política e social tem-se esforçado para dar resposta às necessidades da população idosa e mais recentemente com a criação de Centros de Dia e da RNCCI; no entanto tais estruturas revelam-se insuficientes para as necessidades existentes, uma vez que a nível nacional entre 2014 e 2015 aumentou a demora média de ingresso na: UC de 34 para 36 dias; UMDR de 79 para 87 dias; ULDM de 164 para 206 dias e em ECCI de 142 para 175 dias (ACSS, 2015). Em alternativa à institucionalização, esta tendência para cuidar no ambiente domiciliário visa garantir o suporte terapêutico necessário, mas importa reconhecer contudo, que aumenta a responsabilidade da família e da própria comunidade que nem sempre reúnem condições para o efeito. Os cuidados domiciliários na opinião de Ribeiro e Pinto (2014) emergem como resposta às necessidades e favorecem um âmbito de intervenções preventivas com cuidados individualizados.

Segundo a OE (2013) a promoção do autocuidado é uma área de atenção em que os enfermeiros podem demonstrar a sua qualidade de intervenção e excelência de trabalho, produzindo resultados com impacto positivo no utente e sua família. Deste modo, é imperativo que os enfermeiros conheçam a situação de dependência da população que cuidam assim como as suas necessidades, uma vez que tais necessidades não estão apenas relacionadas com o diagnóstico da patologia, mas sim com o processo de transição experienciado pela família, logo é fundamental compreender o processo de dependência (Silva, 2007).

Tendo em conta a vasta literatura produzida, a dependência caracteriza-se como sendo o estado em que se encontra a pessoa que, por incapacidade física, psíquica ou intelectual, tem necessidade de assistência e/ou de ajuda de pessoa ou produtos de apoio, durante um período de tempo mais ou menos prolongado, para realizar as atividades de autocuidado. Para efeitos deste trabalho, o conceito de dependência utilizado ao longo da narração reporta para uma dependência cuja génese é a incapacidade física. O facto de nos referirmos a uma pessoa como dependente por oposição ao conceito de independência é uma qualificação redutora e simplista pois não espelha o tipo de dependência. Para que os profissionais de saúde possam responder às necessidades da pessoa é relevante diagnosticar e quantificar os diferentes graus dessa dependência. Desta forma, deve-se ser específico ao definir o grau de dependência da pessoa e identificar o tipo de atividades de autocuidado em que há dependência (Frank et al., 2007).

A preocupação em determinar com o maior rigor possível o grau de dependência num indivíduo levou a que diferentes autores se tivessem dedicado à elaboração de critérios que permitissem estratificar os diversos graus de dependência. Neste sentido, a minha análise da literatura permitiu sistematizar e hierarquizar o tipo de dependência em quatro graus, em que na base reside o nível de maior dependência - a dependência total - e no topo a independência.

Nos dois graus intermédios, como ilustra a figura 1, classificam-se os casos em que a dependência carece de produtos

de apoio ou de pessoa (MTSS, 2009; ICN 1999; Araújo, 2010; Ribeiro e Pinto, 2013; Duque, 2009; Orem, 2001). Considera-se assim que:

- **Independente** – a pessoa é capaz de realizar sem apoio de terceiros ou de produtos de apoio, as atividades de autocuidado;
- **Dependente de Produtos de Apoio** – A pessoa que é autónoma na tomada de decisão no entanto, necessita de produtos de apoio para realizar as atividades de autocuidado, sem ajuda de pessoa;

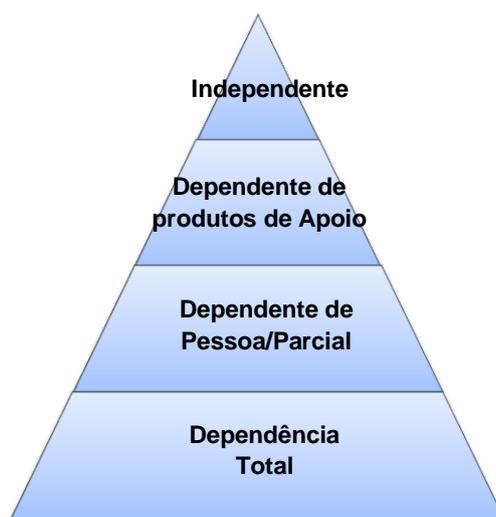


Fig.1- Os quatro níveis de Dependência de Autocuidado baseado em MSST, (2009); CIPE (1998); Araújo, (2010); Ribeiro e Pinto, (2013); Duque, (2009); Orem, (2001).

- **Dependente de Pessoa/Parcial** – Necessita do apoio de uma ou mais pessoas para satisfazer as suas necessidades básicas de vida, mas participa parcialmente em algumas das atividades;

- **Grande Dependente/Total** – Não é capaz de realizar atividades de autocuidado, nem tem nestas qualquer papel ativo. Necessita de substituição.

Deste modo, e uma vez que o conceito de dependência tem por base a concretização ou não das atividades de autocuidado, importa esclarecer a sua noção. O autocuidado, previamente descrito por Orem é complexo e é ajustável às diferentes sociedades, economias e políticas, sendo assim, encarado como um conceito multidimensional (Wilkinson & Whitehead, 2009). O autocuidado é referido como um conjunto de ações realizadas pelos próprios indivíduos com vista a manter a vida, a saúde e o seu bem-estar de forma eficaz (Orem, 2001). Söderhamn (2000) vai um pouco mais longe ao incorporar na definição uma componente pró-ativa traduzida na adoção de comportamentos de procura de saúde e prevenção de doenças.

O envelhecimento faz emergir processos corporais próprios da idade que resultam em degradação física e mental, que em média se acentua pela sexta década de vida. Este traduz-se pela diminuição da taxa metabólica (redução das trocas energéticas do organismo) e, ainda, por uma diminuição da capacidade de regeneração dos tecidos, conduzindo à perda de massa muscular, descoordenação de movimentos e diminuição de competências psicomotoras (ICN, 1999; Sequeira, 2007). Estas manifestações quando ocorrem nos órgãos vitais provocam habitualmente diminuição da capacidade funcional. Tais alterações corporais e mentais evidenciam-se na capacidade de satisfação das necessidades do dia-dia e são responsáveis pelo declínio da funcionalidade levando a períodos mais prolongados no leito (Sequeira, 2007).

O avanço da medicina, aliado à melhoria das condições tecnológicas, permitiu às pessoas cuidarem da sua saúde em fases mais precoces da manifestação da patologia. Aliás, da evolução do conceito de saúde transparece isso mesmo: inicialmente a saúde era definida como uma ausência de doença, tendo o conceito progressivamente ampliado para um estágio de procura de manutenção do equilíbrio biológico, social, cultural e espiritual em que a pessoa tem um papel ativo na busca de serviços de saúde (OMS, 2002). Desta forma as pessoas passam a conhecer

melhor o seu estado de saúde e ao mesmo tempo a detetar mais precocemente as patologias e a prevenir através de comportamentos promotores de saúde.

À medida que a idade avança, na pessoa com patologia crónica, a probabilidade dessa enfermidade se manifestar aumenta e passa a requerer um período de repouso no leito mais prolongado ou maior período de imobilidade (Petronilho, 2012). Contudo, a imobilidade do corpo pode ser mais prejudicial que a doença em si (Cazero & Peres, 2010). Para a OMS (2002), a imobilidade é o principal fator de 10-16% dos casos de *diabetes mellitus*, alguns casos de cancro, bem como por 22% dos casos de enfarte agudo do miocárdio e ainda 5-10% de mortes. Este período de repouso no leito, quando ultrapassa os 10 dias, estima-se que conduz em média a uma perda de 10% da força muscular por cada semana subsequente de restrição ao leito (Boechat, Manhães e Filho, 2012). À data da alta, cerca de 75% das pessoas idosas hospitalizadas apresentam uma funcionalidade inferior ao estado basal anterior à hospitalização (Hamilton & Lyon, 1995). O estudo de Mendes & Chaves (2012) revela que cerca de 80% dos utentes apresentam dependência no autocuidado no banho, ao arranjar-se, ao vestir/despir, ao alimentar-se, ao andar, no controlo dos esfíncteres e diminuição global da força muscular após uma semana em UCI. Desta forma, verifica-se que um idoso com doença crónica tem na imobilidade um dos principais fatores facilitadores e condiciona o convívio familiar, comunitário e social (Mendes & Chaves, 2012).

A dependência, para além de ter como principal génese a imobilidade, tem na patologia igualmente um número elevado e diverso de causas entre as quais se destacam as doenças neurológicas (AVC e Parkinson), a desnutrição, as doenças músculo-esqueléticas (osteoartrose e fratura do colo do fémur), a dor não controlada, as doenças cardiovasculares (insuficiência cardíaca e vascular periférica), a doença psiquiátrica, as doenças respiratórias (DPOC, infeções respiratórias) e a doença oncológica (OE, 2013; Petronilho, 2012). Vários estudos descrevem que as principais doenças crónicas (doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, respiratórias e neurológicas) estão associadas a uma dependência funcional moderada ou elevada nas ABVD e tendencialmente progressiva (Petronilho, 2012).

Segundo a literatura, a dependência no autocuidado predomina nas pessoas do sexo feminino, próximas da oitava década de vida, reformadas, com um nível

elevado de iliteracia e que coabitam com um PC. A maioria dos PC apresentam idades compreendidas entre os 45 e os 60 anos, sendo conjugues e/ou os filhos, principalmente as filhas (Martins, 2006). Além disto, estas pessoas frequentam regularmente os serviços de urgência, com vários internamentos, polimedicados, vivem em solidão com baixo nível de rendimentos e com um tempo médio de dependência de 11 a 15 anos (INE, 2011; Ribeiro & Pinto, 2013).

Segundo Sequeira (2007), o PC é normalmente um elemento da família, amigo ou vizinho que presta cuidados no domicílio, a pessoas que são incapazes de os assegurar, sendo estes executados de forma não antecipada, não remunerada, podendo abranger a totalidade ou apenas uma parte dos mesmos. A aquisição da função de PC acarreta ao cuidador tarefas e responsabilidades extra, o que implica que este tenha de se reorganizar e adaptar à nova rotina (Meleis, 2012). Segundo a mesma autora, a aquisição do papel de PC é um tipo específico de transição em que ocorre adição de papéis e responsabilidade de cuidar de alguém com dependência por um período de tempo.

Se, se tiver em consideração que a população dependente, em 92% dos casos necessita de ajuda de terceiros nas ABVD compreende-se que tal pode ter consequências no próprio PC causando-lhe por sua vez depressão, stress, bournout e isolamento social. Esta situação é particularmente sentida pelo PC nas doenças de foro neurodegenerativo porquanto a pessoa dependente é especialmente absorvente e repetitiva, razão pela qual se verificam situações de exaustão no PC que requerem interrupções mais ou menos prolongadas na sua função e, não raras vezes a necessidade do próprio carecer de apoio especializado. Os PC ao assumirem a responsabilidade deste papel vivenciam algumas dificuldades como a escassa informação sobre a doença, dúvidas quanto à prestação de cuidados, falta de recursos materiais e de apoio económico e emocional, dificuldades que são potenciadas nos casos de iliteracia (Sequeira, 2007).

No âmbito das atividades de autocuidado nas populações idosas, os estudos de Ribeiro, Pinto & Regadas (2014) assim como Martins (2011) e Fernandes (2014) revelam níveis de dependência elevados nas ABVD, nomeadamente: 84% no alimentar-se (incluindo a preparação dos alimentos e a abertura de recipientes); 82% no tomar banho (principalmente a lavar o corpo e secá-lo); 62 % no uso do sanitário (com maior dificuldade na limpeza do períneo); 83% no arranjar-se; 30% no virar-se

na cama; 44% no transferir-se e 80% no vestir/despir (nomeadamente calçar meias e sapatos ou segurar as roupas). Relativamente ao grau médio de dependência destaca-se que 92% necessitam de ajuda de pessoa e 0,4% necessita de ajuda de produtos de apoio. Perante tais evidências é legítimo concluir que as atividades que necessitam de maior amplitude, maior coordenação de movimentos, maior capacidade motora fina e grossa assim como força muscular ou equilíbrio são as atividades do autocuidado com maior dependência. As barreiras arquitetónicas são também um fator que assume repercussões negativas no autocuidado da pessoa dependente, potenciando a dependência. Autores como Petronilho, Silva e Pereira, (2014) referem o facto das pessoas que estiveram hospitalizadas, apresentarem frequentemente desidratação, rigidez articular, úlceras por pressão e compromisso da deglutição quando regressaram a casa. Mais do que um argumento a favor da prestação de cuidados domiciliários, uma tal constatação evidencia sobretudo que a institucionalização não significa, necessariamente, mais qualidade na prestação de cuidados de saúde. Sem se centrar na comparação entre as alternativas da prestação de cuidados à pessoa dependente, Duque (2009) prefere chamar a atenção para a importância do conhecimento das necessidades da pessoa em situação de dependência em cada domínio de autocuidado, como a melhor forma de assegurar um planeamento de cuidados centrados na pessoa/família, e simultaneamente possibilitar desenvolver intervenções adequadas às reais necessidades do indivíduo.

Importa igualmente ter presente que a progressão da dependência afeta significativamente o estado emocional da pessoa, proporcionando o isolamento social, ansiedade, apatia e depressão assim como a nível musculo esquelético, nomeadamente desenvolvimento de contraturas, rigidez, diminuição da massa muscular e osteoporose (OE, 2013). Adicionalmente, uma pessoa com dependência total é mais susceptível a desenvolver alterações ao nível dos sistemas orgânicos:

- cardiovascular (edema, sobrecarga cardíaca, hipotensão, tromboembolismo);
- respiratório (limpeza das vias aéreas ineficaz, pneumonias, atelectasias);
- genitourinário (infecções, formação de cálculos, retenção e incontinência urinária);
- gastrointestinal (obstipação, incontinência intestinal, diminuição de apetite e desnutrição);

- nervoso central (alteração do padrão de sono, alterações de memória, de coordenação, equilíbrio, cognição);
- metabólico (alterações eletrolíticas, aumento da resistência à insulina);
- dermatológico (úlceras por pressão, dermatites de contacto) (OE, 2013).

Segundo o OPSS (2015) as pessoas com dependência no autocuidado desenvolveram em 68% dos casos rigidez articular, em 26% desidratação, em 22% alteração do estado mental e 21% teve, pelo menos, uma queda no último mês e maus cuidados de higiene, 19% desenvolveram úlceras por pressão e 10% complicações respiratórias. Estas complicações provenientes da dependência condicionam e agravam a capacidade da pessoa realizar as ABVD, realçando a necessidade de ajuda de pessoa ou de produtos de apoio. O EEER neste âmbito tem um papel fundamental, uma vez que para além de desenvolver intervenções que minimizem as consequências da dependência, maximiza a funcionalidade da pessoa (OE, 2013).

Para melhor se entender o presente trabalho é relevante enquadrar o fenómeno de análise – Autocuidado na pessoa dependente - à luz dos principais marcos teóricos que permitem ancorar a perspetiva dos cuidados. O autocuidado, enquanto ação intencional do individuo, é uma área de atenção de Enfermagem com elevada sensibilidade aos cuidados de saúde, na medida em que o enfermeiro ajuda o individuo com défice no autocuidado a melhorar a sua condição. Assim, a promoção do autocuidado visa a manutenção da qualidade de vida e do funcionamento do organismo para realizar o projeto de saúde de cada um (Petronilho, 2012). A pessoa com dependência remete-nos para alguém com défice de autocuidado o que quer dizer que esse individuo necessita de alguém a supervisionar, assistir ou mesmo substituí-lo (Orem, 2001). Nesta linha, a pessoa com doença crónica e/ou em processo de envelhecimento procura terapêuticas mais direcionadas para a manutenção do equilíbrio bio sociocultural e espiritual assim como da gestão do seu estado de saúde.

Há uma relação direta entre o défice de autocuidado e a ação de Enfermagem, uma vez que a pessoa com défice de autocuidado necessita de assistência para realizar as AVD e a ação de enfermagem está direcionada para a ajuda, definição e implementação de intervenções para minimizar ou colmatar essas mesmas necessidades (Orem, 2001). A Teoria Geral do Autocuidado de Orem

analisa o conceito de autocuidado e entende-o como um foco e processo fundamental na saúde das pessoas.

A minha perspetiva de cuidados de Enfermagem identifica-se com as linhas orientadoras das teorias de Orem e Meleis, isto é o foco deste trabalho atenta sobre a pessoa com incapacidade em satisfazer as suas necessidades nas AVBD e para compreender e ajudar a pessoa no processo de restauração do autocuidado recorre-se à Teoria de Médio alcance das Transições de Meleis. Esta abordagem permite-me identificar aspetos que facilitem ou inibem a transição que a pessoa vive no desempenho do autocuidado, orientando para prescrever e implementar intervenções terapêuticas com maior especificidade aos objetivos negociados. A análise da promoção do autocuidado da pessoa com dependência, segundo a aliança destas teorias, permite-me explorar e compreender, até à raiz do problema, descortinando os dados que facilitam e inibem a progressão no grau de dependência. Após conhecer aprofundadamente o fenómeno, o EEER intervém com maior rigor e fundamentação nos programas de reabilitação que desenha, tornando-os mais orientados às reais necessidades das pessoas com dependência e permite prestar cuidados centrados no cliente. Estas mudanças de estado de saúde, vividas como momentos de fragilidade, resultam muitas vezes em múltiplos processos de transição que desafiam a Enfermagem a mobilizar intervenções que ajudem os clientes a lidar com os seus défices de autocuidado, caminhando no sentido de maior independência ou menor dependência (Meleis, 2012).

Tendo em conta esta linha de pensamento a Enfermagem, enquanto disciplina que compreende a transição da pessoa e analisa os fatores que interferem nessa mudança registada no individuo, pode prevenir e antecipar os efeitos potencialmente negativos para a saúde, assim como potenciar as capacidades funcionais do individuo na promoção da sua autonomia. O EEER assenta as suas intervenções na ajuda ao indivíduo de modo a facilitar-lhe a adaptação ao seu estado de saúde, através da aquisição de competências para a mestria, pelo treino de habilidades e capacidades quer na pessoa dependente, quer no próprio PC. A identificação dos fatores que inibem a transição que o individuo experiencia, para além de permitir uma aceitação precoce, facilita a implementação de intervenções de Enfermagem que alcancem resultados com impacto na saúde das pessoas (Meleis, 2012).

Segundo as referências de Meleis (2012) e Orem (2001), a prática de Enfermagem no indivíduo que experiencia uma transição, está direcionada para ajudar a pessoa a reunir condições para colmatar o déficit de autocuidado e neste sentido o EEER atua como facilitador do processo de transição, para que a pessoa possa adaptar-se à nova condição, da forma mais saudável. A instalação de um quadro de dependência no autocuidado resulta em mudanças significativas no âmbito da família e implica que a pessoa redefina o seu autoconceito, incorpore novos conhecimentos e reajuste o seu comportamento (Meleis, 2012).

Se tivermos em conta que a independência é uma parte valiosa da vida das pessoas e da sua autoestima, é visivelmente importante para os profissionais que trabalham na área de reabilitação promover o autocuidado dos seus clientes. Durante o processo de reabilitação, a capacidade funcional e tomada de decisão do cliente aumenta passo a passo devido a um processo de aprendizagem que orienta para a capacitação (Petronilho, 2012).

Dada a evolução da taxa de dependência, com limitação no desempenho das ABVD, importa que haja uma redefinição das intervenções de saúde para uma maior participação da pessoa e família nos cuidados. Para a OE (2010a), a atividade do EEER na promoção da autonomia, centra-se no aumento da capacidade funcional e tomada de decisão da pessoa assim como na redução das necessidades de saúde. A sua contribuição visa maximizar o potencial funcional e de independência física, emocional e social, minimizando os efeitos das incapacidades nomeadamente através da reeducação funcional respiratória, reabilitação funcional motora, posicionamentos, transferências, treino de marcha e equilíbrio, treino de atividades de vida diária, ensino sobre a otimização do ambiente, ensino sobre utilização de ajudas técnicas, etc. Hoeman (2000) salienta ainda, que a reabilitação é um processo contínuo e deve ser iniciado o mais precocemente possível no sentido de prevenir complicações e manter a integridade das funções ativas pelo período de tempo mais alargado possível.

A evidencia científica destaca o papel preponderante do EEER na promoção do autocuidado, como relata o estudo com idosos desenvolvido por Hamilton e Lyon (1995) em ambiente hospitalar em que os enfermeiros intervieram na promoção da mobilidade e no treino da continência durante 22 dias, permitiu verificar que o programa de reabilitação no âmbito do treino de cuidados de higiene; alimentar-se;

vestir/despir; usar o WC; controlo de esfíncteres e transferências da cama para a cadeira teve impacto positivo na mobilidade - quer no andar quer ao nível da transferência - uma vez que ambas apresentavam uma taxa de independência de 1,4% à data de admissão e à saída do hospital essa taxa subia para cerca de 18%.

Neste âmbito, os enfermeiros têm um vasto campo de ação onde, apelando aos seus conhecimentos e criatividade, podem encontrar novas estratégias que permitam a aquisição de conhecimento para realizar as atividades de autocuidado, facilitando a transição (Paiva, Mendes e Bastos, 2010). Neste sentido, o enfermeiro enquanto agente que interage com a pessoa, o PC e os serviços de saúde, desenvolve intervenções terapêuticas que facilitam ou aumentam a saúde e o bem-estar (Meleis, 2012). No seguimento deste pensamento a OE (2010b), reforça a ideia de que os enfermeiros especialistas são indispensáveis para promover e defender a qualidade dos cuidados prestados à população assim como executarem cuidados diferenciados orientados para as necessidades da pessoa e família. Neste sentido, o EEER tem um papel fundamental na conceção, implementação e monitorização de ações de Enfermagem de Reabilitação diferenciadas tendo em conta as reais necessidades e potencialidades das pessoas com défice no Autocuidado, ou seja têm como centro de atenção a pessoa com necessidades especiais, no contexto em que esta se insere. Assim, a abordagem do EEER à pessoa em transição no autocuidado pretende melhorar a capacidade funcional da pessoa com dependência, prevenir complicações e reduzir as suas necessidades (OE, 2010a).

A prática do EEER deve centrar-se nas capacidades de cada pessoa, para que a mesma possa maximizar o seu potencial de modo a conseguir alcançar a melhor qualidade de vida possível. É com este pensamento que o enfermeiro capacita o cliente, dando-lhe o poder de estar no comando da sua própria saúde e bem-estar, permitindo-lhe decidir sobre o seu estado de saúde. O que se pretende enfatizar é que não são os profissionais que devem decidir sobre o que o cliente deve querer; devendo negociar-se os objetivos a atingir com a reabilitação. Desta forma, o EEER participa ativamente na melhoria e restauro da capacidade funcional da pessoa; na adaptação dos seus clientes ao novo estilo de vida, visando a prevenção de complicações e incapacidades; na recuperação de funções residuais,

promoção da independência e na minimização do impacto das limitações já instaladas (OE, 2010a).

Nesta linha, tenho como objetivo enquanto EEER desenvolver competências para promover o autocuidado na pessoa com dependência nas ABVD, tendo em conta o seu papel na família e na comunidade, principalmente no domicílio. Para a fundamentação de todo este percurso, numa primeira fase foram realizadas pesquisas de artigos científicos em bases de dados como “CINAHL, MEDLINE, B-ON, SCIELO, GOOGLE ACADÉMICO”, limitando o período temporal de pesquisa, para efeitos de atualidade científica, a um máximo de 15 anos e utilizando como critérios de inclusão dois dos seguintes termos: Autocuidado; Reabilitação; Pessoa dependente. Note-se que foram incluídos, posteriormente, no trabalho os artigos com relevância para o tema, mesmo aqueles com mais de 15 anos de publicação. Além das bases de dados efetuou-se pesquisa em dissertações de Mestrado e livros da especialidade de reabilitação, com relevância para o tema.

A estrutura do trabalho foi arquitetada em cinco momentos em que inicialmente caracteriza-se a dependência da pessoa idosa no autocuidado, definindo os conceitos que suportam esta abordagem e sublinhando a pertinência do tema para a Enfermagem; no capítulo seguinte faço uma descrição e análise das atividades desenvolvidas nos campos de estágio tendo em vista a aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista; de seguida descrevo e analiso as atividades desenvolvidas nos campos de estágio para aquisição de competências específicas de EEER. Posteriormente é feita uma síntese dos principais conteúdos do contexto clínico bem como sugestões de investigação e limitações identificadas. No final são apresentadas as conclusões e referências bibliográficas que constituem alicerces este trabalho.

1. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo a OE (2010b), o enfermeiro especialista é um profissional de saúde dotado de conhecimentos, capacidades e estratégias que utiliza no seu ambiente laboral em favor das populações que carecem de cuidados de saúde atuando em todos os níveis de prevenção. A partir desta premissa e tendo em conta que a intervenção do EEER se alicerça em melhorar a funcionalidade da pessoa, promovendo a independência no autocuidado através da maximização das suas capacidades e preservando a autoestima, há que sublinhar a pertinência do desenvolvimento de competências específicas e gerais subjacentes ao papel do enfermeiro especialista.

Deste modo, para desenvolver competências gerais e específicas enquanto EEER nos campos do estágio, elaborei estudos de caso e análises crítico-reflexivas, mobilizando a melhor evidência científica, realizei reuniões com o professor orientador e enfermeiro tutor onde as práticas por mim desenvolvidas foram alvo de debate e análise. De seguida, apresentam-se quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista e as atividades desenvolvidas no estágio.

1.1 Domínio responsabilidade profissional, ética e legal

Questões de natureza ético-legal ocorrem com alguma frequência no desenvolvimento da atividade profissional do enfermeiro. Reconheço que a responsabilidade profissional é um dever inerente ao exercício da profissão, porém, enquanto enfermeiro especialista, acresce o encargo na tomada de decisão uma vez que presencia situações complexas de cuidados e é detentor de um conhecimento mais profundo (OE, 2010b). Durante os estágios pude participar em reuniões multidisciplinares, quer na ECCL quer no hospital, que validaram essa tomada de decisão em situações complexas como planeamento de alta, planeamento de cuidados continuados, formalização de pareceres sobre estratégias que melhorem a participação social e familiar bem como estratégias paliativas no alívio da dor e dispneia, sublinhando o papel de consultor do enfermeiro especialista. Nos dois contextos clínicos, os enfermeiros orientadores e o professor ajudaram-me a

desenvolver conhecimentos para refletir criticamente sobre situações complexas para dar a melhor resposta às necessidades identificadas nas pessoas, respeitando os princípios ético-legais.

Em conformidade com o ponto 9 da carta dos direitos do doente internado e respeitando o sigilo profissional consagrado pela OE (2005) no artigo 85º do CDE, não serão expostas informações que identifiquem os utentes ou instituições envolvidas nos casos apresentados neste relatório, mantendo assim a confidencialidade devida de toda a informação clínica, preocupação que tenho desde sempre presente. Além da confidencialidade da informação clínica importa sublinhar que no decorrer dos estágios também foi minha preocupação manter o respeito pela privacidade, no que respeita à intimidade da pessoa devido ao compromisso da funcionalidade, ou alterações da autoimagem ou de linguagem. A exposição do corpo perante pessoas estranhas (mesmo sendo profissionais de saúde) foi uma das áreas que verifiquei no estágio da ECCL, principalmente em pessoas adultas com limitação da funcionalidade nos cuidados de higiene íntima. Para ajudar a pessoa esta área de cuidados foi necessário, antes de mais, estabelecer um ambiente seguro assente numa relação de confiança, através de uma abordagem empática e positiva, parametrizando objetivos realistas e por etapas. Antes de executar intervenções que possam invadir a privacidade do corpo, foi essencial estabelecer uma relação de parceria, integrando a pessoa nos cuidados conferindo-lhe um papel ativo, fazendo-a sentir o centro dos cuidados (Tanner, 2006).

A responsabilidade e autonomia profissional foram mais evidentes no estágio comunitário em que os EEER organizavam e geriam os cuidados aos seus utentes de forma mais autónoma, no programa de reabilitação. Pese embora houvesse articulação com a equipa de cuidados gerais e com outros profissionais, esta autonomia foi percebida positivamente pelos utentes.

De acordo com a OE (2005) no seu CDE, o enfermeiro na relação com a pessoa é, por vezes, confrontado com a necessidade de informá-la sobre os cuidados de enfermagem inerentes à sua situação clínica. Durante o estágio vivenciei uma situação em que a utente queria ver a sua prescrição de medicação. Avaliando a situação informei-a da sua prescrição de medicação, uma vez que segundo o CDE no artigo 84º na alínea c) relativo ao dever da informação, o

enfermeiro tem o dever de informar a pessoa sobre o seu estado de saúde e atender aos pedidos de informação, relativos aos cuidados de enfermagem. Porém, a utente insistia que queria ver a prescrição no processo. Uma vez que a pessoa internada tem direito a aceder aos dados registados no seu processo clínico acompanhada do respetivo profissional, segundo o CDE no ponto 10, contactei a médica de serviço, para que esta pudesse facilitar a interpretação dos dados e evitar eventuais ambiguidades. Após esta reunião a três, as dúvidas foram clarificadas e assim pôde-se garantir que existia um ambiente terapêutico seguro, fortalecendo a confiança nos profissionais e evitando desconfiças e ansiedade (Neves e Pacheco, 2004).

Foram várias as situações de recusa em realizar exames de diagnóstico ou de assumir novos hábitos de vida, mesmo quando eram dadas explicações sobre a razão das mesmas. Em consonância com o artigo 84º, na alínea c) do CDE da OE (2005), o enfermeiro deve informar o utente, para que este possa usufruir da melhor maneira do seu direito de autodeterminação. Penso que desta forma respeito os valores assentes nos princípios de autonomia, dignidade humana e liberdade da pessoa de forma a proporcionar ao utente e família uma decisão sobre o seu estado de saúde.

Tenho desde sempre presente a preocupação em estabelecer uma relação terapêutica com as pessoas que cuido, adotei práticas apropriadas à manutenção da dignidade da pessoa e prevenção de riscos. A minha ação, juntos dos utentes, assentava em informá-los sobre o seu estado de saúde para que estes pudessem ajustar as expectativas no programa de reabilitação e esclarecer dúvidas. Além disto, demonstrei disponibilidade e informei as pessoas sobre a importância da manutenção de comportamentos saudáveis quer para promover a saúde, quer para minimizar consequências negativas inerentes ao seu estado de saúde, com vista fortalecer a relação terapêutica. Foi minha preocupação validar se as informações e indicações que eu emitia eram percebidas na medida que se pretendia. Neste sentido, procurei promover a autonomia da pessoa, esclarecendo sobre cuidados inerentes ao seu estado de saúde. Assim, esta abordagem sublinha a conservação da dignidade humana, assentando sobre os princípios éticos da não maleficência, beneficência e justiça.

1.2. Domínio da melhoria da qualidade

Relativamente à aquisição de competências no âmbito da melhoria da qualidade de cuidados importa referir que tenho vindo a intervir em diversas atividades que apontam para o desenvolvimento e aquisição das unidades de competência deste domínio no serviço onde trabalho assim como contribuí nos locais de estágios para a criação de um ambiente seguro, uma vez que é um ponto-chave no contexto da qualidade da prestação de cuidados. A estrutura que desenvolvi para colheita de dados e avaliação da pessoa com dependência no autocuidado foi partilhada e aceite pela equipa da ECCI (ver apêndice I). A estrutura e organização deste documento foi entendida na equipa como uma mais-valia ao sistematizar o conhecimento da pessoa pois, para além de possibilitar a recolha de informação em diferentes momentos, evidencia as alterações funcionais do exame neurológico e o seu impacto no desempenho do autocuidado. Este elemento de suporte contribui também para a gestão das expectativas dos utentes e orientação para ganhos os saúde.

Para manter e melhorar a qualidade dos cuidados foi fundamental ter um suporte de conhecimentos científicos atualizado e como refere Ribeiro (2003), o conhecimento só é útil quando é divulgado e aplicado, pelo que tive o cuidado de o partilhar com as equipas. A integração nos locais de estágio também se revelou importante, inicialmente para conhecer os protocolos, as normas de serviço e a observação da execução de técnicas pelo enfermeiro orientador para que posteriormente, eu pudesse dar resposta às necessidades das pessoas e estar em conformidade com a equipa, uma vez que estes instrumentos de serviço tiveram por base as diretrizes da DGS e MSST. Sublinho o papel preponderante do enfermeiro orientador na minha aprendizagem, sobretudo na organização do programa de RFR, no treino de marcha, na readaptação de instrumentos a integrar no programa e no reajuste do programa de reabilitação à situação da pessoa.

O estágio clínico decorreu em simultâneo com a minha atividade laboral o que obrigou a uma carga horária dupla, potenciando o desgaste físico. Em alguns momentos sentia-me mais cansado, então para precaver lesões ou reduzir o cansaço tomei mais atenção à minha postura durante os exercícios de transferências, mobilizações ou posicionamentos integrando princípios da mecânica

corporal e que me permitissem executar os procedimentos com o rigor que se lhes exige sem desenvolver lesões músculo-esqueléticas. Foi minha preocupação adotar e alertar o PC sobre posturas ergonomicamente adequadas como o alargamento da base de sustentação (quando estou junto ao utente de pé) e em utilizar todo o corpo quando procedo à deslocação de pesos (posicionar, transferir, mobilizar...) isto é: utilizando os grandes grupos musculares, principalmente dos membros inferiores e não apenas os braços ou as costas para evitar posturas viciosas e incorretas. Recorrendo a estas estratégias chegava ao fim dos turnos sem significativo cansaço e sem risco acrescido de desenvolver lesões músculo-esqueléticas. Por experiência direta e relatos dos PC, a adoção de uma postura correta no dia-dia tem impacto positivo na saúde, como refere o manual de boas práticas da OE (2013).

Outro ponto de atenção relativamente à segurança ambiental e proteção nos cuidados está relacionado com o uso de equipamento de proteção individual. Uma das características da doença respiratória é a produção de expetoração (secundária à infeção) e os utentes muitas vezes não conseguem expelir as secreções para um papel e rejeitá-lo de modo seguro (OE, 2013). Durante os cuidados que se prestam às pessoas com necessidade de eliminar as secreções estamos expostos a estes agentes, quer pela inalação de partículas quer pelo contacto físico. Assim, devemos respeitar as regras de segurança básicas na abordagem deste tipo de patologia recorrendo a equipamento de proteção individual (avental, luvas e máscara facial). É, ainda, relevante o posicionamento do enfermeiro ao longo da realização dos vários exercícios de modo a não se expor diretamente ao circuito de tosse ou ventilação do utente. Estes princípios foram reforçados junto da equipa de cuidados gerais com boa aceitação dos mesmos.

No estágio na ECCI, agi preventivamente para manter um ambiente seguro na prestação de cuidados, minimizando riscos, como por exemplo a queda. Para tal, orientei a pessoa para utilizar um tapete antiderrapante na base do duche, sentar-se num banco durante o banho, evitar ter o piso molhado quando executa o treino de marcha e evitar obstáculos no circuito de marcha. Relativamente à utilização da cadeira de rodas orientei a pessoa para travar a cadeira quando está parada, colocar as rodas dianteiras para a frente aquando da transferência assim como retirar o braço da cadeira do lado para onde faz a transferência. Quando a pessoa utilizava dispositivos de apoio como andarilho ou canadianas foi importante validar e

supervisionar a sua utilização nomeadamente, se a altura do apoio da mão estava ao nível dos trocânteres e fazia uma flexão de 30° na articulação do cotovelo bem como alertei para a importância de se inspecionar regularmente as propriedades antiderrapantes das pegadas das mãos e ponteiros de bochas (OE, 2013).

Para manter a continuidade de cuidados, foi importante contactar diretamente com a equipa de cuidados gerais assim como com os PC, transmitindo-lhes estratégias que previnem a imobilidade como informar sobre a importância da pessoa dependente participar no autocuidado, informar sobre a relevância do levantar precoce, posicionamentos anti espáticos e treino de marcha.

Outro elemento importante na continuidade de cuidados é o registo da informação clínica do utente. Nos dois contextos clínicos procurei ser rigoroso no registo de dados revelantes para os planos de cuidados, permitindo também evidenciar o trabalho do EEER. No estágio na comunidade, a plataforma de registo era em sistema informático SAPE®, em linguagem CIPE, como preconiza a OE (2011). Neste contexto verifiquei que os planos de cuidados dos utentes apresentavam diagnósticos e intervenções de enfermagem de reabilitação. Este tipo de registo utiliza parâmetros *standard* o que permite tratamento de dados e podem ser traduzidos em indicadores de resultados, possibilitando avaliar os ganhos em saúde. No estágio hospitalar o registo era efetuado em papel, registando-se a avaliação inicial, os objetivos dos cuidados de EEER e as intervenções efetuadas. A consulta de informação era mais complexa uma vez que havia em cada serviço diferentes modo de organização do processo do utente.

1.3. Domínio da gestão dos cuidados

O enfermeiro especialista assume um papel preponderante na gestão de cuidados às pessoas através da gestão de tempo, recurso humanos e matérias, gestão da informação e expectativas sobre o processo de reabilitação bem como na articulação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, respeitando os princípios da justiça e equidade reservados aos utentes.

Numa época fustigada pela crise económica e com aumento dos casos de dependência, a experiência dos enfermeiros orientadores fez-me descobrir novas estratégias a serem utilizadas mantendo a eficácia e rigor da intervenção mas que

minimizam os gastos financeiros dos utentes. Neste sentido pude adquirir competências de gestão de recursos, ao encontrar alternativas aos comuns pesos e halteres como garrafas de água ou “quilo de arroz” ou mesmo substituindo o bastão pelo guarda-chuva ou bengala do utente ou então, treinar abrir recipientes para fortalecer a musculatura da mão e punho. Para treinar a motricidade fina recorri a utensílios existentes no domicílio como feijões, treinar a escrita com uma caneta ou contornar desenhos e letras com esferográfica. Esta reutilização de matérias do domicílio, para além do carácter económico, transmite à pessoa uma personificação dos cuidados em torno dos objetivos negociados.

A gestão do trabalho multidisciplinar é, de facto, um dos desafios mais complexos que o enfermeiro especialista enfrenta. Reporto uma situação em que o utente com dependência nas ABVD participava num plano de reabilitação motora e não tinha o suporte adequado da família, não satisfazendo as suas necessidades básicas, ao longo do dia. Como a situação progredia e exigia intervenções de diferentes profissionais convocou-se uma reunião multidisciplinar com médico, assistente social, enfermeiros, nutricionista e membros da administração da unidade de saúde na equipa. O processo de reabilitação do utente estava comprometido uma vez que na avaliação do diário da alimentação de uma semana (descriminando os alimentos e suas quantidades) constatei que o aporte nutricional era inferior ao mínimo basal para o utente manter as suas necessidades fisiológicas - apreciação que foi posteriormente validada pela nutricionista (Campos & Sousa, 2015). Após a reunião, a equipa multidisciplinar identificou a necessidade de intervenção imediata, isto é referenciar para uma instituição especializada de apoio permanente (ACSS, 2015). Nesta reunião foi perceptível que há várias áreas comuns aos diferentes profissionais de saúde no entanto, os conhecimentos sólidos e rigorosos dessas áreas permitiram encontrar uma intervenção unanime.

De forma informal, o contato que tive com os PC permitiu-me orientar e supervisionar os cuidados que prestam à pessoa dependente, uma vez que ao assumirem a responsabilidade de cuidar de alguém com dependência, estão em processo de aquisição de novas experiências e conhecimentos, logo há necessidade de implementar estratégias que lhes permitam dar respostas à pessoa dependente e a si mesmos (Sequeira, 2007). Ao longo destes meses verifiquei que os PC apresentam necessidades de informação sobre a doença, manipulação de materiais

de ostomia e algalias bem como necessidades de escuta ativa. Um dos objetivos dos cuidados de enfermagem visa gerir as informações e necessidades do PC para que este melhore a eficácia da sua resposta às necessidades da pessoa dependente. Tendo por base Brito (2002) ajudei os PC através da escuta ativa dos mesmos, informei sobre o estado de saúde da pessoa dependente, ensinei e instruí sobre procedimentos técnicos, solicitei e consultei outros profissionais fossem eles o médico ou a assistente social, para providenciar, por exemplo, os serviços de suporte ao PC através da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa ou UCC com internamento para descanso do cuidador. Petronilho (2012) refere que no planeamento destas intervenções é necessário ter em conta fatores como a idade, o sexo, a raça, a etnia, as capacidades e competências da pessoa, o tipo de relações prévias e a rede social de apoio, de forma a perceber a problemática para definir então as linhas gerais da intervenção.

Enquanto gestor de caso, durante o estágio hospitalar na unidade de RFR houve a oportunidade de orientar os colegas do internamento para dar continuidade aos cuidados, tanto na forma da realização de exercícios como nos comportamentos que melhoram o estado de saúde dos utentes. Por exemplo, no caso de uma pessoa com derrame pleural alertei os colegas para a relevância de efetuar mudanças de posição de 20 em 20 minutos ao longo do dia, preferindo o decúbito lateral e semidorsal oposto ao lado do derrame para otimizar a reabsorção do mesmo e prevenir a formação de sinequias (Heitor et al., 1988). Adicionalmente, orientei os colegas para estimularem os utentes a executar o treino com o espirómetro de incentivo, uma vez que este promove a expansão pulmonar (Heitor et al., 1988). Noutra situação, numa utente com pneumonia na base direita com necessidade de drenagem postural modificada, de entre outras intervenções, foi comunicado aos colegas a relevância da preferência dos decúbitos esquerdos para facilitar a drenagem de secreções e do incentivo da tosse (Heitor et al., 1988). Para além disto, informou-se a equipa de enfermagem sobre a importância do reforço hídrico no sentido de melhorar a fluidificação das secreções, como refere Heitor et al. (1988) e dialogou-se com a equipa médica para discutir o benefício da prescrição de terapia fluidificante de secreções.

No sentido de desenvolver intervenções no âmbito da gestão de cuidados, identifiquei a minha prática com uma visão coletiva do ambiente laboral e por essa via

é fundamental potenciar relações interpessoais saudáveis quer entre os membros da mesma equipa de profissionais, quer inter equipas e valorizar os vários contributos individuais no alcance do objetivo comum como reconhecem Curtis & O'Connell, (2011). Neste âmbito, mantenho uma postura calma e tranquila na interação com os restantes colegas, utentes e outros profissionais. Considero ainda conseguir manter presença de espírito em situações de maior stress e uma postura ajustada às diferentes situações com que me vejo confrontado, mesmo quando é necessário reajustar o meu plano de trabalho.

1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

É inequívoco que o ambiente de trabalho, nomeadamente a interação com os pares, é determinante na construção e evolução da identidade profissional. O desenvolvimento profissional é determinado pelo ambiente e sua organização, assim como pelas relações que os profissionais estabelecem entre si (Serra, 2012). O caminho como enfermeiro especialista foi alicerçado em novas experiências, mas acima de tudo importa sublinhar o significado que extraí das mesmas para aquisição de competências assim como o impacto que essas situações tiveram na minha aprendizagem, transformando-a em conhecimento.

Organizei a minha aprendizagem de modo a estagiar num contexto especializado na vertente da RFR, uma vez que sentia necessidade de acompanhamento profissional para desenvolver as competências na área respiratória que eu ambicionava, principalmente na vertente técnica. Por outro lado, a escolha de um campo de estágio especializado em reabilitação motora no domicílio permitiu-me ver e contactar a realidade das pessoas com dependência e suas famílias. Este último foi importante uma vez que se enquadrava no âmbito do tema deste trabalho, pois possibilitou identificar os fatores que condicionam (facilitadores e inibidores) os processos transitórios e uma análise mais precisa e rigorosa de áreas que têm impacto no desenrolar da transição (Meleis, 2012). Assim, o estágio deu resposta às minhas necessidades formativas como EEER quer na vertente respiratória quer na vertente motora, bem como ajudou a desenvolver um conhecimento especializado na temática deste trabalho. Os contextos clínicos formam férteis em situações que me estimularam a adquirir novos conhecimentos e

práticas, na abordagem à pessoa. Após este ciclo de estudos, constato que a minha abordagem à pessoa com dependência nas ABVD é feita de um modo mais refinado, compreendendo as diferentes dimensões que condicionam a transição que a pessoa vive.

Ao longo destes dois anos delineei como estratégia de aquisição de competências a elaboração de planos de cuidados baseados na informação técnico-científica relacionada e momentos de reflexão sobre as situações clínicas vivenciadas, como forma de relevar a aquisição de competências de EEER. Foi-me assim possível, como indica Ribeiro (2003), refletir sobre ações executadas e planeadas, de forma consciente. Segundo este mesmo autor, a reflexão sobre situações clínicas aumenta a confiança e nível de certeza, assim como melhora a capacidade de execução, uma vez que permite uma maior base de argumentação e fundamentação técnico-científica das ações realizadas.

Durante este percurso foi essencial reconhecer os meus limites pessoais e profissionais, identificar os aspetos em que tinha de progredir e crescer profissionalmente e para tal utilizei os princípios do *Ciclo de Gibbs* que nortearam as minhas reflexões. Para atingir este patamar, foi fundamental o suporte que os orientadores de estágio e o docente me prestaram, não só me ajudaram a aumentar os meus conhecimentos científicos, como potenciaram o meu processo de aprendizagem.

O EEER enquanto profissional de saúde especializado nas respostas às necessidades da pessoa, depara-se constantemente com processos de tomada de decisão, algumas das quais de extrema complexidade. Foi minha preocupação basear-me em conhecimentos científico atualizados e para isso por diversas vezes socorri-me das bases de dados como: ScIECLO, MEDLINE, CINAHL, GOOGLE ACADÉMICO, dos livros da especialidade de Reabilitação e na opinião de profissionais especialistas da área. A mobilização de conhecimento deve ter em consideração não só a evidência científica, mas também a experiência que o enfermeiro possui na prática, no conhecimento da pessoa e do meio em que esta vive, conforme me suportaram os tutores e o professor. Como refere Benner (2001), a experiência é muito mais do que um acumular de situações de cuidados, é um processo intencional que busca moldar e ajustar a teoria à realidade.

Pode-se afirmar que o local de trabalho funciona como uma organização aprendente uma vez que a interação, entre os diferentes profissionais, leva os seus funcionários a mudanças cognitivas e/ou práticas. Adicionalmente, estas organizações permitem aos indivíduos desenvolver, continuamente, as suas capacidades para atingirem os seus objetivos, expandindo os padrões de pensamento. A interação constante entre os indivíduos permite uma aprendizagem e cooperação em conjunto (Bolivar, 1997). No estágio hospitalar tive a oportunidade de assistir ao *Meeting de Enfermagem Pneumológica*, no Hospital de Santa Maria com vista a dar a conhecer as valências e funcionamento dos diferentes serviços da Pneumologia, na resposta à pessoa com patologia Respiratória, sublinhando o papel do enfermeiro na sua abordagem. Para além de aperfeiçoar conhecimentos científicos e conhecer novas realidades pude interagir com outros profissionais como médicos e técnicos de Cardiopneumologia. No estágio comunitário tive a oportunidade de visitar uma loja com materiais didáticos a serem utilizados pelas pessoas com necessidade de melhorar a motricidade fina como plasticina, livros de escrita para contornar o pontilhado, instrumento de pintura, materiais tecnológicos entre outros. Na mesma visita pude ainda contactar com dispositivos de apoio como andarilhos, canadianas, cadeira de rodas, barra de apoio, alteador de sanita, superfícies anti derrapante, utensílios de alimentação adaptados.

2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE EEER

A Reabilitação contempla o conjunto de ações que permitem auxiliar as pessoas com deficiência, ou em risco de a desenvolver, a recuperar uma função ou capacidades perdidas e a readquirirem ou manterem a funcionalidade na interação com seu ambiente (OMS, 2011). Também entendo a promoção do autocuidado como uma tarefa coletiva, sendo um processo realizado pelo indivíduo em conjunto com o enfermeiro e restante equipa multidisciplinar, com vista a melhorar a sua qualidade de vida (Petronilho, 2012).

Tendo por base o regulamento de competências da OE (2010a), no âmbito deste trabalho descrevem-se, organizadas em três subcapítulos, as atividades realizadas em estágios, demonstrando a aquisição de competências específicas de EEER nos respetivos domínios.

2.1 Cuidar da pessoa com dependência no autocuidado nas ABVD, ao longo do seu ciclo de vida;

Na fase inicial da minha intervenção na promoção do autocuidado durante o processo de reabilitação, foi meu propósito envolver o utente e família no processo de reabilitação através duma avaliação inicial, da identificação de expectativas e objetivos que fossem realistas. Preocupe-me ainda em compreender a esperança e eventuais receios, em informar o utente de situações potencialmente geradoras de crise, em motivar o utente e proporcionar um ambiente de reabilitação suscetível de dar resposta às suas necessidades, como refere Petronilho (2012).

A avaliação da pessoa com dependência no autocuidado é uma etapa inicial no processo de cuidados, e para a sua concretização utilizei a entrevista semiestruturada que abordava os seguintes tópicos: sociodemográficos, condições de habitação e acesso, suporte familiar, fatores de risco, profissão, medicação, exame físico, história pessoal e da doença de base. Consultei também o processo clínico sobretudo, o registo e interpretação de sinais vitais, relatórios de exames complementares de diagnóstico em especial tomografia axial computadorizada, telerradiografia do tórax, espirometria e gasometria quando existentes.

O exame neurológico, durante o período de estágio na ECCI, relevou-se a base para conhecer a situação da pessoa, planejar os cuidados e estruturar metas. Uma vez que o exame neurológico é extenso e complexo, organizei uma estrutura de avaliação neurológica de modo a rentabilizar o tempo de avaliação (apêndice I). Optei assim por realizá-la de forma faseada para não cansar a pessoa, e conseguir desse modo manter o rigor na colheita de dados. Está descrito na literatura que avaliações extensas além de cansarem, diminuem a participação dos utentes e podem enviesar os resultados. Esta avaliação neurológica relevou-se um instrumento fundamental na monitorização da evolução da pessoa com AVC e/ou Parkinson, contemplando áreas como: estado de consciência, estado mental, atenção, memória, linguagem, pares cranianos, força muscular, tônus muscular, sensibilidade, coordenação motora, equilíbrio e marcha.

Para completar com precisão a monitorização destes elementos utilizei instrumentos de medida reconhecidos pela comunidade científica pelo elevado rigor e reduzida subjetividade, de que são exemplos a *Escala de Coma de Glasgow* para a avaliação do estado de consciência, os descritores do *Mini Mental State* para avaliação do estado mental, a escala de avaliação de força muscular do *Medical Research Council*, a *Escala de Ashworth Modificada* na avaliação da espasticidade e a *Escala de Equilíbrio de Berg*. Estes instrumentos têm a vantagem adicional de permitirem uniformizar a linguagem, o que facilita a monitorização da evolução do estado de saúde (OE, 2004).

Durante o período de estágio quer na unidade hospital quer na ECCI na comunidade, desenvolvi progressivamente a minha capacidade de observação da pessoa, estando agora mais desperto para os fatores, quer ambientais quer sociofamiliares que influenciam a sua saúde. O recurso ao Modelo Teórico de Meleis foi uma ferramenta fundamental neste aprimorar da capacidade de observação da pessoa, uma vez que me permitiu recolher e estruturar dados relevantes para o planeamento de cuidados e a sua posterior análise possibilitou-me identificar, por exemplo, em que medida os fatores ambientais, suporte social e familiar, constituem inibidores ou facilitadores na mudança no estado de saúde.

A ECCI onde efetuei o estágio presta cuidados ao domicílio a uma população essencialmente idosa, referenciada para a unidade devido a doenças Neurológicas – AVC, Parkison - e Síndrome da Imobilidade, sendo aí avaliados a todos os utentes,

pelo menos na admissão e na alta, o risco de úlcera de pressão através da *Escala de Braden* e o risco de queda pela *Escala de Morse*. Ainda neste contexto, embora sem grande adesão por parte dos EEER (devido à grande abrangência extensiva), para avaliar o impacto dos défices neurológicos no autocuidado era realizada a avaliação da funcionalidade através da *Medida de Independência Funcional*, que possibilita avaliar o desempenho individual das várias capacidades da pessoa, nas quais se incluem a satisfação das AVD, das atividades de lazer, objetivos vocacionais e interações sociais. Para avaliar a funcionalidade da pessoa com dependência nas ABVD recorri à *Escala de Avaliação do Nível de Dependência no Autocuidado*, uma vez que monitoriza a funcionalidade assente em indicadores rigorosos, válidos, mensuráveis e sublinha ganhos em saúde para a pessoa (Duque, 2009; Doran et al., 2011). Esta avaliação para o EEER ganha contornos mais relevantes uma vez que permite verificar a evolução da funcionalidade da pessoa, focando-se no autocuidado (área de atenção deste trabalho). Assim, a reabilitação enquanto promotora da restauração da funcionalidade e “disciplina do pormenor” (Hesbeen, 2002), deve procurar instrumentos que permitam avaliar o nível de dependência da forma mais minuciosa e específica, mensurando os diferentes domínios. É por estes motivos que também considero que esta escala é uma mais-valia, pois discrimina os diferentes domínios do autocuidado e possibilita a sua tradução em indicadores de resultado (Duque, 2009). Esta estratégia de avaliação, por se afigurar mais detalhada, foi dada a conhecer à equipa da ECCI, que ficou de analisar a possibilidade da sua adoção de forma mais alargada.

A construção deste material de avaliação do estado neurológico e a avaliação funcional da pessoa fez com que a monitorização fosse mais objetiva e mensurável. A comparação dos resultados da avaliação à data da admissão e no dia da alta permitiu dar visibilidade a evolução no estado de saúde, bem como evidenciar ganhos na funcionalidade na pessoa. Estes instrumentos possibilitam ainda uma orientação para o planeamento dos cuidados, parcelando objetivos concretizáveis.

O estágio comunitário decorreu em ambiente domiciliário em que o EEER ia a casa das pessoas três a quatro vezes por semana durante cerca de 6 a 8 semanas, o que acarreta a necessidade de planear cuidados a médio/longo prazo assim como gerir as expectativas dos utentes. A população é maioritariamente idosa, com doenças crónicas e o tipo de necessidades identificadas abrangiam um âmbito muito

mais alargado do que a intervenção exclusiva do EEER poderia dar resposta, daí que resultasse a necessidade duma abordagem multidisciplinar, sobretudo numa fase inicial de modo a evitar as consequências negativas do desuso e imobilidade (OE, 2010a).

A experiência neste contexto clínico indica que a dependência se instala de forma gradual como resultado da evolução das doenças crónicas e do processo de envelhecimento, em que as patologias neurológicas representam uma fatia muito significativa da dependência, indo de encontro aos dados referidos por Ribeiro & Pinto (2013). Os mesmos autores referem que cerca de 92% das pessoas com dependência no autocuidado necessitam de ajuda de outrem para satisfazer as suas necessidades e 8% necessita de ajuda total.

Tomo como exemplo o caso de uma pessoa do sexo feminino de 91 anos (apêndice II), que foi proposta para reabilitação devido à progressão da doença de base – Parkinson e AVC isquémico do hemisfério esquerdo - e ao processo de envelhecimento, que resultaram numa paresia do hemicorpo direito, bradicinesia e tremor nos membros superiores, assim como desequilíbrio e conseqüentemente, dificuldade na marcha. Estas alterações condicionaram o autocuidado, segundo a *Escala de avaliação do nível de dependência do autocuidado* necessitando de ajuda de pessoa em: alimentar-se, vestir/despír, uso do sanitário, andar, transferir-se da cama para a cadeira assim como cuidar da sua higiene pessoal.

Embora a fisiopatologia destas duas doenças seja diferente e condicionada pela sua extensão, a experiência de estágio permitiu validar que as suas manifestações e impacto na vida das pessoas convergem, de um modo geral, em alterações de equilíbrio, humor, postura, deglutição, força muscular, marcha, cognitiva, etc (Garcia e Coelho, 2009). É foco de enfermagem o impacto que estas alterações originam na pessoa, causando-lhe dependência em alimentar-se, usar o WC, cuidar da higiene, transferir-se, executar a marcha e controlar a eliminação. Segundo Hoeman (2000) os EEER são fulcrais na obtenção de ganhos em saúde da população, através de ações preventivas que minimizam o impacto da doença, bem como na ajuda à readaptação da pessoa à sua nova condição de saúde.

Após a avaliação segundo os parâmetros referidos anteriormente, negociávamos um plano de intervenção que visava inicialmente prevenir complicações como queda, alteração da deglutição, lesões osteoarticulares e

posteriormente melhorar a funcionalidade nas áreas do autocuidado com déficit. Importa referir que no caso em apreço foi tida em conta a área de necessidades que a utente mais valorizava - a mobilidade - de modo a poder deslocar-se até ao WC para cuidar da sua higiene pessoal e até à sala para efetuar refeições com o filho. Foi importante pesquisar e identificar uma área de grande interesse para a utente uma vez que a literatura refere que a motivação aumenta a adoção e manutenção de comportamentos adequados (Bastos, (2004).

A investigação efetuada por Welmer et al. (2006), com idosos com AVC sem alteração da função somatosensorial, verificou que um plano de reabilitação que integrasse a prevenção de espasticidade e o aumento da força muscular através de exercícios musculares passivos e ativos, melhorava significativamente o desempenho de tarefas como vestir e comer. Sabendo isto, inclui no plano de reabilitação a realização de mobilizações para manter a amplitude e tamanho das fibras musculares, evitar a espasticidade e contraturas musculares. Inicialmente as mobilizações eram ativas/assistidas e foram evoluindo até se atingir o patamar de mobilizações resistidas realizando flexão/extensão, adução/abdução dos dedos da mão; flexão/extensão, rotação e oposição do polegar; desvio/cubital e flexão/extensão do punho; pronação e supinação do antebraço; flexão/extensão do cotovelo; adução/abdução, flexão/extensão, elevação/depressão, rotação interna e externa da articulação do ombro; flexão/extensão dos dedos do pé; eversão/inversão tibiotársica; dorsiflexão/flexão plantar; flexão/extensão da articulação do joelho; flexão/extensão, abdução/adução e circundação da articulação coxofemoral. As mobilizações foram efetuadas bilateralmente, uma vez que o lado do corpo que aparentemente está são, também é inervado por uma percentagem reduzida de fibras que sofreram lesão e assim a sua integração estimula a neuroplasticidade. A literatura aponta que são necessárias centenas ou milhares de repetições de movimentos para que se formem engramas. Neste processo, a aprendizagem promove a plasticidade neuronal, pelo que solicitei à pessoa para observar e pensar sobre o movimento, uma vez que o SNC necessita de receber a mesma informação várias vezes de forma ordenada para poder torná-las funcionais, segundo Kottke (1994). Com este propósito, procurei criar um ambiente propício orientando a pessoa para observar e pensar sobre o movimento evitando distrações, até porque as alterações neurológicas muitas vezes resultam em défices de atenção. Também o

PC foi ensinado a realizar estas intervenções de forma suave, lenta e determinada em toda a amplitude articular (ou até ao limite de dor). No final das mobilizações a utente era posicionada em posição anti-espástica. Verifiquei que este princípio, no final do programa teve um efeito benéfico no controlo sintomático do tremor.

Outras atividades terapêuticas foram incluídas no programa de reabilitação com o intuito de preparar a passagem para a posição bípede, inibir a espasticidade, estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado mais afetado, estimular o reflexo postural e a sensibilidade, pelo que treinei com a utente os exercícios da ponte e rolar na cama. Estes exercícios tiveram uma boa adesão por parte desta utente (assim como doutros utentes com hemiplegias) uma vez que o exercício da ponte permitiu à utente participar no autocuidado no vestir/despir as calças ou auxiliar na muda da fralda, para além de que ajuda a preparar para a marcha uma vez que fortalece os músculos da coxa, grandes glúteos e musculatura abdominal; por sua vez o rolamento permitia mudar de posição na cama de forma independente (Menoíta et al, 2012).

O plano de intervenção incluiu ainda a instrução sobre automobilizações, que além de evitarem contraturas e atrofia musculares estimulam a reaquisição do tónus e força muscular e ajudam a integrar o hemicorpo negligenciado nos casos de *neglet* (Hoeman, 2000). Esta intervenção numa fase inicial revelou-se determinante uma vez que pode ser executada autonomamente pela pessoa ao longo do dia. Embora esta situação clínica não o exigisse, foi minha preocupação abordar pelo lado paralisado os utentes com negligência dum hemicorpo de modo a que integrassem no seu esquema mental essa área do corpo. Informei ainda da relevância de se organizar o ambiente de modo a usar a facilitação cruzada na disposição dos objetos como molduras, revistas, comando da televisão ou mesa-de-cabeceira.

O equilíbrio corporal é uma das primeiras alterações associadas ao envelhecimento ou à manifestação de doenças crónicas que os idosos vivenciam (Hamilton & Lyon, 1995). Neste âmbito, a gestão de riscos é fundamental uma vez que a queda é uma das principais causas da imobilidade nos idosos sendo essencial prevenir a sua ocorrência, segundo os mesmos autores. Neste âmbito, negocieei com a utente e o seu PC, numa ótica de gestão de potenciais riscos, que fossem retirados os tapetes do quarto e a carpete do corredor, alertei para não andar sobre

o chão molhado, remover objetos dispersos pelo trajeto de marcha, (sacos, calçado, peças decorativas, etc...) e ainda, a usar calçado preferencialmente antiderrapante, fechado e ajustado ao pé. A utente e o seu PC interiorizaram as informações que lhes foram fornecidas sobre o calçado e fatores que potenciam o risco de queda, não se verificando quedas durante o referido período de tempo.

A transferência da cama para cadeira e para a posição de pé, segundo a OE (2013), beneficia o aparelho respiratório traduzindo-se num ganho de 7% da capacidade pulmonar, a par da redução da probabilidade de atelectasias. Além disto, o levantar melhora o sistema cardiovascular, nomeadamente promovendo o aumento do débito cardíaco e reduz a formação de êmbolos, enquanto a nível gastrointestinal, em resultado da posição vertical, promove a digestão de alimentos. O treino de transferência para a posição bípede ajudou na preparação do andar assim como a melhorar o equilíbrio estático e dinâmico de pé. Negociou-se com a utente e seu PC dois levantes diários - de manhã e ao fim do dia - para que pudesse efetuar as refeições com o filho na sala. Nesta situação, instrui e treinei com a utente e o seu PC a técnica de transferência em *pivot* de modo que a utente fizesse carga nos membros inferiores e com os membros superiores se apoia no filho, como se fosse “abraçar” (OE, 2013). Foi fundamental ensinar o PC sobre a importância de manter uma posição ereta, aumentado ligeiramente a sua base de sustentação e a exercer força nos grandes grupos musculares para evitar lesões na coluna.

Sendo a pneumonia a principal complicação na pessoa com alteração da deglutição e a doença neurológica a terceira causa de morte em Portugal em 2013, tive maior atenção na avaliação deste parâmetro (DGS, 2010). A avaliação dos pares cranianos que interferem na deglutição permitiu-me sinalizar todos os fatores responsáveis pela deglutição, complementada com a *Escala de GUSS* que caracteriza a natureza e o grau de severidade da alteração da deglutição (DGS, 2010). Registo uma outra situação numa pessoa com AVC e com alteração dos pares cranianos (V; VII; IX; X; XI; e XII), com compromisso da deglutição e diminuição de força no membro superior direito (o dominante). A minha intervenção passou por dotar a pessoa com estratégias acessórias como flexão do pescoço e rotação para o lado da lesão para permitir adução das estruturas orofaríngeas aumentando a permeabilização esofágica e em massajar a face parética durante a alimentação, de acordo com o recomendado pela DGS (2010). O treino com uma

colher adaptada, numa fase inicial, permitiu à pessoa alimentar-se por mão própria com a mão esquerda e com a adoção das manobras acessórias da alimentação não se verificou disfagia. O referido dispositivo além de minimizar a dependência nesta atividade de autocuidado acabou por ter um impacto positivo na vida familiar, social e emocional (Menoíta et al, 2012). Para o membro superior direito fizeram-se mobilizações para melhorar o desempenho da mobilidade do mesmo com o intuito de posteriormente conseguir que se viesse a alimentar por este membro.

As alterações nos pares cranianos acima descritos além de condicionarem a deglutição interferem na fala, na comunicação não-verbal, na autoimagem e no sorrir. Ciente disso ensinei, instruí e supervisionei a utente sobre a massagem facial e reeducação da musculatura facial com vista ao restauro da motricidade da face, lábios e língua. Foi-lhe ensinado a executar, duas vezes por dia no máximo de 15 minutos cada sessão, sentada de frente ao espelho os seguintes exercícios: “assobiar”; “encher a boca com ar”; “mostrar os dentes”; “sorrir”; “mastigar”; “movimentar a língua para cima e para baixo e lateralizar” e “beber água por uma palhinha”. Estes exercícios estimulam os recetores propriocetivos e sensoriais uma vez que melhoram a circulação na zona lesada e conseqüentemente elevam o metabolismo celular, estimulando o trofismo muscular (Menoíta et al, 2012; Cardoso et al, 2011). Estas intervenções ajudaram a utente a restaurar a motricidade facial, melhorando a articulação das palavras, recuperou praticamente a simetria facial, contribuíram para a prevenção de disfagia e melhoraram-lhe a autoestima, uma vez que passou a olhar-se ao espelho e a sorrir em público.

As manifestações das doenças neurológicas também acarretam quadros de depressão, alteração do humor, alteração da imagem corporal e dificuldades em comunicar. Importa salientar que, nos utentes com afasia de expressão, a implementação de estratégias de comunicação alternativas é fundamental para a manutenção do processo de reabilitação e interação com o meio. Numa das situações de contato com pessoas com afasia utilizámos uma imagem com letras do alfabeto, imagens de objetos e as palavras “sim”, “não” e instruí a pessoa para indicar com o dedo a sequência de letras da mensagem que queria enviar.

A monitorização constante da eficácia das intervenções e a colheita de resultados é fulcral na redefinição do plano de intervenção, uma vez que permite reajustar as intervenções planeadas mantendo as expectativas e os objetivos da

pessoa, assim como a sua motivação (Pereira, 2007). A avaliação das intervenções ajudou a perceber se efetivamente a minha ação estava centrada e em linha com os objetivos pretendidos – avaliação de resultados – e em sintonia com o foco de atenção relevante para a pessoa – avaliação de expectativas. Para tal, procedia diariamente ao registo de enfermagem em processo próprio do serviço. A ausência ou insuficiência de registos compromete a investigação, dificulta a continuidade de cuidados, não demonstra a visibilidade do papel do enfermeiro nos ganhos de saúde para além de ser um dever ético legal registar com rigor (Sousa, 2006).

Relativamente ao estágio na unidade hospitalar de RFR, no serviço eram prestados cuidados a pessoas em regime de ambulatório e aos utentes internados do próprio hospital com DPOC, derrame pleural, asma, peri operatório da cirurgia abdominal e torácica e pessoas com atelectasias. A observação da pessoa com patologia respiratória foi efetuada também por via da estruturação de um guião para rentabilizar a colheita de dados junto da pessoa. A observação e recolha de dados integravam aspetos como: dados sociodemográficos, condições da habitação e seus acessos, suporte familiar, exposição a poluentes, profissão, parâmetros vitais incluindo a saturação periférica, fatores de risco, medicação, história pessoal e evolução da doença bem como consulta de exames complementares de diagnóstico do processo clínico. Adicionalmente, efetuava antes de cada sessão de cuidados à pessoa com patologia respiratória, a avaliação mais específica de tópicos relevantes como: estado de consciência, características do tórax pela inspeção, palpação, auscultação e percussão, postura corporal, caracterização da ventilação (ritmo, frequência e amplitude), pesquisa de achados subjetivos como tosse, dispneia, dor e expectoração bem como alterações na coloração da pele.

Na unidade de RFR foi importante recorrer aos instrumentos de medida para quantificar mais rigorosamente a perceção subjetiva ao esforço físico através da *Escala de Borg Modificada* (avaliados na admissão e termino do programa) e nas pessoas com doença pulmonar crónica, mais concretamente DPOC, recorreu-se ao *Questionário de Saint George* para verificar o impacto da doença respiratória na qualidade de vida, avaliados no mesmo *timing*.

A escolha de uma unidade especializada em RFR permitiu-me ainda desenvolver treino na interpretação de achados da telerradiografia do tórax e da auscultação pulmonar. Esta última requer treino para que seja mais eficaz a deteção

dos diferentes ruídos adventícios, assim como a sua interpretação. A sua prática permitiu-me quer uma maior sensibilidade auditiva a pequenas variações, quer uma melhoria significativa do domínio da técnica da auscultação. A auscultação pulmonar no início da sessão de RFR ajudava no planeamento da minha intervenção e no final para verificar a eficácia da intervenção. A observação de achados na telerradiografia do tórax, como complemento da restante avaliação, é um instrumento que orienta a intervenção do EEER, podendo atestar os dados recolhidos, como derrame pleural e atelectasias. Da mesma maneira que a auscultação, a comparação da evolução da telerradiografia põe em evidência a eficácia das intervenções do EEER na pessoa e ajuda a monitorizar a evolução do seu estado de saúde.

A título ilustrativo, descreve-se o caso de uma mulher de 39 anos que foi encaminhada para a unidade de RFR por derrame pleural à direita. Na avaliação da utente constatou-se diminuição da expansibilidade do hemotórax direito à palpação do tórax, na inspeção verificou-se uma assimetria com inclinação ligeira do tronco para a direita e na auscultação confirmou-se a presença de atritos pleurais. Referia dispneia e cansaço e ainda toracalgia de intensidade ligeira, dor tipo picada, intermitente que se agravava à inspiração. Estruturou-se um programa de exercícios com os objetivos de impedir a formação de aderências que limitassem a mobilidade torácica e diafragmática, prevenir atrofas musculares, corrigir posições defeituosas e melhorar a tolerância a esforços como caminhar. Nestas sessões, efetuava-se treino de relaxamento e consciencialização da respiração, de reeducação diafragmática global e de cada hemicupula com maior incidência à direita, enfatizando a inspiração e reeducação costal global e seletiva à direita. Instrui também a utente também para a relevância da terapêutica de posição como estratégia coadjuvante na reabsorção do derrame pleural e minimização da formação de sinéquias (Heitor et al, 1988). Estes exercícios foram instruídos para serem executados 2 a 3 vezes ao longo do dia, inicialmente com 10 repetições, progredindo até 15 repetições. Fizeram-se exercícios de correção da postura anti álgica em frente ao espelho quadriculado e mobilização da articulação escapulo umeral com roldanas para melhorar a expansão pulmonar (Cordeiro & Menoíta, 2014) .

A utente foi ainda instruída para executar caminhadas três a quatro vezes por semana durante 30 minutos pois estes exercícios aumentam o volume corrente de ar que por sua vez melhora a expansão pulmonar, segundo Heitor et al. (1988).

Para melhorar a expansão pulmonar e restabelecer a função diafragmática recorri ao espirómetro de incentivo que, segundo Cordeiro e Menoíta (2014), é um instrumento de eleição em situações de derrame pleural e no pós-cirúrgico. Além disto, ajuda a prevenir atelectasias no pós-cirurgia abdominal e segundo os mesmos autores, apresenta uma eficácia na redução de complicações respiratórias no contexto cirúrgico de 40%, o seu uso promove o aumento do volume inspiratório e recrutamento dos alvéolos colapsados.

Após quatro semanas, verificou-se uma melhoria significativa expressa pela redução da sintomatologia da dispneia, cansaço e toracalgia e atestada pelo exame imagiológico. A utente referia que já conseguia fazer caminhadas sem se cansar mais que o habitual. Ao nível da postura, apresenta simetria no tórax e na auscultação pulmonar apresenta murmúrio vesicular mantido nos campos pulmonares com exceção do 1/3 inferior direito. O aumento da expansão pulmonar foi verificado pelo espirómetro de incentivo, já que inicialmente o volume inspirado era de 2250ml e no final do programa é de 2750ml. Estas técnicas tiveram um impacto positivo na tolerância ao esforço no desempenho das AVD.

A permeabilização das vias aéreas é uma área fundamental de atenção do EEER uma vez que o seu compromisso impede uma oxigenação eficaz dos tecidos. A aspiração de secreções constitui uma das técnicas mais utilizadas na permeabilização das vias aéreas, no entanto o seu uso deve ter em consideração o risco resultante do seu carácter invasivo, podendo mesmo causar traumatismo hemorrágico, broncoespasmo, hipoxémia e arritmias (Cordeiro & Menoíta, 2014). Devido aos referidos riscos deve-se iniciar a abordagem à pessoa com necessidade de limpeza das vias aéreas por estratégias menos invasivas, como dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na inspiração, reeducação diafragmática, drenagem postural, fluidificação de secreções com reforço hídrico, abertura costal global e seletiva, uso de dispositivos de auxílio na mobilização das secreções como o *shaker*, o *flutter* ou o *cough assist*, levante precoce, manobras acessórias (percussão, vibração e compressão – condicionadas às suas limitações), ensino bem como a tosse assistida (Heitor et al., 1988).

Contactei ainda com pessoas com necessidade de assistência na permeabilização da via aérea e, neste âmbito, destaco as pessoas submetidas a cirurgia abdominal, cardiorácica e doenças neurodegenerativas como sendo o

grupo de pessoas com maior risco de haver ineficácia na limpeza das vias aéreas, principalmente nos dois primeiros grupos (Cordeiro & Menoíta, 2014). A intervenção cirúrgica pode reduzir em média 25%, 50% e 75% da capacidade vital, respetivamente na cirurgia abdominal baixa, alta e torácica, uma vez que o procedimento envolve a lesão de estruturas responsáveis pela tosse como é o caso dos músculos retos abdominais e dos músculos inspiratórios. Para além do procedimento cirúrgico, outros fatores interferem na dinâmica ventilatória como a dor, a duração da cirurgia, a exposição à imobilidade e o tipo de anestesia, os quais influenciam a capacidade de limpeza das vias aéreas, aumentando a viscosidade do muco, reduzindo a velocidade de deslocação das secreções e a capacidade ventilatória (Heitor et al, 1988).

A RFR pode desempenhar um papel importante junto da pessoa submetida à cirurgia abdominal ou torácica desde logo treinando no pré operatório para otimizar a função pulmonar após a cirurgia, repetindo os exercícios que praticou anteriormente: posição de relaxamento, o controlo e dissociação dos tempos respiratórios, a respiração abdomino-diafragmática com ênfase na inspiração, as mobilizações ativas da cintura escapular (até 90º devido à sutura e dor), dos membros superiores e inferiores e a tosse com contenção da sutura. O contacto com a pessoa submetida a cirurgia era para mim escasso até à data do estágio e neste contexto pude ficar a saber que a RFR no pré operatório tem benefício nas pessoas submetidas a cirurgia cardiotorácica, reduzindo para metade a percentagem de complicações por atelectasia (Yáñez-Brage et al 2009).

A interpretação dos dados recolhidos na avaliação da pessoa com patologia respiratória permitiu-me identificar fatores que inibiam a autossatisfação das necessidades, como a exposição a poluentes, sendo o fator mais comum o tabaco e a administração incorreta da terapia inalatória. Por outro lado pude constatar facilitadores do estado de saúde como a vacinação e suporte familiar (DGS, 2009). O tabaco é um dos principais fatores de risco de DPOC (DGS, 2009) e a educação para a saúde (cessação tabágica) nesta área é fulcral, uma vez que em Portugal se estima que o consumo de tabaco seja responsável por 11,7% do total de mortes (Borges et al., 2009). Recentemente, um estudo sobre a DPOC em Portugal relevou um aumento da prevalência de 5,3% para 14,2% entre 2002 e 2012, sendo superior nos portugueses com mais de 40 anos de idade (Bárbara et al., 2016).

2.2. Capacitar a pessoa com dependência no autocuidado nas ABVD, para a sua reinserção social e familiar e exercício de cidadania;

No nosso cotidiano participamos em diversas atividades no seio familiar, laboral, social, recreativo ou pessoal. Quando surge uma alteração de saúde que impossibilita a execução do autocuidado de forma independente estamos perante uma situação de dependência. Esta diminuição da funcionalidade não implica necessariamente que resulte numa restrição da participação ou do exercício de cidadania. Neste sentido importa reforçar a ideia que independência e autonomia são conceitos distintos. A independência traduz-se na capacidade em executar o autocuidado sem ajuda de terceiros estando mais voltado para o *status* funcional da pessoa, enquanto o conceito de autonomia se relaciona com a capacidade de decidir isto é, de tomar decisões (Cardol et al, 2002;).

Se aceitarmos que a autonomia é uma parte valiosa da vida das pessoas, é claramente importante para os profissionais que trabalham na área de reabilitação promover a autonomia dos seus clientes (Sim, 1998). Neste sentido, a autonomia é fundamental para a reabilitação, sendo que é um pré-requisito para a participação efetiva num processo de reabilitação (Cardol et al, 2002). A prática do enfermeiro de reabilitação centra-se no que a pessoa pode ou não fazer e usa a prática baseada na evidência, para que a pessoa possa maximizar o seu potencial e alcançar a melhor qualidade de vida. É com este pensamento que o enfermeiro capacita o cliente, de forma a dar-lhe o poder de estar no comando da sua própria saúde e bem-estar, permitindo-lhe decidir o que quer, assim como intervindo através do fornecimentos de meios e/ou criando oportunidades para realizar uma tarefa. Os profissionais de reabilitação podem orientar o individuo em opções e estratégias determinantes e informações significativas. (Cardol et al, 2002).

Pelo que já foi referido, reconhece-se que há uma relação direta entre a dependência e o envelhecimento, logo as pessoas numa etapa de vida mais avançada tendem a tornar-se mais dependentes e como tal fica mais vulnerável a participação social. A avaliação do *status* funcional e o conhecimento da pessoa permitem ao EEER identificar o potencial que a mesma apresenta em cada domínio do autocuidado, assim como identificar as suas limitações, fazendo com que seja relevante ajustar as expectativas que possa ter à respetiva capacidade funcional. O

estágio na ECCI foi fértil em situações de treino de AVD devido às características da população com compromisso neuromuscular. Neste contexto foi possível treinar a capacitação da pessoa com dependência nas várias ABVD: vestir/despir, alimentar-se, marcha, cuidar da higiene pessoal e transferência/equilíbrio.

Como exemplo da literatura acerca da importância do papel do EEER na capacitação da pessoa nas ABVD temos o estudo efetuado por Lima-Costa, Loyola Filho & Matos (2007) com idosos, no qual concluíram que a manutenção da autonomia nas AVD na alimentação, higiene pessoal e usar a casa de banho são os indicadores mais valorizados pela população idosa para um envelhecimento bem-sucedido; logo o processo de reabilitação é percebido como essencial na manutenção dessas funcionalidades.

Antes de mais, importa sublinhar que no processo de capacitação da pessoa com dependência é de todo relevante que haja uma abertura e esclarecimento de informações prestadas aos utentes desde o início do programa. O esclarecimento informado sobre o processo de reabilitação realça o papel que esta tem, destacando a autonomia e mantendo as expectativas dentro de objetivos realistas.

A título ilustrativo descrevo o caso de uma utente de 51 anos com AVC hemorrágico do hemisfério cerebeloso à esquerda com moldagem do 4º Ventrículo que necessitou de intervenção cirúrgica, sendo identificada afasia de expressão, disartria, agrafia, dificuldade de concentração e raciocínio, desequilíbrio, dependência na marcha assim como diminuição de força nos segmentos do hemicorpo direito e ainda dismetria à direita (apêndice III).

Perante estas alterações, instrui a utente inicialmente para executar mobilizações ativas com flexão/extensão, adução/abdução dos dedos da mão; flexão/extensão, rotação e oponência do polegar; desvio/cubital e flexão/ extensão do punho; pronação e supinação do antebraço; flexão/extensão do cotovelo; adução/abdução, flexão/extensão, elevação/depressão, rotação interna e externa da articulação do ombro; flexão/extensão dos dedos do pé; eversão/inversão tibiotársica; dorsiflexão/flexão plantar; flexão/extensão da articulação do joelho; flexão/extensão, abdução/adução e circundação da articulação coxofemoral, diariamente pelo menos 2 a 3 vezes por dia com 10 a 15 repetições e posteriormente, instrui e supervisionei mobilizações ativas/resistidas pelo menos 3 a 4 vezes por dia com 15 repetições. O recurso a uma resistência, para além de

melhorar a força muscular serve como estímulo visual e proprioceptivo ao centro de controlo da ação do cérebro, resultando disso uma maior diferenciação da placa motora assim como maior recrutamento muscular. Por sua vez, a melhoria da mobilidade e força do membro inferior permitiu que fosse executado treino de marcha e equilíbrio, indo ao encontro da revisão bibliográfica efetuada por Faria et al (2003) sobre programas de fortalecimento muscular e o desempenho funcional de idosos no equilíbrio e na marcha, constatando que a melhoria do *status* muscular, melhora as respetivas funcionalidades.

Relativamente ao controlo de movimentos do membro superior direito houve impacto positivo ao nível da alimentação, uma vez que a utente passou a conseguir preparar as refeições (abrir recipientes e pegar em utensílios) e passou a ser capaz de cuidar da sua higiene pessoal também de forma independente por conseguir pegar e segurar os utensílios do banho. Este último ponto foi fortemente valorizado por esta utente uma vez que esta era a sua primeira experiência de dependência e a invasão da intimidade resultante era para si motivo de importante preocupação.

Para Kottke (1994) a aquisição de controlo do movimento na pessoa com alteração neurológica é a base para posteriormente, se desenvolverem as estruturas que asseguram a coordenação e que são responsáveis pela elaboração de movimentos finos como a escrita, o desenho ou a pintura. A utente deste caso clínico apresentava agrafia e dificuldade em concentrar-se como consequência do AVC e neste sentido negociámos exercícios de estimulação da motricidade fina e concentração para que ela pudesse voltar à vida laboral, pois o seu trabalho exigia concentração em ler e escrever. Assim, como ilustra esta história clínica, após o treino de controlo de movimentos de membro superior, planeei, implementei e supervisionei um programa de exercícios com vista a melhorar a coordenação estimulando a motricidade fina através de exercícios de escrita. Numa fase inicial foram fornecidos à utente documentos com letras e imagens a tracejado para que esta pudesse contornar o tracejado. Concomitantemente instruí a utente para exercícios de movimentos de pinça como desenhar, pintar, contar os dedos da mão e pegar em feijões e posteriormente indiquei à utente para elaborar cópias de textos sobre temas do seu interesse. A elaboração de cópias, além de estimular a coordenação, estimula a concentração pela necessidade de pensar a escrita e memorizar as palavras. Estes estímulos permitem ao cérebro desenvolver novos

circuitos de engramas para o desejado movimento ou tarefa e assentam no artigo publicado por Pyun et al (2009) que revela que um programa de reabilitação de 12 semanas no domicílio em pessoa com AVC que incluía exercícios de motricidade fina, treino de memória e atenção, melhora as funções cognitivas. Após três semanas do início do programa a utente melhorou a escrita, já a reconhecendo como sendo sua, assim como a capacidade de concentração com restauro da capacidade de leitura. Este conjunto de intervenções permitiu à utente regressar ao trabalho, ainda que a tempo parcial.

No domínio do desequilíbrio negocieei com a utente intervenções que melhorassem o equilíbrio corporal para que pudesse andar de forma independente e sem quedas. Silva et al (2008), no seu estudo comparativo com idosos, demonstrou que o programa de exercícios de treino de força melhora o equilíbrio, a força e diminui a probabilidade de queda. Neste âmbito procedi à instrução, treino e supervisão da postura corporal de modo a que a utente olhasse o horizonte (com cabeça e ombros alinhados) durante os exercícios, treinou-se a transferência de posição de sentado para de pé com as mãos cruzadas no peito, colocando os calcanhares atrás da linha dos joelhos e contraindo a musculatura das nádegas e abdominal, recomendando que este exercício fosse efetuado 2 vezes por dia com repetições de 5 a 10 vezes. Adicionalmente executou-se treino de mudanças de direção, criando um circuito em que a utente tinham de contornar os objetos. Numa fase mais avançada do programa inclui no treino de equilíbrio com a bola suíça, como estratégia de fortalecimento dos músculos do tronco e treino de equilíbrio dinâmico. Oliveira (2011) no seu estudo verificou que um programa de reabilitação com treino de equilíbrio e marcha em idosos sedentários melhora significativa a mobilidade. Intervim igualmente, para melhorar a mobilidade da utente ao nível da marcha assistida por dispositivos de apoio (pessoa e corrimão) e posteriormente sem ajuda. No treino desta atividade há que destacar que a utente inicialmente não contrabalançava os membros superiores de forma alternada com os membros inferiores e tive necessidade de sublinhar a relevância deste movimento durante a marcha uma vez que ajuda a manter o corpo equilibrado dentro do centro de gravidade. A inclusão de subida e descida de escadas, no treino de marcha ajuda a fortalecer os músculos anti gravíticos, sendo decisivo no restauro da independência nesta atividade. No caso permitiu à utente concretizar um dos seus objetivos:

integrar atividades de lazer com os amigos, passear com a família e regressar ao trabalho. Após três semanas verificou-se melhoria do equilíbrio estático e dinâmico em pé, apresentando capacidade de rodar sobre si de forma íntegra, sem tonturas ou desequilíbrios, assim como passar da posição de sentada para de pé e relativamente à marcha, executa-a sem apoios.

O contato em estágio clínico com outros utentes, com patologia neurológica permitiu-me ainda intervir junto dos mesmos treinando-os no uso de dispositivos de apoio como andarilho, tripé ou bengala, para que pudessem deslocar-se para partilhar refeições, socializar, ir até ao WC e até manter uma atividade laboral. A dependência no autocuidado na população idosa inicia-se pela marcha, segundo Dunlop et al. (1997), que atribuem às limitações funcionais neste tipo de população que ocorrem inicialmente ao nível dos membros inferiores evoluindo posteriormente para os membros superiores e ainda à alteração no equilíbrio. Num dos casos ocorridos em estágio na ECCI a utente e o seu PC foram informados sobre a utilização de dispositivos de apoio na marcha, uma vez que o recurso ao andarilho ajudaria na manutenção do equilíbrio corporal e ajudaria no fortalecimento muscular dos membros inferiores, estratégia que serviria de complemento aos exercícios de mobilização prescritos e efetuados. Esta estratégia foi contudo recusada pela utente, argumentando que se sentia mais segura com o apoio do PC. Assim, acordou-se como estratégia alternativa, em substituição do andarilho, a marcha apoiada no PC, que a utente privilegiou como estratégia. Pode-se considerar que o PC funciona como um elemento de compensação na marcha que permite à pessoa deslocar-se diariamente até à sala e partilhar com ele as refeições, receber as visitas dos vizinhos e participar no autocuidado da sua higiene pessoal, deslocando-se ao WC.

Numa outra situação, recordo que o programa de reabilitação que visou capacitar a pessoa no desempenho da tarefa de autocuidado de vestir/despir e alimentar-se, através do treino de controlo e coordenação de movimentos finos (apanhar feijões, exercícios de escrita, contar os dedos da própria mão em voz alta), a utente passou, de forma independente, a conseguir abotoar os botões da roupa e pegar em utensílios para se alimentar sem verter a comida. Adicionalmente, informei a utente e o seu PC sobre a importância de se adaptar o vestuário à capacidade funcional da pessoa, isto é, aconselhei o uso de roupas mais largas, a preferir calças de fato de treino e usar botões grandes assim como a vestir primeiro o lado com

menos força e a despir pelo lado oposto. Esta situação está em consonância com o descrito por Pereira (2012) que verificou-se que a intervenção do enfermeiro nos domínios do autocuidado entre os quais da higiene pessoal, vestir/despir e alimentação aumentou a percentagem de pessoas independentes, durante o internamento no hospital.

Durante o estágio na ECCI verifiquei também que as barreiras arquitetónicas são um dos muito frequentes e principais entraves à mobilidade das pessoas com dependência. Esta traduz-se, segundo a OE (2013) na capacidade de uma pessoa se movimentar livremente no seu ambiente, permitindo-lhe realizar as atividades de vida diária, bem como satisfazer as necessidades psicossociais inerentes à qualidade de vida. A constatação dessas barreiras foi particularmente notória nos dois casos já mencionados, devido às condições das respetivas habitações apresentarem espaços pequenos, sem rampas de acesso à entrada do prédio e insuficiente largura nas escadas, constituindo-se inibidores da mobilidade. Participei em algumas reuniões multidisciplinares com médicos, assistente social e responsáveis da autarquia local com vista a melhorar os acessos aos edifícios no local e no interior. Da reunião de equipa e após identificação das barreiras, as entidades camarárias contactadas ficaram de abordar o assunto em reunião e comprometeram-se a sublinhar a importância destes aspetos em construções futuras. De acordo com o Decreto-Lei 163/2006 de 8 de Agosto, os edifícios públicos e seus acessos, assim como as vias pública devem ser acessíveis a todas as pessoas, sem exceção e sem caráter discriminatório, o que nem sempre é cumprido. É dever do EEER participar neste tipo de reuniões e emitir pareceres sobre fatores que possam restringir ou melhorar a mobilidade das pessoas (OE, 2010a). Estas condicionantes na mobilidade podem potenciar a manifestação dos efeitos da imobilidade (OE, 2013) como: diminuição da memória, alterações da personalidade, diminuição do tempo de reação a estímulos externos, diminuição da atividade sociocultural e ocupacional levando ao isolamento social.

Ao longo do estágio foi patente, na abordagem à utente o reforço positivo como catalisador na manutenção dos comportamentos saudáveis. A capacitação é o cerne do conceito de *empowerment* que visa atribuir maior controlo sobre a própria saúde. Neste sentido, o EEER ao incentivar a autonomia, esta a capacitar e está a estimular uma participação ativa. A análise de Mota (2014) demonstra que o

empowerment promove a autonomia e reduz a dependência em pessoas com dependência no autocuidado internadas num centro de reabilitação através de um programa de exercícios físicos e treino de ABVD.

Na determinação de fatores que facilitassem a adesão e manutenção à reabilitação o Modelo Teórico de Meleis foi uma mais-valia, por permitir compreender em que medida esses fatores condicionavam a situação de dependência. Em consonância com o conceito de capacitação e *empowerment* já descritos foi evidente que o suporte familiar tanto no contexto clínico hospitalar como na comunidade se revelou um facilitador do processo de reabilitação, contribuindo para a capacitação da pessoa. Para além deste, constatei ainda que o ambiente domiciliário, o suporte social, o espaço/setting, a confiança nos profissionais, o autoconhecimento, a capacidade funcional da pessoa, a volição, a capacidade cognitiva e o acesso a serviços de reabilitação igualmente facilitam a transição do autocuidado da pessoa com dependência nas AVBD.

A minha intervenção na capacitação para o papel de PC passou por identificar necessidades de suporte emocional, informativo ou instrumental, tendo por preocupação interagir com os PC com vista a esclarecer-lhes dúvidas sobre a pessoa dependente, escutá-los, ensinar sobre técnicas de cuidados como transferências, mobilizações, alimentação e cuidados de higiene.

2.3. Maximizar a funcionalidade da pessoa com dependência no autocuidado nas ABVD;

Neste subcapítulo aborda-se um dos pontos-chave da Enfermagem de Reabilitação enfatizando a restauração da independência da pessoa ou maximização da capacidade funcional.

Para o efeito, descreve-se o caso de uma utente de 59 anos de idade com fibrose pulmonar (apêndice IV) que vive num apartamento no 1º andar com cinco degraus à entrada até chegar à porta do prédio. A fibrose pulmonar é um tipo de pneumonia intersticial crónica de causa desconhecida, que provoca destruição os septos alveolares com aumento da espessura da parede, devido ao depósito de fibrose. Tem uma elevada mortalidade, agrava progressivamente o estado geral da pessoa impedindo, muitas vezes que mesmo numa fase inicial esta satisfaça as

próprias necessidades básicas de vida de forma independente (Baddini-Martinez et al, 2015).

A utente foi encaminhada para a unidade RFR por apresentar intolerância ao esforço devido à exposição frequente de dispneia e cansaço. A experiência repetitiva desta sintomatologia fez com que a pessoa tenha diminuído progressivamente a atividade física, iniciando um processo de desabitação ao exercício levando a que a utente sentisse um aumento da fadiga, dispneia e cansaço impedindo-a de subir escadas, ou deslocar-se de casa até ao supermercado, a tomar banho, vestir/despir e arranjar-se, assim como a execução da generalidade das tarefas domésticas, como lavar a loiça, levar comida para a mesa, buscar alimentos aos armários ou arranjar a casa. Em consequência aumentavam os períodos de inatividade. Para além disto, a progressão da doença impedia a utente de exercer a vida profissional (cantora). A utente classificou o seu estado de saúde à data como: “mau” pelo instrumento preconizado pela DGS (2009) - *Questionário de avaliação da qualidade de vida de Saint George*.

A recente revisão da literatura de Dowman, Hill e Holland (2014) relata que o treino de exercício é benéfico para a pessoa com fibrose pulmonar, verificando que na prova de seis minutos melhorou da distância caminhada para mais do dobro (comparativamente com o grupo de controlo não sujeito ao programa de exercícios), melhorou o consumo de oxigênio, reduziu a sensação de dispneia, melhorando a qualidade de vida e a capacidade de funcional.

A análise de Ferreira et al (2009) revelou que o treino de exercício de resistência e *endurance*, educação para saúde e exercícios de RFR durante 6 a 8 semanas melhora a tolerância ao esforço, reduz a sintomatologia e melhora a distância caminhada na prova de marcha. Assim, a equipa de saúde programou um programa de reabilitação com RFR e treino de exercício para capacitar e maximizar o desempenho da utente nas ABVD e na execução das tarefas domésticas tendo como objetivos: reeducar a musculatura respiratória abdomino-diafragmática e costal, corrigir a postura corporal, aumentar a tolerância ao esforço e executar treino de exercício de fortalecimento muscular nos membros inferiores e superiores. A utente verbalizou ainda que a sua motivação, para além de melhorar o desempenho nas ABVD, era poder visitar a irmã que vive num 1º andar, sem elevador e poder subir em palco pela última vez. O programa de exercícios decorreu durante oito

semanas de treino no ginásio da unidade de RFR, como recomenda a DGS (2009) quatro vezes por semana com oxigenoterapia no esforço a 3l/min.

A capacidade funcional refere-se à performance ou ao potencial máximo da pessoa em executar uma tarefa de acordo com o estado de saúde da pessoa (Doran et al., 2011). Para maximizar a funcionalidade da pessoa com incapacidade, isto é, restaurar a performance de autossatisfação das necessidades (restabelecendo a independência) ou atingir o seu potencial de capacidade funcional máximo, o EEER intervém com ensinamentos, técnicas e exercícios permitindo à pessoa melhorar o estado funcional e a qualidade de vida (Hoeman, 2000). Segundo a DGS (2009), o exercício tem um efeito sistémico no organismo a nível metabólico e fisiológico, melhorando o desempenho nas AVD e maximiza a funcionalidade.

De seguida, descreve-se o programa de reabilitação adotado. Em cada sessão do programa eram monitorizados os sinais vitais assim como a saturação periférica e na primeira sessão do programa calculei a FC indicada para o treino de exercícios. Este cálculo é fundamental uma vez que FC elevadas promovem a ocorrência de arritmias, isquemia do miocárdio e aumentam a resistência periférica. Além disso, uma FC mais próxima da FC de repouso promove a oxigenação do próprio músculo cardíaco uma vez que esta se efetua durante a diástole. Para cálculo da FC de treino, utilizei a fórmula de Karvonen, para uma intensidade de treino a 40% ($FC_{\text{treino}} = FC_{\text{repouso}} + \text{intensidade} \times (FC_{\text{máx}} - FC_{\text{repouso}})$).

O programa começava com a RFR com relaxamento e consciencialização da respiração, inspirando pelo nariz “como se tivesse a cheirar uma flor” permitindo humidificar, filtrar e aquecer o ar e expirando pela boca com lábios semi-cerrados “como se estivesse a soprar uma vela sem a apagar” para criar uma pressão positiva na expiração, impedindo o colapso alveolar. De seguida, executava-se a reeducação da musculatura diafragmática posterior e de cada hemicúpula e reeducação costal global e seletiva bilateral com abertura costal que, segundo Heitor et al (1988), permitem melhorar a performance dos principais músculos da ventilação, prevenir e corrigir defeitos ventilatórios e melhorar a distribuição alveolar.

Posteriormente introduzi no plano de exercícios a faixa de assistência expiratória e a utente foi instruída sobre a técnica de exsuflação com “língua da sogra” para executar no domicílio. Estes dispositivos funcionam como uma ajuda externa durante a expiração para mobilizar o volume de reserva expiratório e

aumentar a capacidade vital, melhorando em consequência a ventilação (Cordeiro & Menoíta, 2014). Apesar de a utente apresentar uma patologia restritiva (devido à diminuição da *compliance*), esta refere sentir-se melhor quando há assistência na fase expiratória pelo que foi debatido em equipa multidisciplinar o benefício/eficácia do recurso ao dispositivo de fortalecimento da musculatura inspiratória e expiratória, uma vez que, como refere Paiva et al. (2015), o mesmo melhora a expansão pulmonar e fortalece a musculatura respiratória em relação ao espirómetro de incentivo, que havia sido testado anteriormente sem adesão da utente. Como a utente referia sentir-se mais “arejada” com estas estratégias manteve-se o uso destes dispositivos ao longo do programa.

Para corrigir os defeitos posturais que causam defeitos na oxigenação pulmonar fez-se correção postural em frente ao espelho quadriculado e instruiu-se sobre a importância da melhoria da mobilidade da cintura escapular. Estas estratégias facilitaram a ventilação, com impacto na redução da sintomatologia prévia.

Após os exercícios de RFR efetuava-se o treino de exercícios de *endurance* e resistência, uma vez que segundo a GOLD (2011) o treino de exercícios na pessoa com patologia respiratória deve integrar componentes de treino de *endurance* que visa uma estimulação moderada por um longo período, utilizando grande grupos musculares e recrutando a energia pela via aeróbia. Este tipo, de treino ao envolver os grandes grupos musculares dos membros inferiores e superiores, faz com que aumentem as enzimas oxidativas, assim como a densidade das mitocôndrias e vasos capilares, aumentando a capacidade de consumo de oxigénio. Por sua vez, o treino de resistência faz uma estimulação elevada em pequenos grupos musculares por um curto período de tempo e beneficia o aumento do tamanho das fibras musculares. A combinação destas duas modalidades melhora a tolerância ao esforço e promove uma melhor qualidade de vida, segundo a DGS (2009).

O programa de treino de exercício contemplava um momento, de 3 minutos, de aquecimento dos grupos musculares envolvidos no programa: pescoço, ombros, cotovelo, mão, coxofemoral, joelho; tibiotársicos e coluna. Após o aquecimento efetuava-se treino dos músculos dos membros superiores com resistências (halteres), inicialmente com peso de 0,5kg até progredir para 1kg fazendo 2 séries de 10 repetições de flexão/extensão do cotovelo e 1 série de 10 repetições

adução/abdução e flexão/extensão do ombro. Este conjunto de repetições é o número mínimo para que haja desenvolvimento muscular. Instrui ainda a utente para alinhar o corpo durante a execução dos exercícios, colocando os pés à largura dos ombros olhando para a frente e suportando o peso contra a gravidade em fase expiratória, ao ritmo da ventilação. Posteriormente, a utente executava 10 minutos em ciclo ergómetro progredindo até 15 minutos, todavia nunca atingiu os 30 minutos como preconiza a DGS (2009), referindo que não gostava deste exercício, porque a aborrecia.

De seguida efetuava-se treino de exercício dos membros inferiores com resistências de 0,5kg (peso) inicialmente e no final do programa de 1,5Kg fazendo 1 série de 10 repetições bilateral de cada exercício: flexão/extensão do joelho e coxofemoral, abdução/adução da coxofemoral e flexão plantar e dorsiflexão. O princípio do exercício é igual ao do membro superior; o momento em que se suporta o peso contra a gravidade é em expiração, sincronizando o ritmo de movimento com a ventilação. Esta mecânica fortalece o diafragma e, nos casos de pessoas hiperinsufladas, assiste a exsuflação. Após estes exercícios, a utente efetuava treino de marcha em passadeira que foi progredindo de 25 minutos com uma inclinação de 2% a uma velocidade de 2 km/h para 34 minutos mantendo a inclinação de 2% a uma velocidade 3,5 km/h. Há que sublinhar o fato de que foi negociado com a utente a progressão da velocidade e inclinação de acordo com o tipo de relevo do local onde vive. Neste tipo de treino de exercício a utente era monitorizada com eletrocardiograma durante a sua execução.

Segundo a GOLD (2011), os exercícios aeróbios nos membros inferiores têm mais benefício que os exercícios aeróbios do membro superior, logo informei a utente da importância de caminhar pelo menos 30 minutos diariamente, sugestão que se comprometeu a seguir.

No final do treino ensinei, instrui e supervisionei sobre exercícios de alongamento relativos aos grupos musculares exercitados para permanecer cerca de 15 a 20 segundo em cada posição. Os alongamentos ajudam a equilibrar os comprimentos do músculo, previnem lesões, melhoram a flexibilidade, melhoram a postura e corrigem o alinhamento corporal. A sincronização dos movimentos respiratórios com o alongamento estimula a descontração e reduz o stress (Cordeiro e Menoíta, 2014).

Adicionalmente, informei sobre as técnicas de conservação de energia as quais se revelaram uma mais-valia para a utente, uma vez que a patologia respiratória lhe limitava a marcha, subir escadas ou rampas, tomar banho e transportar as compras ou a comida do fogão para a mesa. O ensino e treino destas estratégias têm por base a rentabilização do consumo energético e oxigenação do organismo com o trabalho dos grupos musculares que intervêm na respiração. Assim, foram efetuados ensinamentos e treino à utente sobre subir escadas em fase expiratória, arranjar-se junto ao espelho com os cotovelos apoiados para se maquilhar e, executar as tarefas domésticas como arrumar roupa, levar comida para a mesa, buscar objetos nos armários acima dos ombros, em expiração. Foi-lhe ainda recomendado que dispusesse os objetos e matérias em locais acessíveis à sua altura (não superior à altura dos ombros) e para tomar banho sentada e lavando o corpo na fase expiratória. Foi ainda dada informação à utente que caso durante os exercícios sentisse palpitações, tontura, dispneia ou dor no peito deveria interromper imediatamente o exercício e adotar as posições de descanso que lhe tinham sido por mim ensinadas.

Quando se tratava de homens com DPOC acrescentava que estes deviam barbear-se com os cotovelos apoiados no lavatório, para prevenir episódios de dispneia e cansaço na execução desta AVD, como recomenda Cordeiro & Menoíta (2012).

Ao longo do programa de RFR sublinhou-se a importância da manutenção dos ganhos em saúde que se estavam a desenvolver pois, caso os utentes interrompessem o programa as melhorias musculares tenderiam a regredir ao fim de duas semanas, segundo Delisa (2002).

A medicação desta utente de ambulatório contemplava ainda terapia inalatória – broncodilatadores. Após a avaliação da administração desta técnica pela utente percebi que havia necessidade de melhorar alguns passos nesse procedimento. Na comunicação do serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Maria (*Meeting de Enfermagem Pneumológica - 2015*) que tive oportunidade de assistir apresentou-se evidência relativamente às principais dificuldades dos utentes com a terapêutica inalatória, nomeadamente nos broncodilatadores com MDI: 53% não os agita nem aquece antes de proceder à sua administração; 24% não coloca na posição correta; 90% não faz uma expiração prolongada antes de colocar a máscara; 48% não faz

pausa entre os broncodilatadores; 70% não cumpre a ordem correta e 12% não realiza higiene oral. Estes números e este caso despertaram a minha atenção uma vez que a maioria da população que efetua este tipo de terapêutica é idosa, com alterações cognitivas e com baixa escolaridade, o que exige uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde (Cordeiro & Mateus, 2012). Então, procedi à instrução da administração da terapêutica inalatória e assim a utente rentabilizou este recurso, o que contribuiu para reduzir a probabilidade de exacerbações e consequentes recorrências aos serviços de urgência e deu um contributo para a melhoria da sua qualidade de vida.

A aquisição destes comportamentos por parte da utente conduziu à verificação de resultados positivos na execução das ABVD com impacto ao nível do cuidar da higiene pessoal, alimentar-se e vestir/despir. O ensino sobre a utilização de produtos de apoio no banho – cadeira na zona do chuveiro e esponja com cabo - como referem Cordeiro & Menoíta (2012), permitiram à utente reduzir o cansaço e dispneia durante e após a atividade. Prova dessa melhoria consistiu no facto da utente ter conseguido passar a visitar a irmã, uma vez que foi uma das motivações que expressou durante o programa. Além disto, o programa permitiu que a utente como forma de despedida da sua vida profissional, voltasse a pisar o palco pela última vez. No final do programa a utente classificou de bom o seu estado de saúde no *Questionário de Saint George*.

Todas estas intervenções planeadas e implementadas, quer no âmbito da Reabilitação da pessoa com patologia respiratória quer da pessoa com patologia neurológica com impacto motor, visaram ajudar a pessoa com dependência no autocuidado a transitar de um nível de dependência para um estágio de menor dependência. A estimulação da pessoa para que esta reaprenda novas estratégias, consiga executar tarefas sozinha ou com apoio de dispositivos ajudou a interação familiar, melhorou a autoestima e fez com que a pessoa dependente progredisse favoravelmente na sua dependência ou recuperasse a independência.

3. SÍNTESE DE IDEIAS

Ao longo deste período de aquisição de competências de EEER pude redefinir a minha perspetiva do papel do enfermeiro na saúde das pessoas, mais concretamente, na promoção do autocuidado nas pessoas com dependência nas ABVD. A concretização deste trabalho possibilitou-me ainda mobilizar os saberes específicos da disciplina de enfermagem que são necessários para acompanhar a evolução do estado de saúde das pessoas.

A própria diferenciação e especialização da prática da Enfermagem é paradigma dessa progressiva adaptação dos mecanismos de resposta da profissão à evolução da sociedade e dos seus problemas. Os conceitos de “apoio domiciliário” e de EEER resultam da evolução das necessidades da população assumindo o termo “Reabilitar” o significado de ajudar a pessoa a melhorar a sua interação no desempenho do autocuidado visando a redução do número de dias de internamento em meio hospitalar. Neste sentido, considero um ponto forte na minha aprendizagem, para além da motivação intrínseca pelo tema, a prática de enfermagem avançada em que o enfermeiro, baseado no conhecimento científico mais atual e em articulação com os demais elementos duma equipa multidisciplinar, se assume como agente facilitador no processo de transição do estado de saúde da pessoa, atendendo o seu contexto sociocultural.

Considero que disponho agora de uma melhor abordagem à pessoa com dependência no autocuidado identificando pontos que inibem e facilitam essa transição através da prescrição de um conjunto de exercícios e atividades terapêuticas que permitam à pessoa se adaptar ao seu estado de saúde e desempenhar o autocuidado. A construção dos planos de cuidados baseados em ferramentas que possibilitam a mensuração de indicadores que atestam as mudanças de estado de saúde das pessoas, comportamentos ou estratificação de riscos. Deste modo, a minha intervenção sublinha os ganhos em saúde na funcionalidade da pessoa, demonstram a relevância da intervenção do EEER na saúde das pessoas focando o autocuidado, gerindo a sintomatologia, nunca descurando a satisfação dos utentes.

Limitados que estiveram às contingências dos locais de estágios em que houve ausência de experiências no contexto da cirurgia ortopédica e cuidados à

criança. A gestão de qualidade e liderança foram duas áreas com restrição de experiências no desenvolvimento de competências.

Durante o estágio pude constatar que quando uma pessoa passa a uma situação de dependência nas ABVD, na fase de adaptação à dependência, a área de cuidados que mais a preocupa são os cuidados de higiene e o controle da eliminação urinária e intestinal. Este aspeto estará relacionado, segundo os próprios, com um sentimento de pudor e invasão da privacidade perante um evento inesperado, transportando um sentimento de “impotência” assim como de estigma pelo de uso da fralda. Este fato corrobora a análise de Costa (2012) que acrescenta a propósito sentir-se a pessoa atingida na sua dignidade - uma vez que há exposição de zonas íntimas - e em certa medida, um sentimento de desapropriação da sua própria intimidade assim como pode ser motivo de frustração e desânimo para a pessoa dependente. Compreende-se deste modo que a pessoa com dependência nas ABVD, para além de atribuir relevância à recuperação da independência na mobilidade, se centra e valorize a recuperação da independência no autocuidado higiene e eliminação.

Contudo, se uma pessoa já apresenta alguma dependência (ou já foi dependente durante alguns meses) os principais domínios do autocuidado que mais motivam a pessoa para a reabilitação são a marcha e alimentar-se. A dependência na marcha na pessoa idosa acaba por estender-se à demais atividades, condicionando a execução plena de atividades como: tomar banho, transferir-se, vestir e despir, usar a casa de banho e alimentar-se. Esta perda de mobilidade acarreta a privação da participação social e familiar que foram muito valorizadas por estas pessoas. Compreende-se pois, a ênfase que alguns autores, como Ribeiro & Pinto (2013) e Costa (2012) colocam no ganho de funcionalidade no âmbito da mobilidade, sublinhando a importância da mesma para o convívio, a interação social e familiar. Este “sair da cama” representa uma manutenção ou ganho de interação com o mundo e é determinante para minimizar a ocorrência de situações associadas à imobilidade no leito, desde as úlceras de pressão à perda de massa muscular. Daí que os mencionados autores defendam que nessas circunstâncias a higiene e controlo de esfíncteres passa para segundo plano uma vez conseguida a adaptação e consciencialização da dependência por parte do indivíduo, o que lhe permite ultrapassar a barreira da invasão de privacidade. Além disto, o fato da dependência

estar diretamente relacionada com o envelhecimento torna mais tolerável o uso de fralda, uma vez que numa fase de vida mais tardia não há tanto o estigma quanto em idades mais jovens. Os idosos com dependência de terceiros centram a sua motivação no desejo de se sentirem acarinhados por quem cuida deles. Deste modo tentam minimizar o “peso” que representa para os PC os cuidados que lhes são prestados, direcionando as suas estratégias de reabilitação em torno da mobilidade como uma forma de redução dessa carga de trabalho (Costa, 2012; Sequeira 2008). Constata-se pois que grande parte das pessoas com dependência nas ABVD centra a sua motivação e objetivos em propósitos que têm em conta o efeito do seu estado de saúde no PC.

De forma empírica, durante a prática clínica constatei que o domínio do autocuidado em que as pessoas mais recorrem a produtos de apoio para minorarem a sua dependência é no domínio da mobilidade, seguindo-se o cuidar da higiene pessoal. O fato de utilizarem produtos de apoio requer tanto do PC como do enfermeiro, uma maior atenção no sentido de capacitação e gestão de risco, exigindo que os mesmos procedam a um adequado treino na utilização desses mesmos equipamentos e gestão de obstáculos que propiciam a queda. Os produtos de apoio mais utilizados pelas pessoas com dependência no andar foram o uso de andarilhos, bengalas e tripé e relativamente ao cuidar da higiene pessoal foram as barras de suporte e esponjas com cabos longos.

Relativamente aos PC pude confirmar, como atesta a literatura (Sequeira, 2008), que por norma estes cuidadores apresentam como maior necessidade de intervenção do enfermeiro a superação de debilidades ou carências a nível do suporte emocional, nomeadamente da escuta ativa, seguindo-se o instrumental e o informativo. Por isso é que nessas circunstâncias o alvo dos cuidados deve ser a família e não apenas a pessoa dependente. É que o PC também experiencia vulnerabilidade e necessidades que derivam dos cuidados que presta à pessoa dependente e da aquisição de um novo papel, para o qual, na maioria dos casos, não está preparado. Além disto, verifiquei que o ambiente domiciliário era ajustado às necessidades da pessoa dependente pode conduzir a uma despersonalização do ambiente domiciliário em prol da melhor disposição e acesso aos utensílios e objetos por parte da pessoa dependente. Não raras vezes a medicação e os utensílios dos cuidados passam a substituir as decorações, a cama de casal trocada por uma

cama articulada, as almofadas e outros dispositivos passam a integrar o “mobiliário” do quarto, à casa de banho são adicionados apoios, são removidos móveis e outros artefactos, toda uma nova disposição que facilita o acesso aos cuidados à pessoa. Contudo um tal número de alterações acaba não raras vezes por transformar o ambiente do domicílio numa réplica grosseira do ambiente hospitalar relembrando constantemente ao PC que este tem alguém ao seu cuidado, acarretando-lhe mais desconforto, ansiedade e inquietação.

A prestação de cuidados domiciliários é uma prática cada vez mais corrente nos cuidados de saúde. No domicílio, o espectro de intervenção do EEER é mais alargado do que no hospital, uma vez que no hospital a intervenção do EEER está condicionada pela natureza da patologia que motivou a pessoa a ser internada assim como pelas prioridades terapêuticas – exames de diagnósticos, tratamentos médicos, medicação, etc – que são fundamentais. A experiência de estágio permitiu-me verificar que o ambiente domiciliário nos idosos permite uma adaptação mais eficaz às necessidades que a pessoa vive, pois ali constatam-se dificuldades, organizam-se estratégias de intervenção e treino de exercícios no seu meio - o domicílio. Por outro lado, esta prática em contexto domiciliário pode ser castradora da evolução da reabilitação da pessoa, como pude verificar em casos de condições de habitação precárias, pobreza, más condições de higiene e de alimentação e inclusive desnutrição. Nestas situações, o trabalho multidisciplinar e avaliação da pessoa são fundamentais e exigem que as organizações de saúde mobilizem os seus recursos.

Denominador comum com que me confrontei ao longo destes meses de estágio e no meu local de trabalho foi que um dos pontos-chave do sucesso na promoção do autocuidado na pessoa com dependência é a motivação. Quer na reabilitação motora quer na respiratória, a motivação é fundamental na transição do estado de saúde. Bastos (2014) considera que a motivação aumenta a adoção e manutenção de comportamentos adequados e facilita a adesão ao processo terapêutico com benefício direto na saúde da pessoa. Confirmando essa teoria, verifiquei que as pessoas mais motivadas aderem mais facilmente e de forma mais eficaz ao regime terapêutico, uma vez que se dispõem a explorar a sua capacidade funcional ao máximo e como sentem e veem resultados favoráveis no desempenho do autocuidado, o que funciona como catalisador na adesão ao programa de

reabilitação. Por outro lado, as pessoas sem motivação ou sem objetivos definidos tendem a ter menor participação nos programas de reabilitação. Foi notório que as pessoas que estavam mais empenhadas nos programas de reabilitação, foram aquelas que mais treinaram ao longo dos dias e demonstraram comportamentos de saúde mais saudáveis e por isso por norma tiveram, como recompensa resultados mais positivos com impacto na melhoria da sua dependência, registando-se ganhos em saúde (OE, 2008). Tornou-se evidente que negociar objetivos reais com a pessoa dependente e o PC se relevou uma estratégia importante no fortalecimento da relação terapêutica e manutenção da motivação no programa de Reabilitação.

Para responder às necessidades no autocuidado e obter os desejáveis ganhos em saúde foi-me fundamental pesquisar ações significativas que facilitarão a prática e a adesão ao regime terapêutico. Através do Modelo das Transições de Meleis percebi que o adequado ambiente domiciliário, o suporte familiar e social, o espaço/setting, a confiança nos profissionais, o autoconhecimento, a capacidade funcional da pessoa, a volição, a capacidade cognitiva e o acesso a serviços de reabilitação são fatores que, a par de outros, facilitam a transição do autocuidado da pessoa com dependência nas AVBD. Por outro lado, as barreiras arquitetónicas e condições do domicílio (ausência de rampas de acesso para cadeiras de rodas, casas com espaços reduzidos, falta de materiais de apoio à mobilidade), viver só, escassos recursos económicos, dificuldade em aceder a serviços de saúde, o reduzido suporte social e familiar, a dificuldade em estabelecer objetivos realistas, a ansiedade, a depressão, o risco de queda e a menor capacidade funcional constituem fatores inibidores da transição da pessoa com dependência.

Em cada um dos contextos de estágios tomei por opção numa primeira fase dos mesmos aplicar o maior número de técnicas possíveis, obviamente aplicáveis às situações concretas em presença e conformidade com o que as boas práticas requerem. O objetivo por uma tal opção consistiu em adquirir não apenas uma maior destreza em cada uma delas mas também perceber a resposta do utente a cada uma delas. Numa segunda fase, já mais conhecedor das técnicas e uma maior percepção do seu efeito, fui mais seletivo na elaboração do programa de recuperação no sentido de o ajustar, da forma que me pareceu mais conveniente e eficaz ao alcance dos objetivos fixados, à situação específica e particular da pessoa. Os estudos de casos evidenciaram resultados de melhoria do status de saúde, assim

como os próprios utentes percecionaram melhoria do seu estado de saúde ao fim de quatro a seis semanas. A figura 2 mostra de forma sintética, a experiência que presenciei ao longo do estágio, tendo por base o Modelo das Transições de Meleis. Na pesquisa de literatura sobre a temática foi possível constatar que há uma crescente preocupação com o sentido da evolução da demografia da população portuguesa; todavia para que seja possível encontrar respostas ajustadas é fundamental caracterizar a dependência das pessoas e identificar que necessidades estão inerentes a essa dependência. O regresso a casa de uma pessoa com dependência no autocuidado de forma não estruturada traduzir-se-á provavelmente num novo episódio de internamento a curto/médio prazo. Assim, é urgente que as políticas de saúde e os responsáveis mobilizem estratégias que minimizem os efeitos da dependência. A investigação e divulgação destas questões contribuirão para a melhoria dos cuidados de saúde em Enfermagem de Reabilitação e para o progresso do bem-estar das populações, o que constitui os verdadeiros ganhos de saúde que devemos ambicionar.

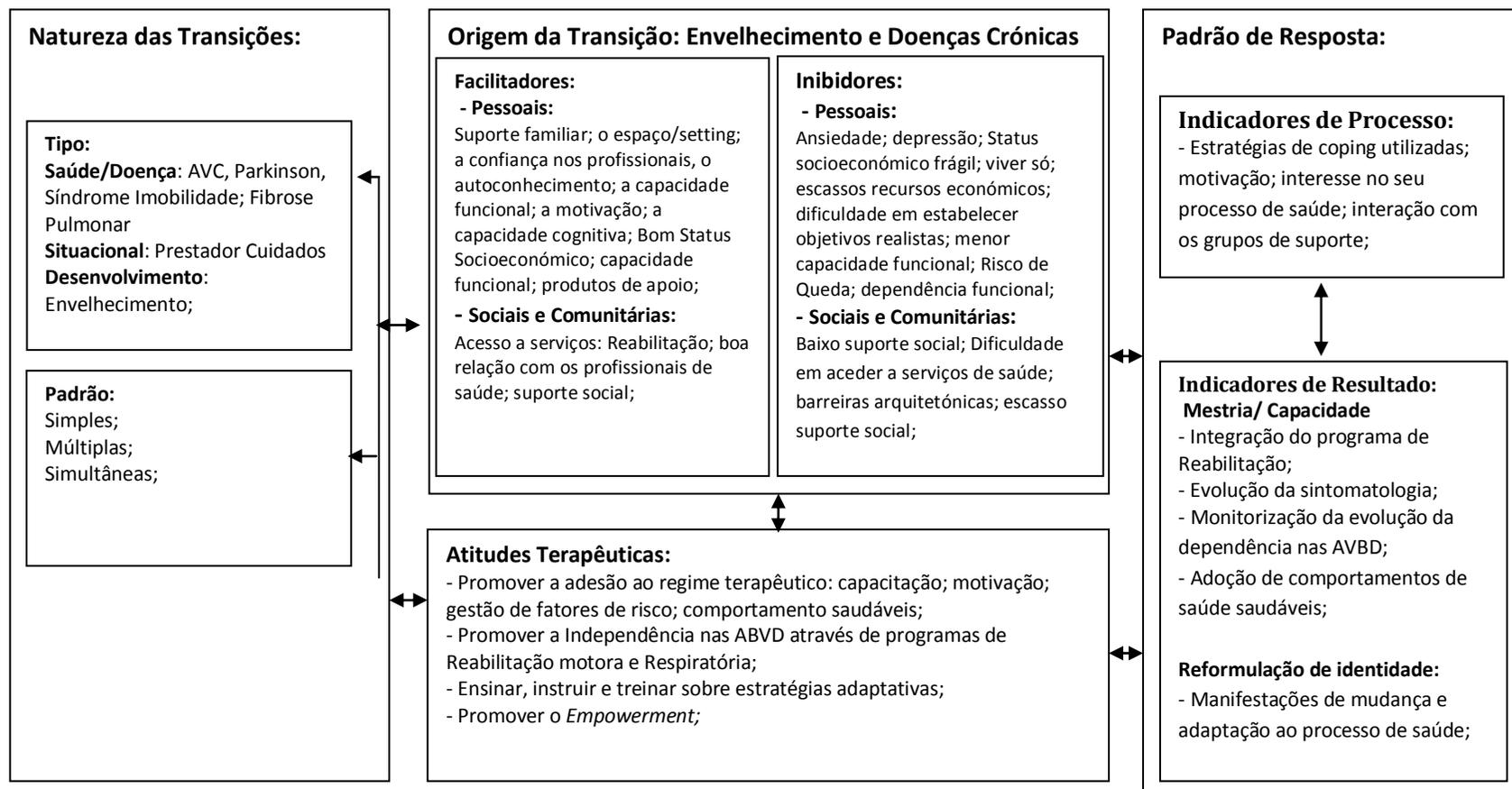


Fig. 2 – Esquema que sintetiza a promoção do Autocuidado na pessoa com dependência nas AVBD, adaptado da Teoria das Transições de Meleis (2000).

4. CONCLUSÃO

Este trabalho proporcionou momentos de reflexão ao longo deste ciclo de estudos motivados pela análise de casos em contexto real, à medida que iam sendo desenvolvidas as competências como EEER. A reflexão sobre a aquisição de competências baseada no devido suporte teórico foi uma estratégia fundamental na minha aprendizagem, uma vez que privilegiou a integração e avaliação crítica das intervenções que iam sendo realizadas junto dos utentes em paralelo com o desenvolvimento de competências e aquisição de novos conhecimentos de EEER o que lhes deu consistência e solidez.

Os locais de estágio permitiram cumprir os objetivos previamente delineados que sustentaram o crescimento e desenvolvimento como EEER, quer na vertente motora quer no âmbito da RFR, dada a multiplicidade de experiências. Durante os períodos de ensino clínico, o foco da minha aprendizagem esteve dirigido não só para a necessidade de adquirir conhecimentos e técnicas específicas de enfermagem de reabilitação mas também para o desenvolvimento de competências específicas que sustentem uma melhor abordagem à pessoa, tendo em conta o seu contexto social e familiar. Neste sentido, o exercício de uma prática avançada, que assenta numa abordagem holística, permite uma resposta mais orientada para as reais necessidades das pessoas. Um trabalho de equipa multidisciplinar permitirá inquestionavelmente melhores resultados, dada a importância que os fatores cognitivo, motivacional e emocional decisivamente assumem no processo de recuperação da capacidade funcional da pessoa.

A promoção do autocuidado na pessoa com dependência nas ABVD é uma temática sensível aos cuidados de enfermagem e o EEER tem um papel preponderante uma vez que atua como facilitador da transição que o indivíduo vivencia um período particularmente vulnerável, potenciando as ações que facilitam a adaptação à nova realidade e prescrevendo intervenções que minimizem os efeitos adversos da dependência. A compreensão da problemática em torno da transição permite ao enfermeiro intervir com atividades terapêuticas mais orientadas às necessidades identificadas, assim como acompanhar a evolução do estado de saúde.

Esta experiência em contexto clínico veio ainda confirmar que tal como refere a bibliografia consultada, as necessidades que as pessoas apresentam variam de acordo com a sua cultura, experiências de vida e projeto futuro. O EEER para atender a essas necessidades e melhorar a capacidade funcional e autonomia da pessoa deve compreender o indivíduo alvo dos seus cuidados, o que implica não apenas o conhecimento da pessoa dependente e sua família, mas igualmente o seu enquadramento sociocultural e espiritual. Este conhecimento prévio permite orientar o processo de reabilitação de forma mais minuciosa, contornando potenciais obstáculos e maximizando as capacidades da pessoa.

Em síntese, considero pois que foram atingidos os objetivos previamente definidos, adquiri competências como EEER e refleti sobre o processo de desenvolvimento de uma Enfermagem Avançada, ao longo do ensino clínico. Para solidificar o desenvolvimento das competências da EEER e de conhecimento da disciplina baseei a minha prática na evidência científica de modo a prestar cuidados de excelência às necessidades das pessoas. O desafio da Enfermagem de Reabilitação consiste em ajudar a pessoa dependente a adaptar-se e poder conviver com a sua condição para que desempenhe as ABVD de forma tão autónoma quanto possível, maximizando a sua capacidade funcional. As experiências nos contextos clínicos permitiram-me desenvolver uma visão holística da reabilitação nos seus diversos contextos, compreender e interiorizar a importância da multidisciplinaridade no sucesso destas ações assim como criar bases para conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, adaptados à realidade factual dos destinatários.

5. BIBLIOGRAFIA

ACSS (2015). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 1º Semestre de 2015*. Ministério da Saúde, Lisboa.

Araújo I. (2010) - *Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

Augusto, B.M.J., et al (2002). *Cuidados continuados: família, centro de saúde e hospital como parceiros de cuidar*. Coimbra: Edições Formasau.

Baddini-Martinez, J.; Baldi, B.; Costa, C.; Jezler, S.; Lima, M.; Rufino, R. (2015). Atualização no diagnóstico e tratamento da fibrose pulmonar idiopática: artigo de revisão. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 41(5), pp:454-466.

Bábara, C., & Gomes, E. (2016). *Portugal – Doenças Respiratórias em números – 2015*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

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

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

Boechat, J., Manhães, F., Filho, R. (2012). O Imobilismo no Idoso e sua Repercussão na Sistema Musculosqueléticos. *Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades*. Niterói. 3 a 6 de Setembro de 2012.

Bolívar, A. (1997). A escola como Organização que Aprende. In R. Canário, J. A. Correia, C. Dubar, G. Malglaive, J. Barroso, A. Amiguinho, L. d'Espiney, *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora.

Borges, M.; Gouveia, M.; Costa, J.; Pinheiro, L.; Paulo, S.; Carneiro, A. (2009). The burden of disease attributable to smoking in Portugal. *Revista Portuguesa Pneumologia*. V.15 n.6 Lisboa nov. pp:951-1004.

Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.

Campos, M. Sousa, R. (2015). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Cardol, M.; Jong, B. A.; Ward, C. D. (2002) - On autonomy and participation in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, Vol. 24 (18).p. 970-974.

Cardoso, A.; Rainho, J.; Quitério, P.; Cruz, V.; Magano, A.; Castro, M. (2011). Avaliação clínica não-invasiva de disfagia no AVC – Revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*. Vol. 3. n.º 5. PP:135-143

Cazero, A. P., Peres, P. (2010). A terapia ocupacional na prevenção e no tratamento de complicações decorrentes da imobilização no leito. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*. São Carlos. Vol. 18, nº 2, p. 149-167.

Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade*. Lisboa. Universidade Católica Portuguesa.

Cordeiro, M., Mateus, D. (2012) Adherence to the Therapeutic Regime, Errors in the Execution of Inhalation Therapy Technique. *Journal of Aging & Innovation*, 1 (2):pp:43-58.

Cordeiro, M.; Menoíta, E. (2014). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.

Curtis, E. & O'Connell, R. (2011). Essential leadership skills for motivating and developing staff. *Nursing Management*. Vol. 18. Nº 5. pp. 32-35

Decreto-Lei nº163/2006 de 8 de Agosto. Regime Da Acessibilidade Aos Edifícios E Estabelecimentos Que Recebem Público, Via Pública E Edifícios Habitacionais, revogando o Decreto-Lei n.º 123/97, de 22 de Maio. Diário da Republica I Serie, Nº 152.

Delisa, J. (2002). *Tratado de Medicina de Reabilitação: Princípios e Práticas*. Vol. 2. 3ª Edição. Editora: Manole São Paulo.

Direção Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Vol. 1, Lisboa.

Direção Geral da Saúde (2009). *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Direção-Geral Da Saúde, Lisboa.

Direção Geral da Saúde (2010). *Acidente Vascular Cerebral - Itinerários Clínicos*. Edição: Lidel, Edições Técnicas.

Doran, D. et al. (2011) - *Nursing Outcomes: the state of the science*. 2ª Ed. Sudbury.

Dowman L., Hill C. J., Holland A. E. (2014). Pulmonary rehabilitation for interstitial lung disease (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 10. Art. No.: CD006322. DOI: 10.1002/14651858.CD006322.pub3.

Dunlop; Hughes; Manheim, (1997). Disability in Activities of Daily living: Patterns of Change and a Hierarchy of Disability. *American Journal of Public Health*. 3(8): pp: 378-383.

Duque, H.J. (2009). *O doente dependente no autocuidado - estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Faria J. C. et al (2003). - Fortalecimento muscular em idosos. *Acta Fisiátrica* 10(3): 133-137.

Fernandes, P. G. (2014). *Famílias que integram dependentes no autocuidado no concelho da maia: caracterização das necessidades da pessoa dependente*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Ferreira A, Garvey C, Connors GL, et al (2009). Pulmonary rehabilitation in interstitial lung disease: benefits and predictors of response. *Chest*; 135:442.

Fortin, M.F. (1999) - *O processo de Investigação: Da concepção à realização, lusociência*, Loures.

Frank, S.; Santos, S.; Assmann, A.; Alves, K.; Ferreira, N. (2007). Avaliação da capacidade funcional: repensando a assistência ao idoso na Saúde Comunitária. *Estudos Interdisciplinares Envelhecimento*. Porto Alegre. Vol. 11, p. 123-134

Garcia, C.; Coelho, M. (2009). *Neurologia clínica: princípios fundamentais*. Lisboa : Lidel.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2011). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. Geneva: Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Lung Disease.

Hamilton, L. Lyon, P. (1995). A Nursing-Driven Program to Preserve and Restore functional Ability in Hospitalized Elderly Patients. *Journal Of Nursing Administration*, Vol. 25. Nº 4, pp: 30-37.

Heitor, M. Canteiro, M. Ferreira, J. Olazabal, M. Maia, M. (1988). *Reabilitação funcional Respiratória*. Lisboa, 2ª Edição, Boehringer Ingelheim.

Hesbeen, W. (2002). *Reabilitação: criar novos caminhos*. Lusodidacta.

Hoeman, S. (2000) - *Enfermagem de Reabilitação – Processo e Aplicação* (M. Abecasis, Trad.). Loures: Lusociência.

Instituto Nacional de Estatística (2002). *O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*. Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Lisboa.

International Council of Nurses (1999) - *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem CIPE/ICNP: versão β2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Kalish, B. Lee, S. Dabney, B. (2013). Outcomes of inpatient mobilization: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 23, p.1486 –1501.

Kottke, F. J. (1994). Exercício terapêutico para desenvolvimento da coordenação Neuromuscular. *Krusen: tratado de medicina física e reabilitação*. 4ªed. São Paulo: Manole, pp 439-465.

Lima, A. (2014). *A Reabilitação e a Independência Funcional do doente sujeito a Imobilidade*. Dissertação de tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Lima-Costa, M., Loyola Filho, A. I., Matos, D. L. (2007). Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (10),p. 2467-2478.

Martins, R. (2011). *A Dependência no Seio das Família clássicas do concelho de Lisboa: Abordagem exploratória à dimensão do fenómeno*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Martins, T. (2006) – *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de Vida e Bem-Estar dos Doentes e Familiares Cuidadores*. Coimbra: Formasau.

Meleis, A. I. (2012) - *Theoretical Nursing: Development & Progress*. Angewandte Chemie International Edition. 5th ed., Vol. 40. Philadelphia.

Mendes, R., Chaves, C. (2012). Alterações da mobilidade após internamento prolongado em cuidados intensivos: A situação no Hospital Amato Lusitano. *Revista De Saúde Amato Lusitano*. Nº 31, p. 6-12.

Menoíta, C.E., Sousa, L.M., Alvo, I.B.P., Vieira, C.M. (2012) - *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2011). *Parecer Nº 12/2011 - Parecer sobre atividades de vida diária*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ministério do Trabalho e da Segurança Social (2009). *Carta Social, Rede de Serviços e Equipamentos – Relatório 2005*. Lisboa.

Mota, F. (2014). *Dependência no autocuidado em internamentos de Medicina Física e Reabilitação: Um estudo qualitativo*. Tese de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Neves, M., Pacheco, S. (2004). *Para uma ética de enfermagem: desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório de Primavera 2015*. Lisboa.

OE (2004). Quadro de Referência para a construção de indicadores de Qualidade e produtividade na Enfermagem. *Suplemento da Revista Ordem dos enfermeiros*. Lisboa. Nº 13.

OE (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos conceitos à análise dos dados*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OE (2010a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf Data da Consulta 1/07/2015.

OE (2010b) – *Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas*. Data de Consulta 25/03/2016. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf.

OE (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem Dos Enfermeiros.

OE (2013). Guia Orientador de Boas práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade-Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação. *Ordem dos Enfermeiros*, Lisboa.

Oliveira, C. (2011). *Eficácia de exercícios pendulares no equilíbrio e na mobilidade de idosos sedentários atendidos em um ambulatório geriátrico*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

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

Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. World Health Organization. Lisboa.

Organização Mundial de Saúde (2004) - *Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade*. Lisboa: DGS.

Organização Mundial de Saúde (2011). *Relatório Mundial sobre a deficiência*. Lisboa, WHO, pp: 97-139.

Paiva, A., Mendes, A., Bastos, F. (2010). A Pessoa com Insuficiência Cardíaca: Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. *Revista de Enfermagem Referência*. Vol.3, nº.2, p.7-16.

Paiva, D. Assmann, L. Bordin, D. Gass, R. Jost, R. et al (2015). Inspiratory muscle training with threshold or incentive spirometry: Which is the most effective? *Revista Portuguesa de Pneumologia*.; Nº 21. pp:76-81.

Pereira, F. M.S. (2007). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros - Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Dissertação de tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Pereira, M. (2012). *A Promoção do Autocuidado na Pessoa em Processo de Transição*. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Petronilho, F. (2012) - *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Edições Formasau.

Petronilho, F., Silva, A. P., Pereira, F. (2014). Evolução do tipo e nível de dependência no autocuidado: estudo longitudinal. *Revista Referência*. Nº 1.

Pyun, S. B., Yang, H., Lee, S., Yook, J., Kwon, J. & Byun, E. M. (2009). A home programme for patients with cognitive dysfunction: A pilot study. *Brain Injury*, 23 (7-8), 686-692.

Ribeiro, C. (2003). Metacognição: um apoio ao processo de aprendizagem. *Psicologia: reflexão e crítica*, pp. 109-116.

Ribeiro, O., Pinto, C. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32 (1), p. 27–36.

Ribeiro, O., Pinto, C., Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Revista Referência*. Vol. 4. Nº 1. p. 25-36.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

Serra, M. (2012). *Aprender a ser Enfermeiro - A construção identitária profissional por estudantes de Enfermagem*. Lisboa: Lusociência.

Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte, (2015). *Comunicação livre sobre Terapêutica Inalatória – Monitorização e Ensino*. Meeting de Enfermagem Pneumológica – CHLN. Lisboa.

Silva, A. P, (2007). Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. Vol. 55, n.º 1-2, p. 11-19.

Silva, A. et al (2008). Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. *Rev Bras Med Esporte*. Vol.14, n.2, pp.88-93. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922008000200001>.

Söderhamn, O. (2000). Self-care as a structure: a phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. vol.7, p.183-189.

Sousa, P. A. (2006). *Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem entre contextos de cuidados de Saúde*. Coimbra; Editora Formasau – Formação e Saúde, Lda.

Tanner (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Education* 45 (6). pp: 204-211.

Welmer, A. K., Von Arbin, M., Widén Holmqvist, L., Sommerfeld, D. (2006). Spasticity and its association with functioning and health-related quality of life 18 months after stroke. *Cerebrovasc Disease*, Vol. 21, p. 247-253.

Wilkinson, A., Whitehead, L. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*. Vol.46. p.1143-1147.

Yanez-Brage, I., Pita-Fernandez, S., Juffe-Stein, A., Martinez-Gonzalez, U., Pertega-Diaz, S. & Mauleon-Garcia, A. (July 2009). Respiratory physiotherapy and incidence of pulmonary complications in off-pump coronary artery bypass graft surgery: an observational follow-up study. *BMC Pulmonary Medicine*, 9:36.

Apêndices

Apêndice I:

Colheita de dados e avaliação da pessoa com dependência no autocuidado

Histórico de Enfermagem: Avaliação Inicial

Nome:

Data de Nascimento:

Idade:

Sexo:

Etnia:

Naturalidade:

Residência:

Profissão:

Estado Civil:

Condições de habitação e acessibilidade

Habilitações Literárias:

Antecedentes Pessoais:

Exposição a Poluentes:

Agregado familiar:

Prestador de Cuidados:

Profissão:

Habilitações Literárias:

Terapêutica Ambulatório:

Alergias:

Hábitos aditivos:

Diagnósticos Médico:

História Pessoal

História de Doença Atual

Exames complementares de diagnósticos realizados anteriormente:

Avaliação de Enfermagem de Reabilitação:

Estado de consciência e orientação:

Atenção e Memória:

Linguagem:

Negligência:**Pares Cranianos:**

Pares Cranianos		
M- mantido D- diminuído A - ausente NA- não avaliável		
I – Olfactivo	Fechar os olhos e identificar odores (canela, café), bilateralmente.	
II – Óptico	Fechar um dos olhos, avaliar campo visual (60º em relação à linha média e a 40º da linha nasal para dentro). Repetir Bilateralmente.	
III – Óculo-motor IV – Troclear/Patético VI- Motor Ocular Externo/Abducente	Seguir o dedo do enfermeiro que irá desenhar um “H”. Pesquisar Ptose palpebral e movimento de adução. Pesquisar rotação do olho. Simetria dos movimentos oculares (abdução)	
V – Trigêmeo	Sensibilidade táctil, térmica e dolorosa nas 3 regiões Verificar contração dos maceteres bilateralmente	
VII – Facial	Sorrir, assobiar e franzir o sobrolho encerrando firmemente as pálpebras. Sulco Nasogeniano presente. Dizer “pah”	
VIII – VestibuloCoclear/Acústico	Acuidade auditiva de olhos fechados (roçar os dedos junto ao ouvido) Equilíbrio estático e dinâmico Tonturas e ou vertigens	
IX – Glossofaríngeo	Reconhecer sabores como o doce e salgado. Verificar sielorreia.	
X – Vago	Verificar reflexo do vômito e tosse. Dizer “cah” Alterações do tom de voz ou presença de rouquidão	
XI – Espinhal	Força muscular dos ombros e da cabeça bilateralmente.	
XII – Hipoglosso	Diferentes movimentos da língua e com contra a resistência. Dizer “tah”	

Sensibilidade:Superficial:Profunda:**Motricidade:**Força Muscular (segundo a escala *Medical Research of Council*):

Segmentos	Movimentos	Avaliação Força Muscular
Cabeça e	Flexão	
	Extensão	
	Flexão lateral esquerdo	

Pescoço	Flexão lateral direito		
	Rotação		
Membro Superior		Direito	Esquerdo
Escapulo-umeral	Flexão		
	Extensão		
	Adução		
	Abdução		
	Rotação interna		
	Rotação externa		
	Circundação		
	Elevação		
Cotovelo	Flexão		
	Extensão		
Antebraço	Pronação		
	Supinação		
Punho	Flexão palmar		
	Dorsi flexão		
	Desvio radial		
	Desvio cubital		
	Circundação		
Dedos	Flexão		
	Extensão		
	Adução		
	Abdução		
	Circundação do polegar		
	Oponência do polegar		
Membro inferior		Direito	Esquerdo
Coxo Femural	Flexão		
	Extensão		
	Adução		
	Abdução		
	Rotação interna		
	Rotação externa		
	Circundação		
Joelho	Flexão		
	Extensão		
Tíbio Társica	Flexão plantar		
	Flexão dorsal		
	Inversão		
	Eversão		
Dedos	Flexão		
	Extensão		
	Adução		
	Abdução		

Amplitude articular:

Tónus muscular: AVALIAÇÃO DA ESPASTICIDADE – Escala de Ashworth Modificada**Coordenação dos Movimentos:****Equilíbrio:**Sentado:De pé:**Marcha:****Avaliação Funcional:****ESCALA DE AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO:**

	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Tomar banho				
Entra e sai do chuveiro				
Obtém objectos para o banho				
Consegue água				
Abre a torneira				
Regula a temperatura da água				
Regula o fluxo da água				
Lava-se no chuveiro				
Lava o corpo				
Seca o corpo				
Outro				
Vestir-se ou despir-se				
Escolhe as roupas				
Retira as roupas da gaveta e do armário				
Segura as roupas				
Veste as roupas na parte superior do corpo				
Veste as roupas na parte inferior do corpo				
Despe as roupas na parte superior do corpo				
Despe as roupas na parte inferior do corpo				
Abotoa as roupas				
Desabotoa as roupas				
Usa cordões para amarrar				
Usa fechos				
Calça as meias				
Descalça as meias				
Calça os sapatos				
Descalça os sapatos				
Outro				
Alimentar-se				
Prepara os alimentos para a ingestão				
Abre recipientes				
Utiliza utensílios				
Coloca o alimento nos utensílios				
Pega no copo ou chávena				
Leva os alimentos à boca com os utensílios				
Bebe por copo ou chávena				
Coloca os alimentos na boca				
Conclui uma refeição				
Arranjar-se				
Penteia ou escova os cabelos				
Aplica maquilhagem				
Cuida das unhas				
Usa um espelho				
Cuidar da higiene pessoal				
Lava as mãos				

Aplica desodorizante				
Limpa a área do períneo				
Limpa as orelhas				
Mantém o nariz desobstruído e limpo				
Mantém a higiene oral				
Auto-elevar				
Levantar parte do corpo				
Usar o sanitário				
Ocupa e desocupa o sanitário				
Tira as roupas				
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira				
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar				
Ergue-se da sanita				
Ajusta as roupas após a higiene íntima				
Transferir-se				
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão				
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama				
Virar-se				
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro				
Usar a cadeira de rodas				
Movimenta o corpo de um lado para o outro em				
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com				
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros				

Avaliação da Deglutição:

Estado de alerta:

Peças dentárias:

Local:

Posição/postura na refeição:

Pares cranianos:

V:

VII:

IX:

X:

XI:

XII:

Apêndice II:
Estudo de caso – D. R

Histórico de Enfermagem: Avaliação Inicial

Nome: D. R

Data de Nascimento: 09/12/1924

Idade: 91 anos

Sexo: Feminino

Etnia: Leucodérmica

Naturalidade: Lisboa

Residência: Lisboa

Profissão: Reformada (Doméstica)

Estado Civil: viúva (há 6 anos)

Condições de habitação e acessibilidade: vive numa habitação social num apartamento no 1º andar, de construção do ano de 2000, com elevador e cerca de 5 degraus à entrada até chegar à porta do prédio. A casa tem 5 divisões sem degraus, havendo carpetes e tapetes na sala, nos quartos e corredores. A casa é arejada, e aparentemente sem humidade excessiva.

Habilitações Literárias: 4ª classe.

Antecedentes Pessoais: HTA, Parkinson, Doença Osteoarticular Degenerativa, AVC isquémico em 2013 da Artéria Cerebral Média e Obesidade

Exposição a Poluentes: nega

Agregado familiar: D. R e o filho

Prestador de Cuidados: filho de 70 anos.

Profissão: Reformado (Decorador de Interiores)

Habilitações Literárias: 4ª classe.

Terapêutica Ambulatório:

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	HORÁRIO
Tromalyt	150mg	P.O.	12h
DomperiD.	10mg	P.O.	9h, 12h e 19h
Esomeprazol	20mg	P.O.	jejum
Lercarnidipina	20mg	P.O.	9h
Sinemet	25mg + 250 mg	P.O.	9h, 12h e 19h
Lorazepam	1mg	P.O.	9h e 19h
Mirtazapina	15mg	P.O.	22h
Ramipril	1,25mg	P.O.	jejum

Zolpidem	10mg	P.O	deitar
----------	------	-----	--------

Alergias: Desconhece

Hábitos aditivos: Nega.

Diagnósticos Médico: Parkinson e AVC Isquémico da ACM esquerda.

História Pessoal

A D. R de 91 anos, de raça caucasiana, viúva de estatura média (altura 1,70m), obesa (peso: 96 Kg) vive num bairro social com o filho (solteiro), sendo o único parente próximo. A D. R está vígil, bem-disposta e colaborante. Apresenta fâcies algo inexpressivo, contudo consegue sorrir e mantém o humor. Refere que, às vezes, tem insónias.

Refere que o único suporte familiar que tem é do único filho (Sr. L) e este é o Prestador de Cuidados. O Sr L tem ajuda da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (por insuficiência de rendimentos) no fornecimento de alimentação e prestação de cuidados de higiene. É o cuidador principal desde a morte o pai. Esta família não tem recebido visitas de outros familiares que vivem nos arredores de Lisboa e esporadicamente é visitada pelos vizinhos.

Ao longo dos últimos cinco anos com a progressão da doença e o processo de envelhecimento têm diminuído a sua interação social e família, assim como na capacidade de execução do Autocuidado. A bradicinesia e tremor condicionou-lhe a execução das tarefas domésticas. Está reformada há mais de 15 anos. Mantém desejo de permanecer no próprio domicílio. Gosta do apoio domiciliário.

É seguida na consulta de neurologia num hospital do central de Lisboa com participação assídua. Cumpre medicação prescrita.

História de Doença Atual

Nos últimos dois anos o desempenho do Autocuidado da D. R ficou mais condicionado devido a um AVC isquémico. Além disto, a sintomatologia da doença de Parkinson e a restrição da mobilidade proporcionaram-lhe maior vulnerabilidade no processo de transição. Desta forma, o filho assumiu-se como cuidador.

O Prestador de Cuidados e as pessoas do apoio domiciliário demonstram volição e capacidade em participar no processo de Reabilitação. O Sr. L refere que vai a rua regularmente e socialmente continua a reunir-se com os amigos (nos encontros religiosos). Refere, ainda, que sente-se bem em cuidar da mãe, apesar de ser a única alternativa. Nega sentir-se cansado ou stress. A sua capacidade cognitiva mantém-se íntegra.

O encaminhamento para a ECCI foi devido à última consulta de Neurologia em Outubro do presente ano devido à agudização e manifestação da família na alteração da capacidade em desempenhar o Autocuidado. A manifestação da sintomatologia do Parkinson, nomeadamente, do tremor (mais evidente no MS direito), o desequilíbrio de pé, dificuldade em andar e a atrofia muscular condicionam o autocuidado no Alimentar-se, Vestir/despir, Uso do sanitário, Andar, Transferir-se da cama para a cadeira e em Cuidar da Higiene Pessoal. É a primeira vez que participa num programa de Reabilitação, no domicílio.

Exames complementares de diagnósticos realizados anteriormente:

TAC CE (2014 - relatório):

“ ...padrão de leucariosis compatível com a idade e atrofia cerebral... área de enfarte antigo no território da ACM esquerda com redução da área isquémica em relação à última TAC....”

1.3. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

Estado de consciência e orientação: Vígil, orientada (tempo, espaço e pessoa), colaborante e comunicativa. Segundo a escala de Glasgow apresenta um score de 15. Pupilas isoreativas e isocóricas.

Atenção e Memória: Sem alterações significativas, pela pesquisa de achados por questões específicas. Na avaliação da memória recente recorreu-se a exercícios de pesquisa do que se passou no dia anterior como refeições, tarefas feitas, visitas, telefonemas e verificou-se alguns/escassos lapsos de memória. Relativamente à memória a longo prazo verifica-se a conservação desta memória e atestada pelo filho (referiu corretamente eventos da infância, juventude e vida adulta e familiar). Mantém memória não declarativa conservada para as ABVD.

Linguagem: sem alterações: discurso verbal fluente com débito de palavra regular, compreende ordens simples e complexas, identifica objectos por confrontação visual (6/6) assim como preserva a sua funcionalidade e repetição (6/6). Agrafia.

Negligência: Sem negligência no teste de barragem e desenho espontâneo (relógio).

Pares Cranianos:

Pares Cranianos		02/12/2015
M- mantido D- diminuído A - ausente NA- não avaliável		
I – Olfactivo	Fechar os olhos e identificar odores (canela, café), bilateralmente.	M

II – Óptico	Fechar um dos olhos, avaliar campo visual (60º em relação à linha média e a 40º da linha nasal para dentro). Repetir Bilateralmente.	M
III – Óculo-motor	Seguir o dedo do enfermeiro que irá desenhar um “H”. Pesquisar Ptose palpebral e movimento de adução.	M
IV – Troclear/Patético		
VI- Motor Ocular Externo/Abducente	Pesquisar rotação do olho. Simetria dos movimentos oculares (abdução)	M M
V – Trigêmeo	Sensibilidade táctil, térmica e dolorosa nas 3 regiões Verificar contração dos maceteres bilateralmente	M
VII – Facial	Sorrir, assobiar e franzir o sobrolho encerrando firmemente as pálpebras. Sulco Nasogeniano presente. Dizer “pah”	M
VIII – VestibuloCoclear/Acústico	Acuidade auditiva de olhos fechados (roçar os dedos junto ao ouvido) Equilíbrio estático e dinâmico Tonturas e ou vertigens	M D D
IX – Glossofaríngeo	Reconhecer sabores como o doce e salgado. Verificar sielorreia.	M
X – Vago	Verificar reflexo do vômito e tosse. Dizer “cah” Alterações do tom de voz ou presença de rouquidão	M
XI – Espinhal	Força muscular dos ombros e da cabeça bilateralmente.	M
XII – Hipoglosso	Diferentes movimentos da língua e com contra a resistência. Dizer “tah”	M

Sensibilidade:

Superficial: sem alterações. Sente o frio e quente, dor e toque em todo o corpo.

Profunda: sem alterações. Sente pressão e identifica as posições corretas do corpo. Reconhece e distingue objetos.

Motricidade:

Presença de bradicinesia (lentificação dos movimentos)

Hipocinesia (movimentos de pequena amplitude)

Força Muscular (segundo a escala *Medical Research of Council*):

Segmentos	Movimentos	Avaliação Força Muscular	
Cabeça e Pescoço	Flexão	5	
	Extensão	5	
	Flexão lateral esquerdo	5	
	Flexão lateral direito	5	
	Rotação	5	
Membro Superior		Direito	Esquerdo
	Flexão	4	4+
	Extensão	4	4+
	Adução	4	4+

Escapulo-umeral	Abdução	4	4+
	Rotação interna	4	4+
	Rotação externa	4	4+
	Circundação	4	4+
	Elevação	4	4+
	Depressão	4	4+
Cotovelo	Flexão	4	4+
	Extensão	4	4+
Antebraço	Pronação	4	4+
	Supinação	4	4+
Punho	Flexão palmar	4	4+
	Dorsi flexão	4	4+
	Desvio radial	4	4+
	Desvio cubital	4	4+
	Circundação	4	4+
Dedos	Flexão	4	4+
	Extensão	4	4+
	Adução	4	4+
	Abdução	4	4+
	Circundação do polegar	4	4+
	Oponência do polegar	4	4+
Membro inferior		Direito	Esquerdo
Coxo Femural	Flexão	4+	5
	Extensão	4+	5
	Adução	4+	5
	Abdução	4+	5
	Rotação interna	4	5
	Rotação externa	4	5
	Circundação	4	5
Joelho	Flexão	4	5
	Extensão	4	5
Tíbio Társica	Flexão plantar	4	5
	Flexão dorsal	4	5
	Inversão	4	5
	Eversão	4	5
Dedos	Flexão	4	5
	Extensão	4	5
	Adução	4	5
	Abdução	4	5

Amplitude articular

A avaliação da amplitude articular não foi efetuada com recurso ao goniómetro uma vez que dado o historial da utente, as suas comorbilidade e o já haver diminuição da amplitude articular em todas as articulações do corpo.

Tónus muscular: tónus ligeiramente diminuído em todos os segmentos musculares.

AVALIAÇÃO DA ESPASTICIDADE – Escala de Ashworth Modificada				
Data	Membro superior		Membro inferior	
	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
09/12/2015	0	0	0	0

Coordenação dos Movimentos: Membros superiores: Prova dedo-nariz com decomposição do movimento e tremor, mas toca no nariz. Prova dos movimentos alternados sem alterações. Membros inferiores: Prova calcanhar Joelho sem alterações. Teste Barany: sem alterações.

Equilíbrio:

Sentado: Apresenta equilíbrio estático e dinâmico conservado.

De pé: Apresenta desequilíbrio estático e dinâmico.

Não consegue rodar sobre si. Alcança objetos sentada quando reclina para a frente. Não foram avaliados os restantes itens da escala de Berg pois não são aplicáveis nesta fase da reabilitação.

Marcha: anda com ajuda de pessoa, aparentemente sem desvio da linha de marcha. Teve quedas no último ano sem lesão Neurológica ou fratura. Os braços não apresentam o normal movimento pendular alterado com os MI. Tipo de marcha: atáxica. Não sobe nem desce escadas.

Avaliação Funcional: O estado funcional da D. R foi avaliado pela ESCALA DE AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO:

	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Tomar banho				
Entra e sai do chuveiro		X		
Obtém objectos para o banho		X		
Consegue água				X
Abre a torneira		X		
Regula a temperatura da água				X
Regula o fluxo da água				X
Lava-se no chuveiro		X		
Lava o corpo		X		
Seca o corpo		X		
Outro				
Vestir-se ou despir-se				
Escolhe as roupas				X
Retira as roupas da gaveta e do armário		X		

Segura as roupas				X
Veste as roupas na parte superior do corpo		X		
Veste as roupas na parte inferior do corpo	X			
Despe as roupas na parte superior do corpo		X		
Despe as roupas na parte inferior do corpo	X			
Abotoa as roupas		X		
Desabotoa as roupas		X		
Usa cordões para amarrar	X			
Usa fechos	X			
Calça as meias	X			
Descalça as meias	X			
Calça os sapatos	X			
Descalça os sapatos	X			
Outro				
Alimentar-se				
Prepara os alimentos para a ingestão		X		
Abre recipientes			X	
Utiliza utensílios		X		
Coloca o alimento nos utensílios		X		
Pega no copo ou chávena				X
Leva os alimentos à boca com os utensílios		X		
Bebe por copo ou chávena		X		
Coloca os alimentos na boca				X
Conclui uma refeição		X		
Arranjar-se				
Penteia ou escova os cabelos		X		
Aplica maquilhagem		X		
Cuida das unhas		X		
Usa um espelho		X		
Cuidar da higiene pessoal				
Lava as mãos		X		
Aplica desodorizante		X		
Limpa a área do períneo	X			
Limpa as orelhas		X		
Mantém o nariz desobstruído e limpo		X		
Mantém a higiene oral		X		
Auto-elevar				
Levantar parte do corpo		X		
Usar o sanitário				
Ocupa e desocupa o sanitário		X		
Tira as roupas		X		
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira		X		
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar		X		
Ergue-se da sanita		X		
Ajusta as roupas após a higiene íntima		X		
Transferir-se				
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão		X		
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama		X		
Virar-se				
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro		X		
Usar a cadeira de rodas				
Movimenta o corpo de um lado para o outro em		NA		
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com		NA		
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros		NA		

A utente recusa usar a cadeira de rodas, logo não se aplicam os critérios de avaliação.

Avaliação da Deglutição:

Estado de alerta: vígil e orientada

Peças dentárias: Sem dentes. Não usa prótese dentária.

Local: faz as refeições na sala (algumas vezes faz na cama)

Posição/postura na refeição: na sala de jantar faz a refeição sentada e no quarto em posição de Fowler.

Pares cranianos:

V: contrai os maceteres bilateralmente.

VII: diz “pah”, ligeira assimetria labial e facial, consegue assobiar:

IX: sem Siorreia, reconhece sabores.

X: simetria da úvula. Sem difonia ou rouquidão. Diz “cah”.

XI: segura e controla a cabeça e pescoço.

XII: simetria da língua e diz “tah”.

Pele, mucosas e tegumento: ligeiramente pálidas e ligeiramente desidratada (sinal da prega +) sem cianose. Sem lesões na pele ou úlceras por pressão (Score de 17 na escala de Bradden – anexo 1).

Dedos da mão: unhas ligeiramente quebradiças. Tremores na mão esquerda.

Edemas: sem edemas ou sinais de alteração da circulação nos MI.

Dados Subjetivos:

- Tosse: presente, esporadicamente, mista, mais frequente pela manhã.
- Expetoração: esporadicamente, mucosa, fluida.
- Dispneia (escala de borg mod): 0
- Cansaço (escala de 0 a 10): 4
- Toracalgia: nega, 0 (de 0 a 10).

Dados Objetivos

- Inspeção Estática: tipo de tórax: cifose: com inclinação anterior do tronco e ombros ligeiramente elevados, com estado nutricional de obesidade e desenvolvimento muscular adequado;
- Inspeção Dinâmica: Apresenta Frequência Respiratória que oscila entre os 16 e 19 ciclos/min com ritmo regular, de padrão misto (com maior predomínio: tórax), com amplitude diminuída bilateralmente sem recurso a músculos acessórios;
- Palpação: Apresenta diminuição da expansibilidade bilateral do tórax;
- Percussão: som normal à percussão em todo tórax;
- Sinais vitais: TA: 119/82 mm/Hg FC: 88 bpm Sat. periférica em ar ambiente de 97% TT:36,8°C

- Auscultação Pulmonar:

		D	E
Murmúrio Vesicular (Mantido, Diminuído Ausente)	1/3 sup	M	M
	1/3 méd	M	M
	1/3 inf	D	D
Ruídos Adventícios (Roncos, Sibilos, Fervores, crepitações, atritos pleurais)	1/3 sup	-	-
	1/3 méd	-	-
	1/3 inf	-	-

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM REABILITAÇÃO

A D. R vive uma transição que abrange um conjunto de alterações fisiológicas, corporais e da interação dos papéis no seu meio familiar com impacto no seu bem-estar, nomeadamente na execução das ABVD assim como o seu filho, enquanto pessoa responsável pelo cuidado da D. R. A progressão da doença de base (Parkinson) aliada ao AVC nos últimos anos assim como os processos naturais do envelhecimento expõem a utente a uma maior vulnerabilidade, como abordou Meleis (2012) no seu modelo das transições, com impacto na manutenção do Autocuidado referido na Teoria Geral do Autocuidado por Orem (2001). Estas mudanças resultam de uma menor capacidade de auto satisfação das necessidades e implicam que a D. R incorpore novas estratégias de gestão do seu estado de saúde, participando no programa de reabilitação para que se ajuste à sua condição de saúde (Meleis, 2012). Assim, importa compreender que a cliente vive um processo transaccional do tipo saúde/doença e de desenvolvimento na adaptação ao envelhecimento assim como o seu filho experiencia uma transição de desenvolvimento na adaptação ao envelhecimento e enquanto cuidador enquadra-se vive uma transição situacional (Meleis, 2012).

A reabilitação tem como objetivo minimizar os problemas motores, ajudando o cliente a manter a independência para realizar as atividades de vida diária, com vista à melhoria da sua qualidade de vida. Com o exercício e conseqüente aumento da mobilidade poderá modificar-se a progressão da doença e impedir contracturas e deformidades, melhorar e/ou manter a amplitude de movimento, retardar a atrofia por desuso e a fraqueza muscular, promover a expansibilidade pulmonar e a mobilidade torácica, e ainda melhora a auto-estima (Campos *et al*, 2009; Medeiros *et al*, 2012).

Em suma, o papel do EEER é agir como um agente facilitador do Autocuidado, maximizando as potencialidades da D. R e prestador de cuidados assim como restaurando os seus níveis de autocuidado, tendo em conta o contexto social e familiar (Meleis, 2012; Orem, 2001). Neste sentido, segue-se o plano descritivo dos diagnósticos, intervenções e avaliação do processo de cuidados, em linguagem CIPE versão 2.0:

Plano de Cuidados

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de Enfermagem
<p>- Cansaço Atual (I: 02/12/2015);</p> <p>- Limpeza das vias aéreas Ineficaz (I: 02/12/2015 F: 09/01/2016);</p> <p>Dependência no Autocuidado em:</p> <p>- Cuidar da Higiene Pessoal;</p> <p>- Transferir-se</p> <p>- Vestir/Despir;</p> <p>- Alimentar-se;</p> <p>- Marcha;</p>	<p>- Corrigir defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e a ventilação alveolar;</p> <p>- Promover a fluidificação e a mobilização das secreções;</p> <p>- Preservar a amplitude articular dos MI, MS e do pescoço;</p> <p>- Melhorar a força muscular nos segmentos corporais: MS, e MI;</p> <p>- Melhorar a performance músculo esquelética com vista a prevenir lesões osteoarticulares;</p> <p>- Manter a motivação para a aquisição de maior autonomia nas ABVD, nomeadamente andar e alimentar-se;</p>	<p><u>A 02/12/2015:</u></p> <p>- Avaliar performance pulmonar: dispneia, cansaço, alterações do sono, inspeção estática e dinâmica, palpação, percussão e auscultação pulmonar;</p> <p>- Avaliar parâmetros vitais, com saturação periférica, mensalmente;</p> <p>- Executando cinesiterapia respiratória:</p> <p style="padding-left: 20px;">- Instruir e treinar a D. R a adoptar posições de descanso e relaxamento;</p> <p style="padding-left: 20px;">- Instruir e treinar sobre o controlo e dissociação dos tempos respiratórios (lábios semicerrados na expiração como se tivesse a soprar uma vela sem a apagar e inspiração pelo nariz como se tivesse a cheirar uma flor);</p> <p style="padding-left: 20px;">- Instruir e treinar exercícios de reeducação diafragmáticos e costais (adaptados à mobilidade e condição da D. R);</p> <p>- Informar a D. R sobre a importância de realizar uma ingestão hídrica adequada no sentido de prevenir secura das mucosas e fluidificação de secreções;</p> <p>- Incentivar a D. R a tossir;</p> <p>- Otimizar técnica da Tosse Dirigida;</p> <p>- Planejar atividade física;</p> <p>- Avaliar o nível de dependência da D. R através da ESCALA DE AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO;</p> <p>- Vigiar estado consciência da D. R;</p> <p>- Ensinar, Instruir e treinar técnica de transferência da cama para a cadeira e para posição de sentada (levantar da cama com carga no cotovelo);</p> <p>- Ensinar sobre adequar a alimentação e consistência à dentição da utente;</p> <p>- Ensinar sobre instrumentos adaptativos para a alimentação.</p> <p>- Treinar treino de equilíbrio corporal de pé e sentada (estático e dinâmico);</p>

<p>- Posicionar-se</p> <p>- Uso do sanitário; (I: 02/12/2015)</p> <p>Risco de rigidez articular: presente (I: 02/12/2015)</p> <p>Equilíbrio corporal Comprometido (I: 02/12/2015)</p> <p>Elevado Risco de Queda (I: 02/12/2015)</p>	<p>- Melhorar o controlo e coordenação dos movimentos dos MS;</p> <p>- Identificar estratégias que a levem a utente a ser capaz de realizar atividades de forma mais autónoma no posicionar-se, marcha e alimentar-se.</p> <p>- Melhorar o equilíbrio corporal de pé;</p>	<p>- Ensinar sobre gestão de riscos: adaptação do domicílio para andar (remover carpetes, tapetes e outros materiais que potenciem o risco de queda);</p> <p>- Ensinar, instruir e treinar a D. R na técnica de marcha apoiada em pessoa e auxiliar de marcha;</p> <p>- Executar exercícios de fortalecimento muscular ativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bilateralmente (flexão/extensão, adução/abdução dos dedos da mão; flexão/extensão, rotação e oposição do polegar; desvio/cubital e flexão/ extensão do punho; pronação e supinação do antebraço; flexão/extensão do cotovelo; adução/abdução, flexão/extensão, elevação/depressão, rotação interna e externa da articulação do ombro; flexão/extensão dos dedos do pé; eversão/inversão tibiotársica; dorsiflexão/flexão plantar; flexão/extensão da articulação do joelho; flexão/extensão, abdução/adução e circundação da articulação coxofemoral). <p>- Fornecer reforço positivo;</p> <p>- Integrar o PC nos cuidados e assistentes de cuidados ao domicílio;</p> <p><u>A 16/01/2015 acrescenta-se e ajusta-se as seguintes intervenções:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruir e Treinar motricidade fina: apanhar feijões, apertar botões, exercícios de escrita; - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-resistido nos MS. - Treino de fortalecimento muscular da mão e dedos, bilateral com mola; - Escutar a D. R; - Ensinar, instruir e treinar sobre automobilizações; - Ensinar, instruir e treinar sobre atividades terapêuticas: ponte e rolamento; - Instruir e treinar exercícios de controlo e coordenação de movimentos (com recurso a materiais de escrita – exercícios de motricidade fina);
---	---	---

		<p><u>A 09/01/2016 acrescenta-se as seguintes intervenções:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre uso de dispositivos produtos de apoio (substituir esponja de banho por escova, usar um banco anti aderente no banho); - Ensinar, Instruir e Treinar técnicas de adaptação para autocuidado vestuário (estratégias de abotoar e desabotoar botões com a mão esquerda, substituir botões pequeno por maiores); <p><u>A 11/01/2016 acrescenta-se as seguintes intervenções:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruir sobre recurso a produtos de apoio no posicionar-se na cama e cadeira; - Ensinar sobre técnicas de alívio de pressão (<i>push-up</i>) na posição de sentada.
<p>Avaliação:</p> <p><u>02/12/2015</u></p> <p>A D. R mantém-se vigil, orientada, colaborante e motivada.</p> <p>A D. R não inspira pelo nariz como se tivesse a cheirar uma flôr, no entanto expira com os lábios semi-cerrados como se tivesse a soprar uma vela. Após exercícios de cinesiterapia a utente apresentou tosse produtiva que deglutiou as secreções. Refere que vai melhorar a ingestão hídrica para 1 copo de água às principais refeições.</p> <p>A utente demonstra ter apreendido a técnica de levantar com a carga no cotovelo assim como a apoiar-se na pessoa para passar para a posição de bípede. Necessita de ligeira ajuda na transferência destas posições. A D. R refere que vai transmitir às assistente de cuidados ao domicílio que a sua dieta deverá ser pastosa ou mole. A utente consegue pegar no garfo e colher e levar comida até à boca com a mão esquerda, mas sente-se cansada com necessidade de parar algumas vezes. Não consegue alimentar-se através do MS direito.</p> <p>Apresenta equilíbrio sentada (estático e dinâmico) e em pé desequilíbrio dinâmico e estático. A D. R recusa retirar a tapete da sala, referindo que tem um valor sentimental. Ela e o filhos acordaram que é relevante remover-se o tapete do quarto, a tapete do corredor e sapatos ou sacos que estejam no circuito de marcha da D. R. Fez séries de 10 repetições nos exercícios de fortalecimento muscular sem dor ou cansaço exagerado. Refere que irá repetir estes exercícios ao longo do dia. No treino de marcha percorreu-se um corredor, apoiada em pessoa.</p> <p><u>04/12/2015</u></p> <p>A D. R mantém-se vigil, orientada, colaborante e motivada.</p> <p>Referiu melhoria ao longo do dia do cansaço e expectoração após os exercícios respiratórios.</p> <p>A D. R mantém dificuldade na dissociação dos tempos respiratórios. Após exercícios de cinesiterapia a utente apresentou tosse produtiva que deglutiou as secreções. Refere que bebe 1 copo de água às principais refeições. Faz transferência da posição de deitada para posição de sentada na cama com carga no cotovelo assim como apoia-se na pessoa para passar para a posição de bípede. Mantém necessidade de ligeira ajuda na transferência destas posições. A D. R refere que a dieta foi alterada para é mole.</p> <p>Mantém equilíbrio sentada (estático e dinâmico) e em pé desequilíbrio dinâmico e ligeiro desequilíbrio estático. A casa da D. R mantém a tapete da sala e foram removidos o tapete do quarto, a tapete do corredor e sapatos e sacos que estavam no circuito de marcha da D. R. Fez séries de 12 repetições nos exercícios de força muscular, sem dor ou cansaço exagerado. Refere que faz às vezes estes exercícios ao longo do dia. No treino de marcha</p>		

percorreu-se um corredor e sala apoiada em pessoa. Recusa andarilho.

16/12/2015

A D. R mantém-se vigil, orientada, colaborante e motivada.

Referiu manutenção da melhoria do cansaço ao longo do dia e escassos acessos de tosse.

A D. R mantém dificuldade na dissociação dos tempos respiratórios. Após exercícios de cinesioterapia a utente apresenta-se melhorada da tosse produtiva que deglutiou as secreções. Refere manter a ingestão hídrica. Mantém transferência da posição de deitada para posição de sentada na cama com carga no cotovelo assim como apoia-se na pessoa para passar para a posição de bípede. Mantém necessidade de ligeira ajuda na transferência destas posições. Mantém equilíbrio sentada (estático e dinâmico) e em pé desequilíbrio dinâmico e melhoria do equilíbrio estático. A casa da D. R mantém-se com a tapete na sala e sem obstáculos no circuito de marcha. Tolerou o incremento de resistência (peso de 0,5Kg) nos exercícios de fortalecimento muscular dos MS com séries de 12 repetições sem dor ou cansaço exagerado. Refere que faz às vezes estes exercícios ao longo do dia, sem resistências. No treino de marcha percorreu-se dois corredores e a sala, apoiada em pessoa. Mantém recusa do andarilho.

A D. R foi instruída para executar duas vezes por dia os exercícios de motricidade fina (apanhar feijões), exercícios com a mola e automobilizações. Refere ainda que vai executar ao longos dos dias os exercícios de controlo e coordenação de movimentos.

09/01/2016

A D. R mantém-se sem alterações do estado neurológico e motivação.

Referiu apresentar escassos acessos de tosse. A D. R mantém dificuldade na dissociação dos tempos respiratórios. Refere manter a ingestão hídrica. Faz transferência da posição de deitada para posição de sentada na cama com carga no cotovelo, com de ajuda de pessoa e apoia-se na pessoa para passar para a posição de bípede.

Mantém equilíbrio sentada (estático e dinâmico) e equilíbrio estático em pé e ligeiro desequilíbrio dinâmico nesta posição. Mantém tolerância aos exercícios ativos resistidos (peso de 0,5Kg) dos MS com séries de 12 repetições sem dor ou cansaço exagerado. Refere que faz às vezes estes exercícios ao longo do dia, sem resistências. Reforçou-se importância da prática regular destes exercícios. No treino de marcha percorreu-se dois corredores e a sala, apoiada em pessoa. Recusa andarilho. A D. R refere que executar uma vez por dia os exercícios de motricidade fina (apanhar feijões), exercícios com a mola e as automobilizações às vezes. Acrescenta ainda que executa o exercícios da ponte e rolamento quando esta na cama. Fez alguns exercícios de controlo e coordenação de movimentos.

A D. R concordou com utilização de um banco antiderrapante nos cuidados de higiene. Faz treino de abotoar botões, com alguma dificuldade.

11/01/2016

A D. R mantém-se sem alterações do estado neurológico e motivação.

Referiu apresentar escassos acessos de tosse. Faz transferência da posição de deitada para posição de sentada na cama com carga no cotovelo e apoia-se na pessoa para passar para a posição de bípede.

Mantém equilíbrio sentada (estático e dinâmico) e equilíbrio estático em pé e ligeiro desequilíbrio dinâmico. Mantém tolerância aos exercícios ativos resistidos (peso de 0,5Kg) dos MS com séries de 12 repetições sem dor ou cansaço exagerado. Programa-se aumento das repetições para 15. Refere que faz às vezes estes exercícios ao longo do dia, sem resistências. No treino de marcha percorreu-se dois corredores e a sala duas vezes, apoiada em pessoa. Mantém recusa no andarilho. A D. R refere que executar uma vez por dia os exercícios de motricidade fina (apanhar feijões), exercícios com a

mola e as automobilizações às vezes. A D. R consegue pegar no garfo e colher e levar comida até à boca com a mão esquerda e já usa, às vezes a direita para comer. Melhorada do tremor no MS direito.

A D. R usa nos cuidados de higiene um banco antiderrapante. Mantém alguma dificuldade em abotoar botões. Recusa utilizar dispositivos de apoio para posicionar-se na cama. Executa exercícios de alívio de pressão quando esta sentada eficazmente.

27/01/2016

A D. R mantém-se sem alterações do estado neurológico e motivação. Cansaço ligeiramente melhorado (valor de 2 na escala de Borg).

Sem tosse. Mantém dificuldade na dissociação dos tempos respiratórios. Faz transferência da posição de deitada para posição de sentada na cama com carga no cotovelo e apoia-se na pessoa para passar para a posição de bípede.

Mantém equilíbrio sentada (estático e dinâmico) e equilíbrio estático em pé e ligeiro desequilíbrio dinâmico. Mantém tolerância aos exercícios ativos resistidos (peso de 0,5Kg) dos MS com séries de 15 repetições sem dor ou cansaço exagerado. Refere que faz às vezes estes exercícios ao longo do dia, com resitências. No treino de marcha percorreu-se dois corredores e a sala duas vezes, apoiada em pessoa. A D. R refere que executar uma vez por dia os exercícios de motricidade fina (apanhar feijões), exercícios com a mola e as automobilizações às vezes. Fez exercícios de escrita. Consegue pegar no garfo e colher e levar comida até à boca com a mão direita para comer. Melhorada do tremor no MS direito.

A D. R participa nos cuidados de higiene na metade superior do corpo. Consegue abotoar botões. Recusa utilizar dispositivos de apoio para posicionar-se na cama. Executa exercícios de alívio de pressão quando esta sentada eficazmente.

<p>Potencial para melhorar conhecimento do Prestador (02/12/2015)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Otimizar o conhecimento do Sr. L sobre estratégia de promoção do autocuidado da D. R em: <ul style="list-style-type: none"> - marcha - alimentar-se - posicionar-se - transferir-se - Prevenir a ocorrência de stress, ou bournout no Sr L e lesões osteoarticulares; 	<p><u>A 02/12/2015:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimentos e capacidade do Sr e assistente dos cuidados ao domicilio nas tarefas de autocuidado descritas; - Informar sobre alteração da alimentação e consistência da dieta; - Ensinar, instruir e treinar o PC na técnica de marcha apoiando a pessoa; - Informar o PC sobre gestão de riscos: adaptação do domicilio para andar (remover carpetes, tapetes e outros materiais que potenciem o risco de queda); - Escutar o Sr L e assistente de cuidados domiciliários; <p><u>A 16/12/2015 acrescenta-se as seguintes intervenções:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar, Instruir e treinar o PC no levante da cama com carga no cotovelo e transferência para posição de pé da D. R;
--	---	---

		<p>- Informar o PC sobre estratégias de coping;</p> <p><u>A 09/01/2016 acrescenta-se as seguintes intervenções:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar, instruir e treinar o PC sobre exercícios de motricidade fina assim como controlo e coordenação de movimentos; - Ensinar, instruir e Treinar técnicas de adaptação para autocuidado vestuário; - Ensinar, o PC, sobre recurso a instrumentos no posicionar-se; - Informar sobre uso de dispositivos produtos de apoio (substituir esponja de banho por escova, usar um banco anti aderente no banho); <p><u>A 11/01/2016 acrescenta-se as seguintes intervenções:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar, instruir e treinar o PC sobre exercícios musculares ativos resistidos nos MS. - Fornecer panfleto informativo sobre exercícios musculares; - Elogiar o desempenho de papel de PC;
<p>Avaliação: <u>02/12/2015</u> O Sr L é uma pessoa interessada e participativa nos cuidados. Demonstra interesse em cuidar da mãe. Nega stress ou cansaço extremo, no entanto reconhece que cuidar de uma pessoa dependente é desgastante. O Sr L concordou com a alteração da dieta e que irá comunicar aos responsáveis do apoio domiciliário. O PC tem capacidade para auxiliar a D. R e demonstra ter aprendido a técnica de marcha apoiada em pessoa. O Sr L e D. R concordaram em melhorar o circuito de marcha removendo o tapete do quarto, a carpete do corredor e evitar ter sacos e sapatos nos locais de passagem para reduzir o risco de queda, contudo respeita a decisão da mãe em não remover-se a carpete da sala.</p> <p><u>16/12/2015</u> O Sr L mantém-se interessada e participativo nos cuidados. Nega stress ou cansaço extremo. O Pc refere que a dieta foi alterada para mole. O PC executa, corretamente, o apoio na técnica de marcha assim como na ajuda na transferência da cama para a posição de bípede. O circuito de marcha já não apresenta o tapete do quarto, a carpete do corredor e não há sacos e sapatos nos locais de passagem. O Sr. Refere que vai a rua regularmente ver os amigos e às compras. Além disto participa ativamente nas cerimónias da sua religião (jeová). Fez-se reforço da importância da manutenção destas estratégias de coping.</p> <p><u>09/01/2016</u> O Sr L mantém-se interessada e participativo nos cuidados. Nega stress ou cansaço extremo.</p>		

O PC executa, corretamente, o apoio na técnica de marcha assim como na ajuda na transferência da cama para a posição de bípede. Mantém o circuito de marcha sem obstáculos propícios a quedas. O Sr L demonstra ter percebido a importância dos exercícios de motricidade para a D. R assim como incentiva-la a executá-lo ao longo do dia. Reconhece ainda a importância de adaptar o vestuário (refere que vai preferir roupas com botões mais largos ou fixes ou velcro) e do treino de abotoar botões.

O PC reconhece que poderia ser uma ajuda na promoção da autonomia no posicionar-se o recurso a técnicas de ajuda, mas respeita a decisão da mãe assim como nos cuidados de higiene. O Sr. L refere que tem saído regularmente à rua e reunido com os amigos.

11/01/2016

O Sr L mantém-se interessada e participativo nos cuidados. Nega stress ou cansaço extremo.

Executa, corretamente, o apoio na técnica de marcha assim como na ajuda na transferência da cama para a posição de bípede. Mantém o circuito de marcha sem obstáculos propícios a quedas. O Sr L refere que incentiva a D. R a executar os exercícios de motricidade fina, ao longo do dia. O Sr L demonstra capacidade e conhecimento do programa de exercícios ativos resistidos para a D. R. Refere a importância repeti-los ao longo do dia e que vai incentivar a mãe. O Sr. L refere que tem saído regularmente à rua.

27/01/2016

O Sr L mantém-se interessada e participativo nos cuidados. Nega stress ou cansaço extremo.

Executa, corretamente, o apoio na técnica de marcha assim como no apoio na transferência da cama para a posição de bípede. Mantém o circuito de marcha sem obstáculos. O Sr L refere que incentiva a D. R a executar os exercícios de motricidade, controlo e coordenação de movimento, ao longo do dia. Incentiva a mãe no treino de abotoar botões. Refere que relembra a D. R para executar o programa de exercícios ativos resistidos. O Sr. L refere que tem saído regularmente à rua.

Avaliação do programa

Ao dia 27/01/2016, verifica-se que o programa de Reabilitação negociado teve impacto positivo nas ABVD da D. R. Ao nível da sintomatologia do Parkinson constata-se melhoria substancial do tremor do MS direito e da motricidade fina, avaliados pela comparação dos exercícios efetuados e pela verbalização da utente. Apesar da D. R recusar andar com andarilho, anda apoiada em pessoa o que permite-lhe deslocar-se até ao WC e sala para efetuar as refeições com o filho. Relativamente ao equilíbrio, está ligeiramente melhorada do equilíbrio na posição de pé assim como apresenta ligeira melhoria da força muscular. Mantém a amplitude articular mas melhorou o cansaço, como atesta a escala de Borg Modificada.

Apesar da reavaliação dos parâmetros neurológicos não apresentar uma diferença significativa, destaca-se que o programa permitiu, à D. R, adaptar-se ao processo de transição, melhorando o Autocuidado a nível da Transferência, Cuidar da Higiene pessoal, Alimentar-se e Vestir/despír, avaliados através da ESCALA DE AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO. O instrumento de avaliação realça o ganho em saúde ao nível da alimentação, uma vez que a utente apenas necessita de ajuda para preparar a refeição, sendo independente nos restantes parâmetros.

O Prestador de Cuidados integrou os novos conhecimentos e adquiriu capacidade para continuar a responder às necessidades da D. R. Estes conhecimentos e capacidades podem contribuir para minimizar os efeitos adversos do cuidar de pessoa dependente, como o stress, isolamento e exaustão. O Sr L sai de casa diariamente para visitar os amigos, ir às compras e participar nas cerimónias da sua religião. De seguida, expõe-se a comparação dos ganhos em saúde com impacto nas ABVD da D. rosa pela ESCALA DE AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO:

	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Tomar banho				
Entra e sai do chuveiro		XX		
Obtém objectos para o banho		XX		
Consegue água				XX
Abre a torneira		X		X
Regula a temperatura da água				XX
Regula o fluxo da água				XX
Lava-se no chuveiro		XX		
Lava o corpo		XX		
Seca o corpo		XX		
Vestir-se ou despír-se				
Escolhe as roupas				XX
Retira as roupas da gaveta e do armário		XX		
Segura as roupas				XX
Veste as roupas na parte superior do corpo		XX		

Veste as roupas na parte inferior do corpo	XX			
Despe as roupas na parte superior do corpo		XX		
Despe as roupas na parte inferior do corpo	XX			
Abotoa as roupas		X		X
Desabotoa as roupas		X		X
Usa cordões para amarrar	XX			
Usa fechos	X	X		
Calça as meias	XX			
Descalça as meias	XX			
Calça os sapatos	XX			
Descalça os sapatos	XX			
Alimentar-se				
Prepara os alimentos para a ingestão		X	X	
Abre recipientes			X	X
Utiliza utensílios		X		X
Coloca o alimento nos utensílios		X		X
Pega no copo ou chávena				XX
Leva os alimentos à boca com os utensílios		X		X
Bebe por copo ou chávena		X		X
Coloca os alimentos na boca				XX
Conclui uma refeição		X		X
Arranjar-se				
Penteia ou escova os cabelos		XX		
Aplica maquilhagem		XX		
Cuida das unhas		XX		
Usa um espelho		XX		
Cuidar da higiene pessoal				
Lava as mãos		X		X
Aplica desodorizante		XX		
Limpa a área do períneo	XX			
Limpa as orelhas		XX		
Mantém o nariz desobstruído e limpo		X		X
Mantém a higiene oral		XX		
Auto-elevar				
Levantar parte do corpo		X	X	
Usar o sanitário				
Ocupa e desocupa o sanitário		XX		
Tira as roupas		XX		
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira		XX		
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar		XX		
Ergue-se da sanita		XX		
Ajusta as roupas após a higiene íntima		XX		
Transferir-se				
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão		X	X	
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama		X	X	
Virar-se				
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro		XX		

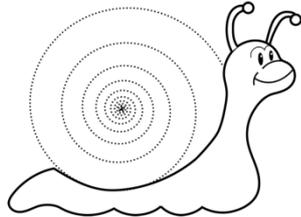
X – AVALIAÇÃO A 02/12/2015

X – AVALIAÇÃO A 27/01/2016

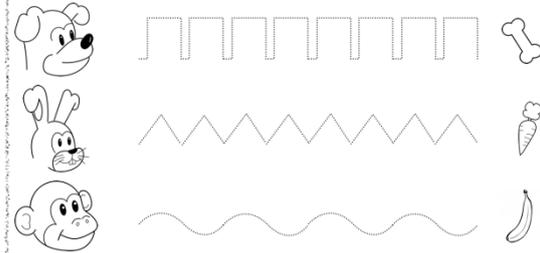
Exercícios – Motricidade fina

Encontre a letra e depois venha comigo fazer piruletas!

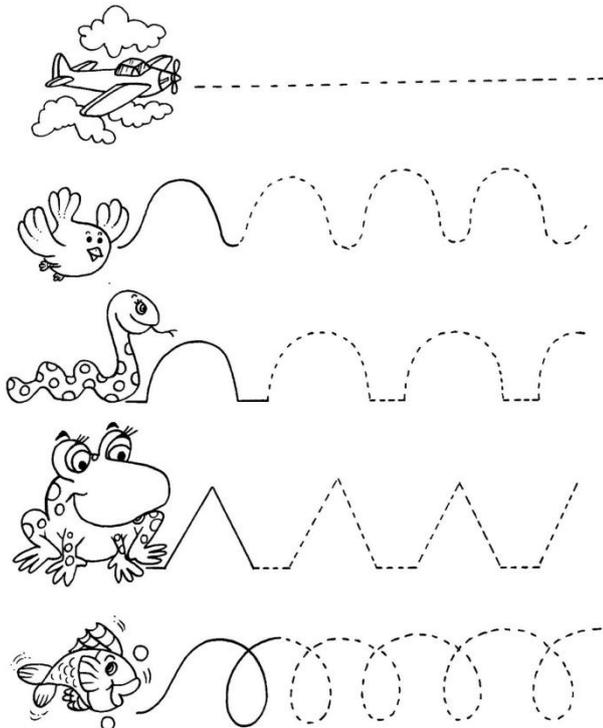
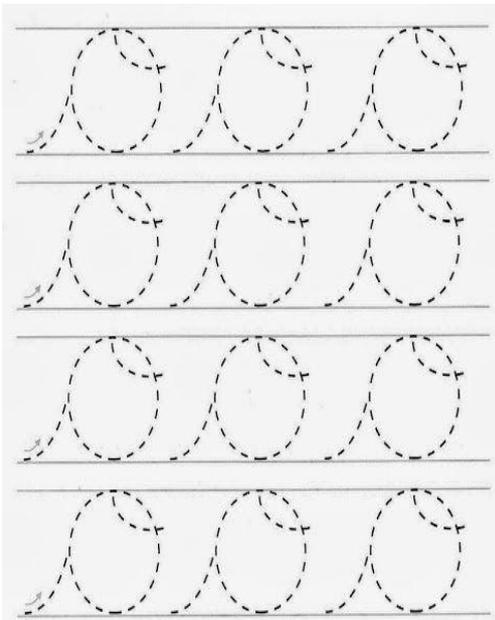
1. TERMINE DE DESENHAR O CARACOL COBRINDO OS PONTILHADOS QUE FORMAM O SEU CASCO:

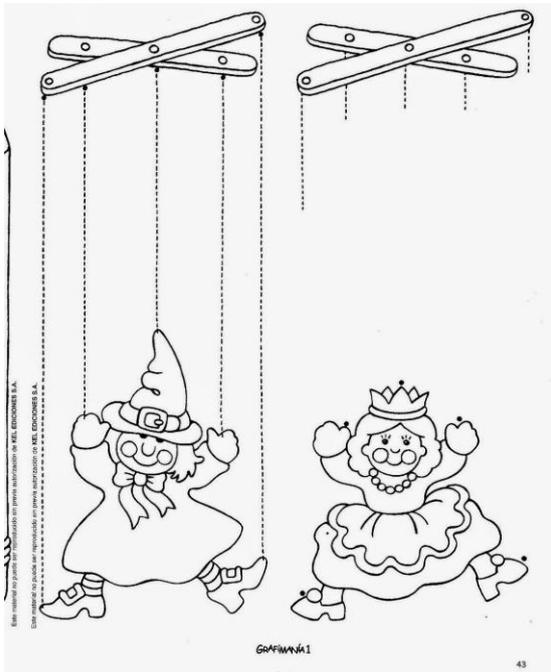


2. AJUDE OS ANIMAIS A CHEGAREM AS SUAS COMIDAS FAVORITAS COBRINDO OS PONTILHADOS QUE UNEM ELES AOS ALIMENTOS:

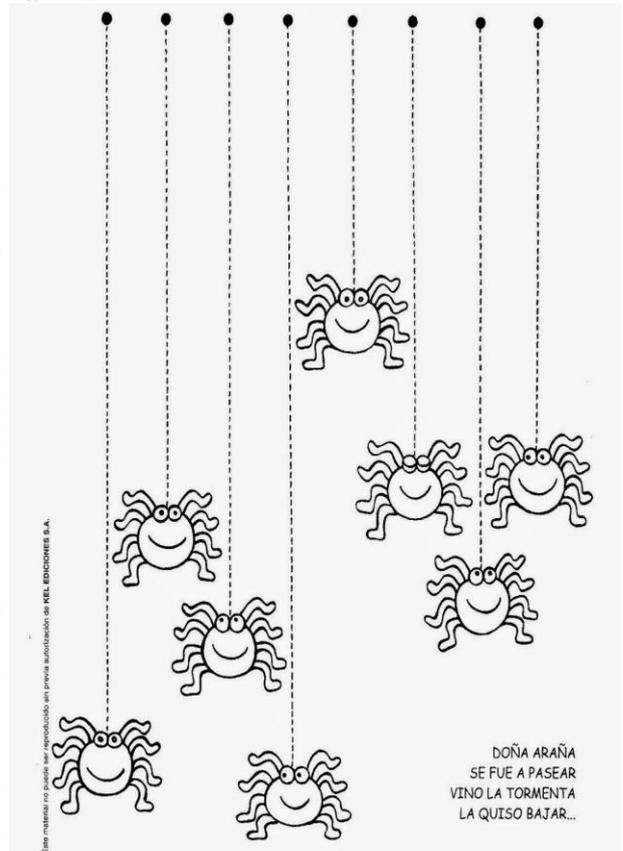
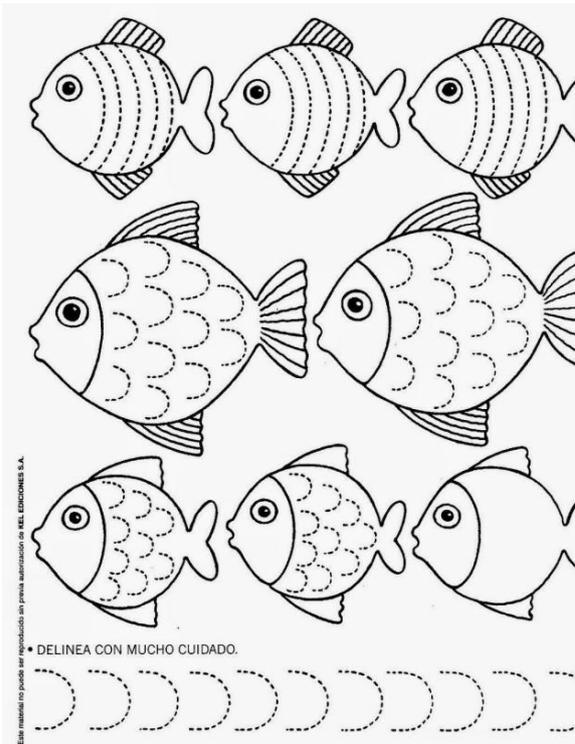


Vamos ligar os pontilhados?





Passar por cima dos grafismos seguindo as indicações da seta.
 •Utilizar um instrumento de ponta fina (marcador, lápis).



DOÑA ARAÑA
 SE FUE A PASEAR
 VINO LA TORMENTA
 LA QUIISO BAJAR...

Apêndice III:
Estudo de caso - D. AC

Histórico de Enfermagem: Avaliação Inicial

Nome: D. AC

Data de Nascimento: 06/08/1964

Idade: 51 anos

Sexo: Feminino

Etnia: Leucodérmica

Naturalidade: Lisboa

Residência: Lisboa

Profissão: Agente de Viagens

Estado Civil: União de facto

Condições de habitação e acessibilidade: vive num prédio de construção recente, no apartamento do 3º andar, com elevador e cerca de 5 degraus entre a entrada e elevador. A casa tem 5 divisões sem degraus, havendo carpetes na sala, no entanto inexistentes nos quartos e corredores. A casa é arejada, e aparentemente sem humidade excessiva.

Habilitações Literárias: 12º ano. Curso de Turismo.

Antecedentes Pessoais: HTA.

Exposição a Poluentes: Fumadora de 25 UMA

Outros Fatores de Risco: stress e sedentarismo

Agregado familiar: D. AC e o companheiro

Prestador de Cuidados: companheiro de 55 anos.

Profissão: agente de viagens **Habilitações Literárias:** 12º ano.

Terapêutica Ambulatório:

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	HORÁRIO
Tromalyt	150mg	P.O.	12h
Esomeprazol	20mg	P.O.	jejum
Captopiril	25mg	P.O.	9H e 19h
Paroxetina	20mg	PO	9h
Lorazepam	2,5mg	PO	22h

Alergias: Desconhece

Hábitos aditivos: 1 copo de vinho às refeições.

Diagnósticos Médico: AVC Hemorrágico do Cerebelo à Esquerda.

História Pessoal

A D. AC de 51 anos, de raça caucasiana, de estatura média (altura 1,60m e peso de 55Kg), vive em união de facto num bairro calmo com o companheiro que está pouco presente no dia-dia por motivos profissionais. Tem uma filha que vive com a avó.

Antes do episódio de AVC a utente era independente e trabalhadora ativa numa agência de viagens. Refere que gosta do que faz e gostaria de regressar ao trabalho.

A D. AC está vígil, algo ansiosa e expectante relativamente à recuperação das sequelas do AVC. Antes deste episódio refere que era uma pessoa bem-disposta e ativa, no entanto desde o AVC que tem progredido de forma positiva do estágio de depressão. Refere ainda que está com vontade de participar no programa de reabilitação e o companheiro e a filha são os principais apoios, no entanto não estão muito presentes por questões laborais e de estudos.

A utente tem ajuda da Paróquia da sua freguesia para a alimentação e cuidados de higiene. Refere que recebe poucas visitas, dos familiares, vizinhos ou amigos, no entanto refere que a cunhada e irmão demonstram-se interessados em saber notícias do sobre a evolução do seu estado de saúde.

É acompanhada no médico de família de forma regular e é assídua nas consultas. É independente na gestão do regime terapêutico, nomeadamente na medicação: prepara e toma às horas corretas a medicação, no entanto a alimentação é rica em fritos e pobre em legumes (ingerindo saladas e peixe 3 a 4 vezes por semana). Não pratica exercício físico e tem uma vida sedentária.

História de Doença Atual

A 19 de Novembro de 2015 a D. AC recorreu ao SU de um Hospital central de Lisboa por quadro de cefaleias com instalação súbita, associado a visão turva, tonturas e vômitos. No Serviço de Urgência verificou-se nistagmo vertical com dextroversão do olhar. Apresentava ainda desvio da marcha para a esquerda. Fez TAC CE que revelou um extenso AVC hemorrágico do hemisfério cerebeloso à esquerda, com moldagem do 4º Ventrículo. Foi internada na unidade de AVC com ECGlasgow de 15 e ao segundo dia de internamento com ECGlasgow de 13, repete TAC que verifica-se aumento da extensão da hemorragia com efeito de massa com indicação cirúrgica. Foi submetida a drenagem do hematoma e colocou-se drenagem ventricular externa. No pós-operatório verificou-se a existência de hemiparesia direita. Após o internamento hospitalar esteve de 17 de Dezembro de 2015 a 9 de Janeiro de 2016 numa unidade Convalescença.

Exames complementares de diagnósticos realizados anteriormente:

TAC CE (19-11-2015 - relatório):

“...extenso AVC hemorrágico do hemisfério cerebeloso esquerdo, com moldagem do 4º ventrículo com ligeiro desvio da linha média e sem efeito de massa.”

Eco Doppler Carotídeo (21-11-2015 - relatório):

“... Fluxo sanguíneo nas artérias carótidas internas normal sem placas ateromatosas, sem repercussão homodinâmica...”

Eco Doppler Trans-Craniano (21-11-2015 - relatório):

“... Placas ateromatosas sem repercussão hemodinâmica na artéria Basilar com trajeto irregular...”

Eletrocardiograma (19-11-2015):

Ritmo Sinusal com FC de 87 bpm. Sem sinais de isquemia cardíaca.

ANÁLISES DE SANGUE:

Hb: 13g/dl

INR: 1,8

Plaquetas: 200 x10⁹

Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

Estado de consciência e orientação: Vígil, orientada (tempo, espaço e pessoa), colaborante. Segundo a escala de Glasgow apresenta um score de 15. Pupilas isoreativas e isocóricas. Refere-se algo ansiosa e deprimida.

Atenção e Memória: Sem alterações, pela pesquisa de achados por questões específicas. Na avaliação da memória recente recorreu-se a exercícios de pesquisa do que se passou no dia anterior como refeições, tarefas feitas, visitas, telefonemas. Relativamente à memória a longo prazo verifica-se a conservação desta memória e atestada pelo companheiro (referiu correctamente eventos da infância, juventude e vida adulta e familiar). Mantém memória não declarativa conservada para as ABVD.

Linguagem: apresenta discurso verbal lentificado com períodos de hesitação (redução do débito de palavras) e dificuldade em completar frases por períodos, compreende ordens simples e algumas complexas, identifica objetos por confrontação visual (6/6) assim como preserva a nomeação e repetição (6/6). Agrafia. Capacidade de leitura íntegra, no entanto refere que não consegue ler mais que uma linha.

Negligência: Sem negligência no teste de barragem e desenho espontâneo (relógio).

Pares Cranianos:

Pares Cranianos		19/01/2016
M- mantido D- diminuído A - ausente NA- não avaliável		
I – Olfactivo	Fechar os olhos e identificar odores (canela, café), bilateralmente.	M
II – Óptico	Fechar um dos olhos, avaliar campo visual (60º em relação à linha média e a 40º da linha nasal para dentro). Repetir Bilateralmente.	M
III – Óculo-motor	Seguir o dedo do enfermeiro que irá desenhar um “H”.	M
IV – Troclear/Patético	Pesquisar Ptose palpebral e movimento de adução.	M
VI- Motor Ocular Externo/Abducente	Pesquisar rotação do olho.	M
	Simetria dos movimentos oculares (abdução)	M
V – Trigémeo	Sensibilidade táctil, térmica e dolorosa nas 3 regiões	M
	Verificar contração dos maceteres bilateralmente	
VII – Facial	Sorrir, assobiar e franzir o sobrolho encerrando firmemente as pálpebras. Sulco Nasogeniano presente. Dizer “pah”	D
VIII – VestibuloCoclear/Acústico	Acuidade auditiva de olhos fechados (roçar os dedos junto ao ouvido)	M
	Equilíbrio estático e dinâmico	D
	Tonturas e ou vertigens	D
IX – Glossofaringeo	Reconhecer sabores como o doce e salgado. Verificar sielorreia.	M
X – Vago	Verificar reflexo do vômito e tosse. Dizer “cah”	M
	Alterações do tom de voz ou presença de rouquidão	
XI – Espinhal	Força muscular dos ombros e da cabeça bilateralmente.	M
XII – Hipoglosso	Diferentes movimentos da língua e com contra a resistência. Dizer “tah”	M

Sensibilidade:

Superficial: sem alterações. Sente o frio e quente, dor e toque em todo o corpo.

Profunda: sem alterações. Sente pressão e identifica as posições corretas do corpo. Reconhece, distingue objetos e refere a sua utilidade/função (5/5).

Motricidade:

Força Muscular (segundo a escala de Lower):

Segmentos	Movimentos	Avaliação Força Muscular
-----------	------------	--------------------------

Cabeça e Pescoço	Flexão	5	
	Extensão	5	
	Flexão lateral esquerdo	5	
	Flexão lateral direito	5	
	Rotação	5	
Membro Superior		Direito	Esquerdo
Escapulo-umeral	Flexão	4	5
	Extensão	4	5
	Adução	4	5
	Abdução	4	5
	Rotação interna	4	5
	Rotação externa	4	5
	Circundação	4	5
	Elevação	4	5
	Depressão	4	5
Cotovelo	Flexão	4	5
	Extensão	4	5
Antebraço	Pronação	4	5
	Supinação	4	5
Punho	Flexão palmar	4	5
	Dorsi flexão	4	5
	Desvio radial	4	5
	Desvio cubital	4	5
	Circundação	4	5
Dedos	Flexão	4	5
	Extensão	4	5
	Adução	4	5
	Abdução	4	5
	Circundação do polegar	4	5
	Oponência do polegar	4	5
Membro inferior		Direito	Esquerdo
Coxo Femural	Flexão	4+	5
	Extensão	4+	5
	Adução	4+	5
	Abdução	4+	5
	Rotação interna	4	5
	Rotação externa	4	5
	Circundação	4	5
Joelho	Flexão	4	5
	Extensão	4	5
Tíbio Társica	Flexão plantar	4	5
	Flexão dorsal	4	5
	Inversão	4	5
	Eversão	4	5
Dedos	Flexão	4	5
	Extensão	4	5
	Adução	4	5
	Abdução	4	5

Amplitude articular

Sem alteração da amplitude articular em todos os segmentos articulares do corpo.

Tónus muscular: tónus muscular mantido em todos os segmentos.

AVALIAÇÃO DA ESPASTICIDADE – Escala de Ashworth Modificada				
Data	Membro superior		Membro inferior	
	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
19/01/2016	0	0	0	0

Coordenação dos Movimentos: Membros superiores: Prova dedo-nariz com ligeira decomposição do movimento (ligeira dismetria), mas toca no nariz à direita e normal à esquerda. Membros inferiores: Prova calcanhar Joelho sem alterações. Teste Barany: sem alterações.

Equilíbrio:

Sentado: Apresenta equilíbrio estático e dinâmico conservado.

De pé: Apresenta ligeiro desequilíbrio estático e desequilíbrio dinâmico.

Segundo a escala de Berg, apresenta desequilíbrio ligeiro na rotação de si. Ligeiro desequilíbrio na transferência da posição de sentado para posição de bípede. Alcança objetos sentada quando reclina para a frente.

Marcha: anda com apoio em mobília ou corrimão momentaneamente, sem desvio da linha de marcha. Sem quedas. Os braços não acompanham o normal movimento do MI de forma alternada. Sobe e desce escadas com apoio. Algum desequilíbrio na mudança de direção e velocidade de marcha.

Avaliação Funcional: O estado funcional da D. AC foi avaliado pela Escala de Avaliação do Nível de Dependência no Autocuidado:

	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Tomar banho				
Entra e sai do chuveiro			X	
Obtém objectos para o banho				X
Consegue água				X
Abre a torneira				X
Regula a temperatura da água				X
Regula o fluxo da água				X
Lava-se no chuveiro			X	
Lava o corpo			X	
Seca o corpo				X
Outro				

Vestir-se ou despir-se				
Escolhe as roupas				X
Retira as roupas da gaveta e do armário				X
Segura as roupas				X
Veste as roupas na parte superior do corpo				X
Veste as roupas na parte inferior do corpo			X	
Despe as roupas na parte superior do corpo				X
Despe as roupas na parte inferior do corpo			X	
Abotoa as roupas				X
Desabotoa as roupas				X
Usa cordões para amarrar		X		
Usa fechos				X
Calça as meias			X	
Descalça as meias			X	
Calça os sapatos			X	
Descalça os sapatos				X
Outro				
Alimentar-se				
Prepara os alimentos para a ingestão		X		
Abre recipientes				X
Utiliza utensílios				X
Coloca o alimento nos utensílios				X
Pega no copo ou chávena				X
Leva os alimentos à boca com os utensílios				X
Bebe por copo ou chávena				X
Coloca os alimentos na boca				X
Conclui uma refeição				X
Arranjar-se				
Penteia ou escova os cabelos				X
Aplica maquilhagem				X
Cuida das unhas				X
Usa um espelho				X
Cuidar da higiene pessoal				
Lava as mãos				X
Aplica desodorizante				X
Limpa a área do períneo				X
Limpa as orelhas				X
Mantém o nariz desobstruído e limpo				X
Mantém a higiene oral				X
Auto-elevar				
Levantar parte do corpo				X
Usar o sanitário				
Ocupa e desocupa o sanitário				X
Tira as roupas				X
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira				X
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar				X
Ergue-se da sanita				X
Ajusta as roupas após a higiene íntima				X
Transferir-se				
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão				X
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama				X
Virar-se				
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro				X
Usar a cadeira de rodas				N/A

Avaliação da Deglutição:

Estado de alerta: vígil e orientada

Peças dentárias: dentição algo fragilizada e com falta de algumas peças dentárias. Não usa prótese dentária.

Local: faz as refeições na sala e cozinha

Posição/postura na refeição: sentada.

Pares cranianos:

V: contrai os maceteres bilateralmente.

VII: diz “pah”, ligeira assimetria labial e facial, consegue assobiar:

IX: sem Siorreia, reconhece sabores.

X: Simetria da úvula. Sem difonia ou rouquidão. Diz “cah”.

XI: segura e controla a cabeça e pescoço.

XII: simetria da língua e diz “tah”.

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM REABILITAÇÃO

A D. AC vive uma transição que abrange um conjunto de alterações fisiológicas, corporais e da interação dos papéis no seu meio familiar com impacto no seu bem-estar, nomeadamente na execução das ABVD. O episódio de doença aguda AVC impôs à utente uma transição no seu estado de saúde, como abordou Meleis (2012) no seu modelo das transições, com impacto na manutenção do Autocuidado referido na Teoria Geral do Autocuidado por Orem (2001). Estas mudanças resultam de uma menor capacidade de auto satisfação das necessidades básicas, o que implica que a D. AC incorpore novas estratégias de gestão do seu estado de saúde. A participação no programa de reabilitação é o caminho de ajuda para que a utente ajustar-se à sua nova condição de saúde (Meleis, 2012). Assim, importa compreender que a cliente vive uma transição do tipo saúde/doença devido às sequelas do AVC (Meleis, 2012).

A reabilitação tem como objetivo minimizar os problemas motores, ajudando o cliente a manter a independência para realizar as atividades de vida diária, com vista à melhoria da sua qualidade de vida. Com o exercício e conseqüente aumento da mobilidade poderá modificar-se a progressão da doença e impedir contracturas e deformidades, melhorar e/ou manter a amplitude de movimento, retardar a atrofia por desuso e a fraqueza muscular, promover a mobilidade torácica, e ainda melhora a auto-estima (Campos *et al*, 2009; Medeiros *et al*, 2012).

Em suma, o papel do EEER é agir como um agente facilitador do Autocuidado, maximizando as potencialidades da D. AC e prestador de cuidados assim como restaurando os seus níveis de autocuidado, tendo em conta o contexto social e familiar (Meleis, 2012; Orem, 2001). Neste sentido, segue-se o plano descritivo dos diagnósticos, intervenções e avaliação do processo de cuidados, em linguagem CIPE versão 2.0:

Plano de Cuidados

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de Enfermagem
<p>Dependência no Autocuidado em:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidar da Higiene Pessoal; - Alimentar-se; - Marcha; <p>(I: 20/01/2015)</p> <p>Equilíbrio corporal Comprometido</p> <p>(I: 20/01/2015)</p> <p>Elevado Risco de Queda</p> <p>(I: 20/01/2015)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a força muscular nos segmentos corporais do hemicorpo direito e manter a força do hemicorpo esquerdo; - Manter a motivação para a aquisição de maior autonomia nas ABVD, nomeadamente andar, alimentar-se e cuidar da higiene pessoal; - Melhorar o controlo e coordenação dos movimentos dos MS, nomeadamente a nível da escrita; - Mantém a participação social e familiar o mais ativa possível; - Melhorar o equilíbrio corporal de pé para que possa executar a marcha de forma independente 	<p><u>A 20/01/2015:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar performance pulmonar: dispneia, cansaço, alterações do sono, inspeção estática e dinâmica, palpação, percussão e auscultação pulmonar; - Avaliar parâmetros vitais, com saturação periférica, mensalmente; - Avaliar o nível de dependência da D. AC através da Escala de Avaliação do Nível de Dependência no Autocuidado; - Vigiar estado consciência da D. AC; - Ensinar sobre gestão de riscos: adaptação do domicílio para andar (remover carpetes, tapetes e outros materiais que potenciem o risco de queda); - Treinar treino de equilíbrio corporal: de pé e sentada (estático e dinâmico) assim como na transferência da posição de sentada para de pé com as mãos cruzadas no peito; - Treinar equilíbrio em circuito com mudanças de posição (ver anexo 1); - Ensinar e instruir sobre estratégias de mudança de direção; - Otimizar, a D. AC, na técnica de marcha; - Treinar subir e descer escadas apoiada no corrimão; - Executar exercícios de fortalecimento muscular ativos/resistidos: <ul style="list-style-type: none"> - Executando técnica de exercício muscular bilateralmente (Adução/ Abdução, flexão/extensão e rotação interna e externa da articulação escapulo-umeral; Flexão/ Extensão da articulação do cotovelo; pronação e supinação do antebraço; desvio/cubital, flexão e extensão do punho; flexão/extensão, adução/abdução, rotação dos dedos da mão e oposição do polegar; flexão/extensão, abdução/adução e rotação da articulação coxofemoral; flexão/extensão da articulação do joelho; Flexão/extensão tibiotársica). - Exercício de ponte; - Fornecer reforço positivo;

<p>Oportunidade de Melhorar Gestão de Regime Terapêutico (I: 20/01/2015)</p>		<p><u>A 26/01/2015 acrescenta-se as seguintes intervenções:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre exercícios para otimizar a motricidade fina: pintar, escrever; - Instruir e Treinar motricidade fina: exercícios de escrita (ver anexo 2); - Ensinar sobre estratégias de melhorar a atenção e raciocínio: ler. - Treinar equilíbrio com bola suíça; - Fornecer documento escrito sobre reeducação da musculatura da face (ver anexo 3); - Informar sobre gestão de regime terapêutico: fatores de risco, alimentação, exercício físico e medicação; - Escutar a D. AC; <p><u>A 02/02/2016 acrescenta-se as seguintes intervenções:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Treinar subir e descer escadas sem apoio no corrimão; - Informar sobre exercícios de escrita (fazer cópias de textos); - Executar exercícios resistidos do MS e MI com pedaleira; - Escutar a D. AC;
<p>Avaliação: <u>20/01/2015:</u> A D. AC está vigil, orientada (T/E/P), colaborante e algo ansiosa. Refere-se deprimida devido à sequelas do AVC. Refere a importância de manter fora do circuito de marcha objetos que propiciem quedas. A utente refere a importância de realizar o treino de equilíbrio diariamente 2x/dia em séries de 10. Executa a mudança de direção faseada, sem tontura ou desequilíbrio. Na marcha o MS não acompanha o MI contralateral. Reforçado ensino. Sobe e desce 4 lanços de escadas com apoio no corrimão com períodos de tropeçar, sem desvio da linha de marcha. Em casa sente necessidade de apoiar-se por períodos na mobília. A D. AC verbaliza a importância de realizar os exercícios de fortalecimento musculares ativos e iniciou-se mobilizações ativas resistidas 2X/dia em séries de 10, com 0,5 Kg. Sem cansaço.</p> <p><u>26/01/2015</u> A D. AC mantém-se vigil, orientada (T/E/P), colaborante e menos ansiosa. Refere que está mais alegre pois já sente melhoria dos défices. A utente refere que tem realizado o treino de equilíbrio no circuito diariamente 2x/dia em séries de 10. Negoceia-se aumento das séries para 15. Executa a mudança de direção faseada, sem tonturas ou desequilíbrio. Na marcha esboça movimento do MS a acompanhar o MI contralateral. Reforçado ensino.</p>		

Sobe e desce 5 lanços de escadas com apoio, intermitente, no corrimão sem tropeçar e sem desvio da linha de marcha. Refere que realizou os exercícios de fortalecimento musculares resistidos 2X/dia em séries de 10, com 0,5Kg. Negoceia-se aumento das séries para 15 e posteriormente aumento de peso para 1Kg.

A D. AC demonstra-se interessada no treino da motricidade fina pela escrita e treino de equilíbrio com bola suíça. Consegue equilibrar-se sentada na bola suíça com acréscimo de movimento dinâmico. A utente refere a importância de mudar hábitos de vida: cessação tabagica, cumprir a medicação, reduzir o sedentarismo e controlo de stress, sendo este fator o mais difícil de gerir, segundo a mesma.

02 e 03/02/2016

A D. AC mantém-se vigil, orientada (T/E/P), colaborante e mais bem disposta. A utente refere que tem realizado o treino de equilíbrio no circuito diariamente 2x/dia em séries de 10 assim como com a bola suíça em séries de 15. Consegue equilibrar-se sentada na bola suíça com acréscimo de movimento dinâmico. Executa a mudança de direção, sem tonturas ou desequilíbrio sem necessidade de fasear o movimento. Na marcha esboça movimento do MS a acompanhar o MI contralateral. Reforçado ensino. Sobe e desce 5 lanços de escadas sem apoio no corrimão sem tropeçar e sem desvio da linha de marcha. Refere que realizou os exercícios de fortalecimento musculares resistidos 2X/dia em séries de 15, com peso de 1Kg.

A D. AC executou os exercícios de motricidade fina de escrita. Pediu para fornecermos mais exercícios. A utente refere que não tem fumado nem sente vontade para tal, cumpre a medicação às horas prescritas e nas doses corretas e refere alimentação equilibradas segundo a roda dos alimentos.

Avaliação do programa

Ao dia 04/02/2016 verifica-se que o programa de Reabilitação negociado teve impacto positivo nas ABVD da D. AC. A utente manteve o estado de consciência (vígil e orientada no T/E/P) com melhoria do estado de humor. Participou assiduamente nas atividades do centro de dia assim como no programa de reabilitação. Relativamente à linguagem verifica-se melhoria da afasia de expressão, agrafia (ver anexo 4) e restauro da capacidade de leitura. No que diz respeito à força muscular mantém força muscular de 5 na escala de Lower em todos os segmentos do hemicorpo esquerdo e pescoço e melhoria da força muscular para valor de 4+ nos movimentos do MS e MI direito. Praticamente resolvida a ligeira dismetria à direita no teste dedo-nariz.

Após três semanas verifica-se melhoria do equilíbrio estático e dinâmico em pé, apresentando capacidade de rodar sobre si de forma íntegra, sem tonturas ou desequilíbrios assim como passa da posição de sentada para de pé sem alterações. Quanto à marcha anda sem apoio de mobília, não necessita de apoio de corrimão no subir e descer escadas e muda de posição sobre si sem tontura ou desequilíbrios.

Assim, esta evolução traduz-se nas ABVD numa melhoria como demonstra a Escala de Avaliação do Nível de Dependência no Autocuidado em seguida e no regresso ao trabalho a tempo parcial:

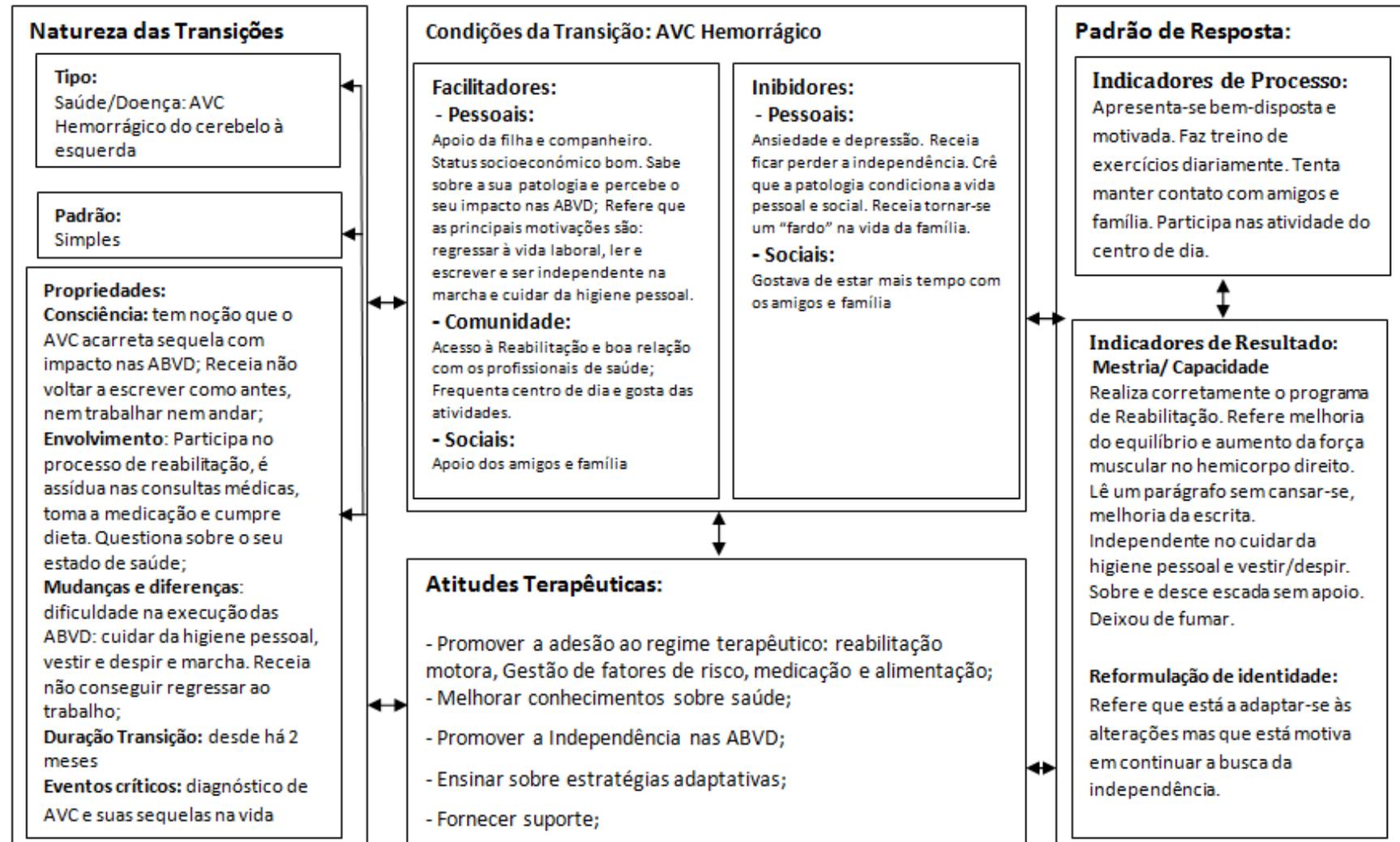
	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Tomar banho				
Entra e sai do chuveiro			X	X
Obtém objectos para o banho				X X
Consegue água				X X
Abre a torneira				X X
Regula a temperatura da água				X X
Regula o fluxo da água				X X
Lava-se no chuveiro			X	X
Lava o corpo			X	X
Seca o corpo				X X
Vestir-se ou despir-se				
Escolhe as roupas				X X
Retira as roupas da gaveta e do armário				X X
Segura as roupas				X X
Veste as roupas na parte superior do corpo				X X
Veste as roupas na parte inferior do corpo			X	X
Despe as roupas na parte superior do corpo				X X
Despe as roupas na parte inferior do corpo			X	X
Abotoa as roupas				X X
Desabotoa as roupas				X X
Usa cordões para amarrar				X
Usa fechos				X X
Calça as meias			X	X
Descalça as meias			X	X
Calça os sapatos			X	X
Descalça os sapatos				X X
Alimentar-se				

Prepara os alimentos para a ingestão		X		X
Abre recipientes				X X
Utiliza utensílios				X X
Coloca o alimento nos utensílios				X X
Pega no copo ou chávena				X X
Leva os alimentos à boca com os utensílios				X X
Bebe por copo ou chávena				X X
Coloca os alimentos na boca				X X
Conclui uma refeição				X X
Arranjar-se				
Penteia ou escova os cabelos				X X
Aplica maquilhagem				X X
Cuida das unhas				X X
Usa um espelho				X X
Cuidar da higiene pessoal				
Lava as mãos				X X
Aplica desodorizante				X X
Limpa a área do períneo				X X
Limpa as orelhas				X X
Mantém o nariz desobstruído e limpo				X X
Mantém a higiene oral				X X
Auto-elevar				
Levantar parte do corpo				X X
Usar o sanitário				
Ocupa e desocupa o sanitário				X X
Tira as roupas				X X
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira				X X
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar				X X
Ergue-se da sanita				X X
Ajusta as roupas após a higiene íntima				X X
Transferir-se				
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão				X X
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama				X X
Virar-se				
Movimenta o corpo, virando-o de um lado para o outro				X X

X – AVALIAÇÃO A 19/01/2015

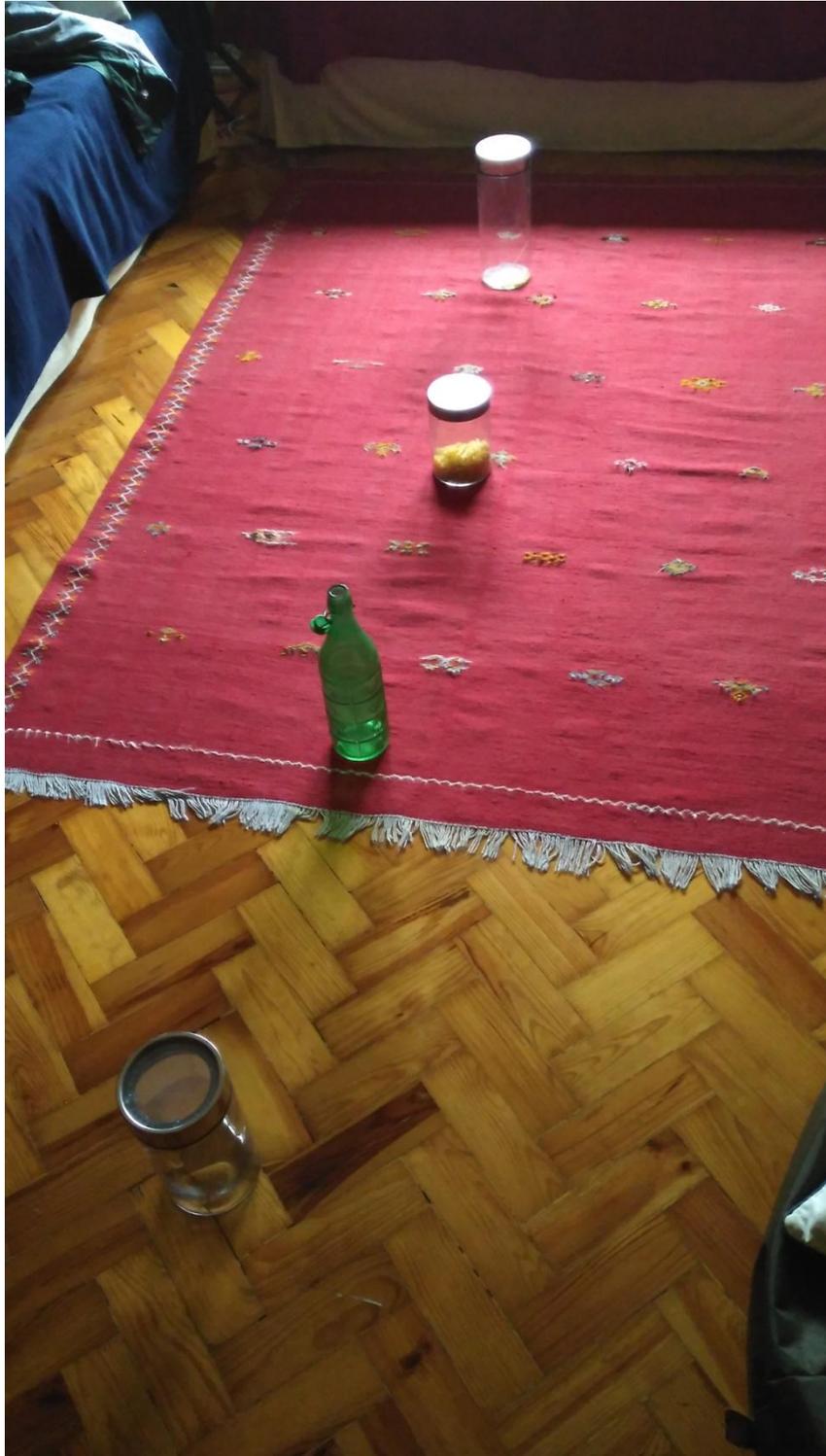
X – AVALIAÇÃO A 04/02/2016

Esquema de Transição segundo Meleis, da D. AC:



ANEXO 1

Exercícios de Equilíbrio em circuito

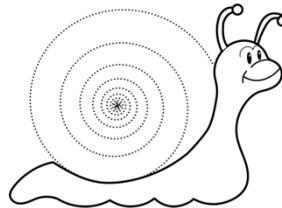


Anexo 2

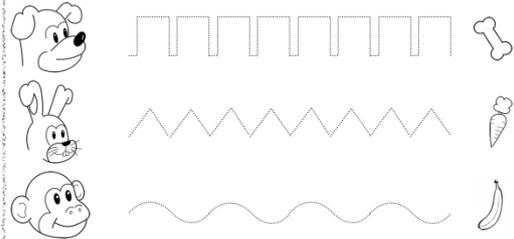
Exercícios de Motricidade Fina



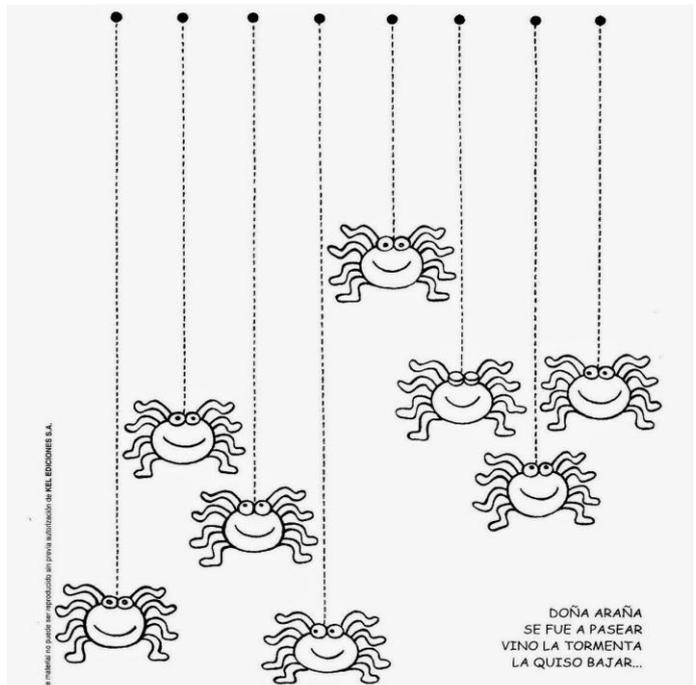
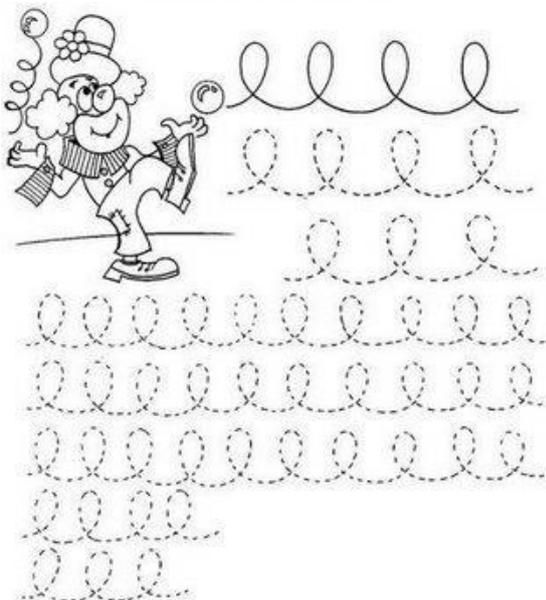
1. TERMINE DE DESENHAR O CARACOL COBRINDO OS PONTILHADOS QUE FORMAM O SEU CASCO:

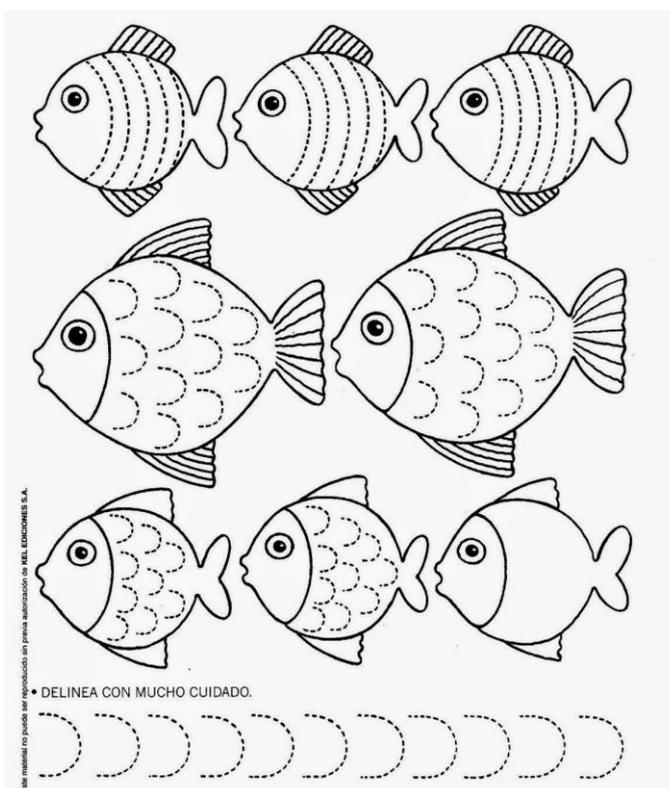
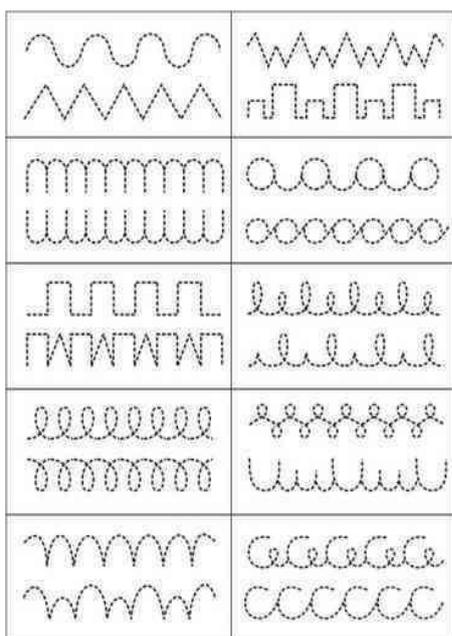


2. AJUDE OS ANIMAIS A CHEGAREM AS SUAS COMIDAS FAVORITAS COBRINDO OS PONTILHADOS QUE UNEM ELES AOS ALIMENTOS:

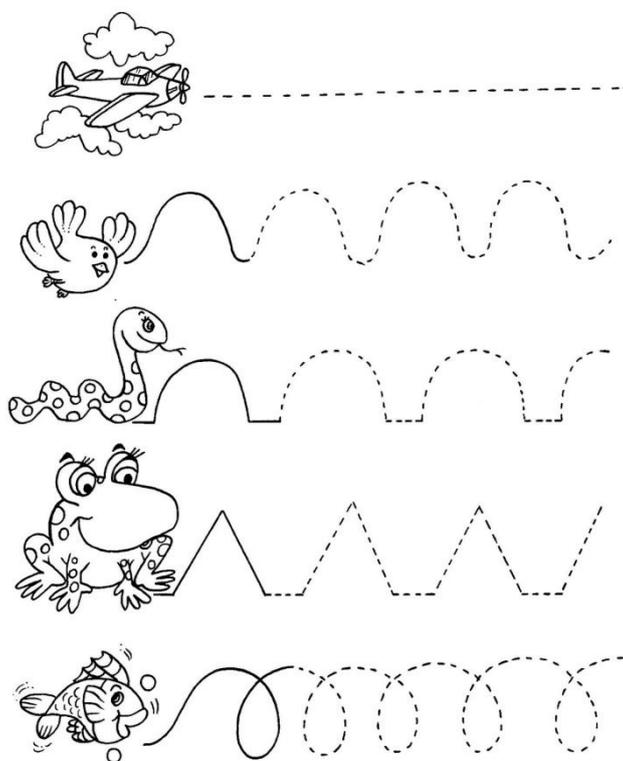


Encontre a letra e depois venha comigo fazer piruletas!



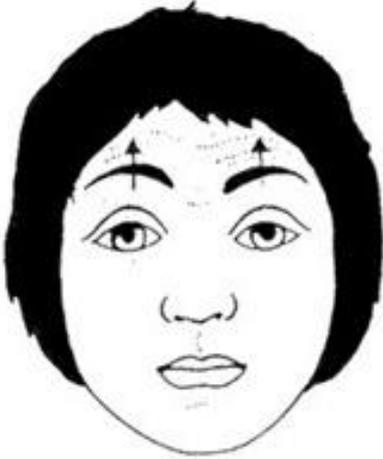


Vamos ligar os pontilhados?



Anexo 3

Exercícios de Fortalecimento da musculatura facial



1 - Levantar as sobrancelhas



2 - Franzir as sobrancelhas



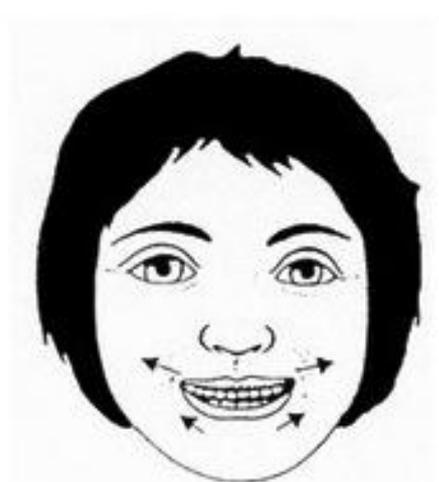
3 - Expressão de mau cheiro, franzir o nariz



4 - Fechar os olhos com força



5 - Aproximar e comprimir os lábios



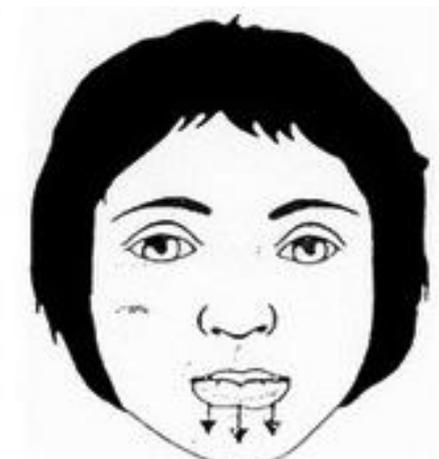
6 - Sorrir mostrando os dentes



7 - Sorrir com os lábios juntos



8 - Soprando (enchendo a bochecha de ar)



9 - Protrusão do lábio inferior

Apêndice IV:
Estudo de caso - D. D

Histórico de Enfermagem: Avaliação Inicial

Nome: D. D

Data de Nascimento: 18/06/1956

Idade: 59 anos

Sexo: Feminino

Etnia: Leucodérmica

Naturalidade: Viseu

Residência: Lisboa

Condições de habitação e acessibilidade: vive num apartamento no 1º andar, de construção dos anos 80, com elevador e cerca de 5 degraus à entrada até chegar à porta do prédio. A casa, segundo a utente, é arejada com luz (com 4 janelas viradas a Este, Sul e Oeste).

Estado Civil: solteira

Habilitações Literárias: 12º ano

Antecedentes Pessoais: HTA; Taquicardia supra ventricular; Excisão de Nódulos Pulmonares (lóbulo superior direito) em 2010.

Exposição a poluentes: Ex Fumadora (dos 16 anos até aos 42 anos de 20UMA).

Agregado familiar: D. D – vive atualmente só.

Pessoa significativa: filha.

Terapêutica Ambulatório:

Beclotaide Forte, 250 microgramas/dose – 2 inalações 2X/dia às 9h e 19h;

Salbutamol – 4 inalações 3X/dia às 9h; 12h e 19h;

Brometo de Ipatrópico - 4 inalações 3X/dia às 9h; 12h e 19h;

Lepicortinolo 20 mg - 1cp ao pequeno-almoço;

sinvastatina 20 mg - 1cp ao jantar;

Bromazepam 3mg - em SOS (ao deitar);

Omeprazol 20 mg - 1 cp dia ao em jejum;

Isoptin 240 mg – 1 cp ao pequeno-almoço.

OLD setting 4 durante 24/h em modo Descontínuo/pulsado (equivalente a O2 a 2l/min);

Alergias: Desconhece

Hábitos aditivos: Bebe esporadicamente, às refeições 1 a 2 copos de vinho.

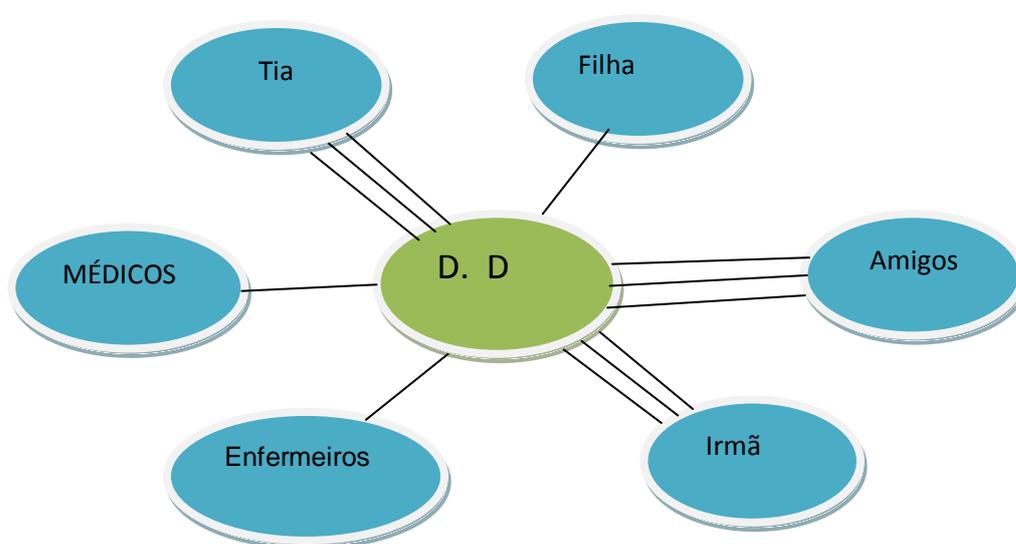
Diagnósticos Médico: Pneumonia do Interstício não especificada Fibrosante.

1.1 História Pessoal

A D. D de 59 anos, de raça caucasiana de estatura média/pequena de 1,47m altura e 66Kg, apresenta-se colaborante, comunicativa e por vezes algo ansiosa devidos às limitações que a doença respiratória que impõe, segundo a mesma. Relativamente ao suporte familiar, refere que vive sozinha, tendo apoio de uma empregada doméstica para executar as tarefas de casa, recebe visitas regularmente de amigos, no entanto refere que gostaria de poder estar mais vezes com eles todavia está condicionada pelo impacto da patologia. Refere ainda que não consegue visitar uma irmã que vive num 2º andar sem elevador e que tem muita dificuldade em visitar uma tia que vive no 1º andar num prédio sem ascensor. A filha visita-a esporadicamente, no entanto preferiu não falar muito sobre a filha.

A doença atual nos últimos 4 anos tem progredido de maneira a condicionar a sua atividade laboral – cantora - assim como na execução das atividades domésticas e ABVD. É seguida na consulta de Pneumologia de 2007, com participação assídua. Nega internamentos nos últimos 2 anos. O ecomapa abaixo representa esquematicamente a interação social da D. D.

Ecomapa:



Legenda:

Intensidade da relação:

/ Casual

/// Muito forte

Nota: O fluxo de energia é simétrico.

1.2. História de Doença Atual

A doença atual resultou de uma Pneumonia atípica, como várias semanas de evolução, em 2007 com impacto ao nível do parênquima intersticial do Pulmão. Após o diagnóstico da patologia, nos últimos 2 anos nega internamentos e refere que em 2015 foi uma vez ao serviço de urgência por agudização da patologia.

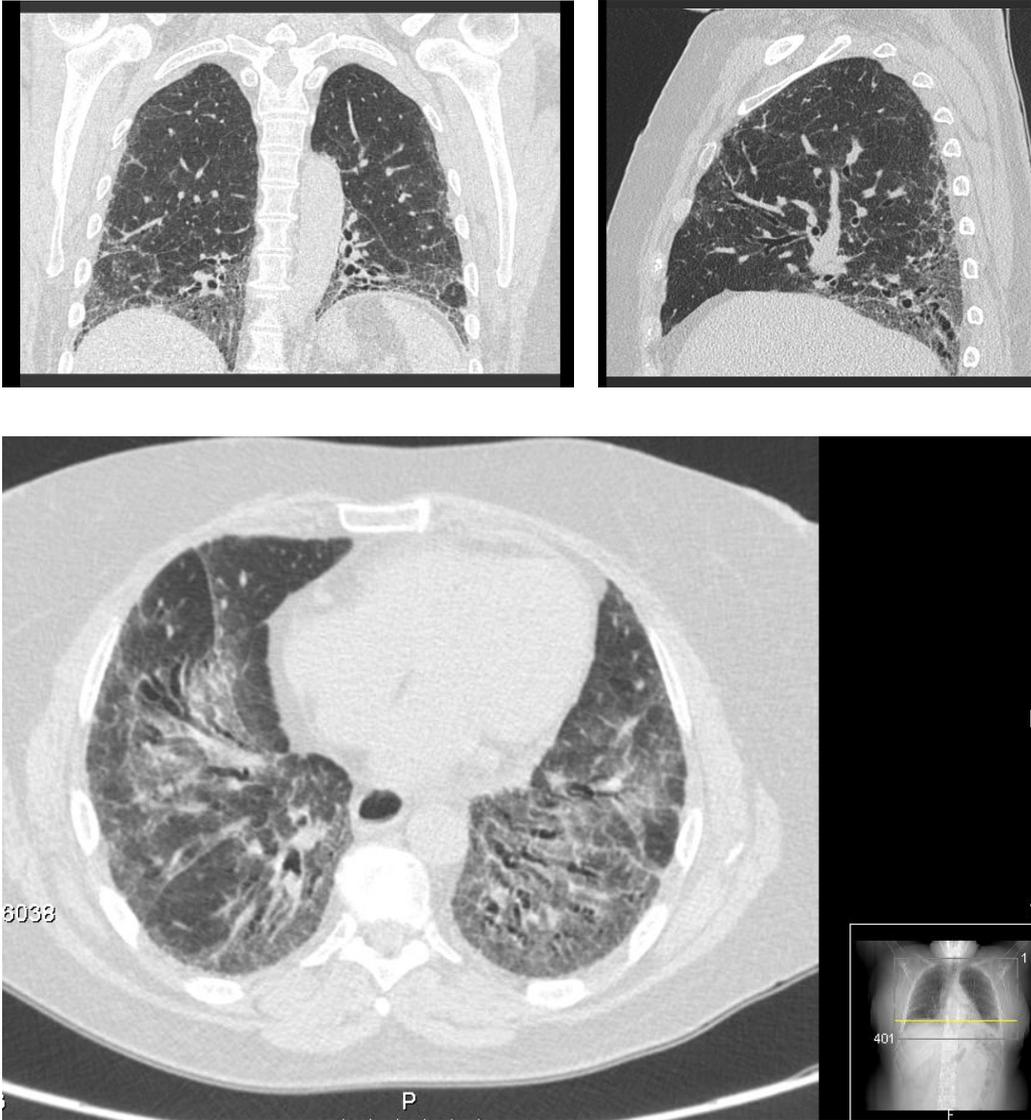
Anteriormente, já participou por 3 vezes num programa de Reeducação Funcional Respiratória com uma assiduidade fragmentada por várias ausências. O último programa foi em Abril de 2015.

Por maior dificuldade na execução das ABVD, nomeadamente, subir escadas, fazer caminhadas de casa até ao supermercado (distancia de cerca de 400m), no Autocuidado: tomar banho e arranjar-se assim como nas tarefas domésticas, como lavar a loiça, levar comida para a mesa, buscar alimentos aos armários, arranjar a casa foi encaminhada para este serviço. Perante este quadro de agravamento progressivo, com tosse irritativa esporádica principalmente à noite, inicia programa de Reabilitação funcional Respiratória de 8 semanas a 28/09/2015 e treino de exercício.

Exames complementares de diagnósticos realizados anteriormente:

TAC TÓRACICA (2015 - relatório):

“Tendo como termo de comparação o exame anterior datado de 31 de Janeiro de 2013 as alterações fibrosantes são sobreponíveis quer no tipo de lesões quer na sua extensão e condicionando moderada diminuição do volume pulmonar principalmente à custa dos lobos inferiores. Continuamos a observar apenas incipientes lesões de pulmão em favo.”



Analises sangue:

15/07/2015 - Hb: 15,7 g/dl; Hematócrito 47,7%; LDH 364 U/L;

GSA a 26/01/2015 ANTES da prova de marcha:

Ph: 7,451; PaCO₂: 33,9; PaO₂: 73,6; satO₂: 95%;

GSA a 26/01/2015 APÓS prova de marcha:

Ph: 7,455; PaCO₂: 30,1; PaO₂: 103,6; satO₂: 98%;

Biópsia Pulmonar: Negativa para células neoplásicas (em 2010);

Lavado Brônquico: Negativo (em 2010);

Prova de Marcha de 6 Minutos a 26/01/2015:

Prova realizada com oxigénio em setting 4 com dessaturação do 2º ao 5º minutos entre os 87% e 89%, com reversão do quadro após 2 minutos de repouso no término da prova. Distância percorrida de 315m (previsto percorrer: 535m).

Provas da Função Respiratória:

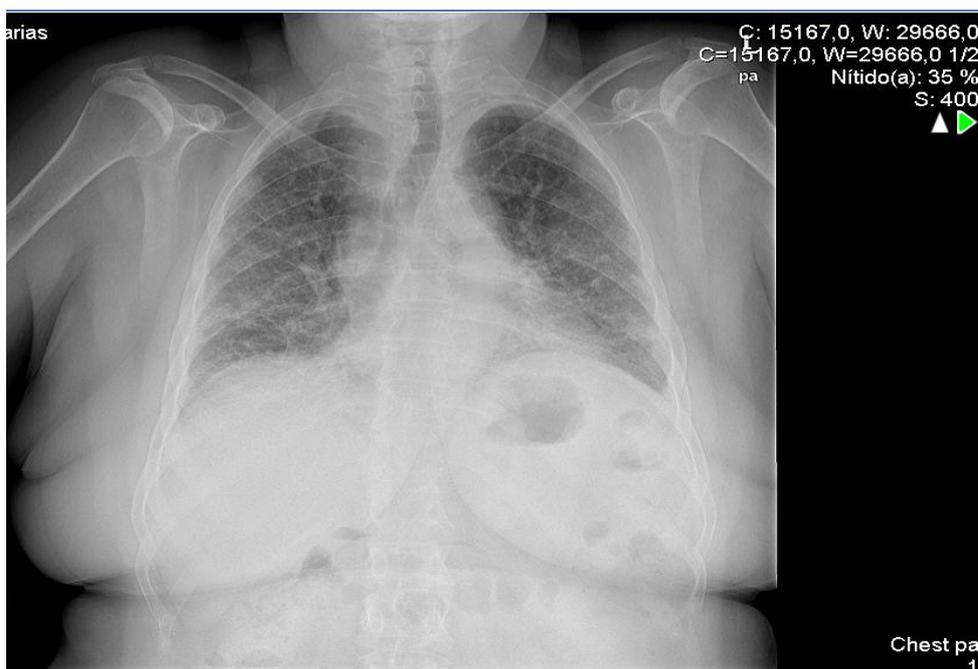
17/10/2012: FEV1: 1,12; Índice Tiffeneau: 93%;

07/01/2015: FEV1: 0,83; Índice Tiffeneau: 82%; ITGV: 1,55

08/07/2015: FEV1: 0,77; Índice Tiffeneau: 82%; ITGV: 1,15

Rx Tx: a 14 de Julho de 2015:

Rx pouco inspirado, centrado, bem penetrado, com hipotransparencia junto ao seio cardiofrénico bilateral. O diafragma encontra-se em posição elevada, apresentando 6 costelas posteriores acima do diafragma. A traqueia ligeiramente desviada para a direita. Ombro elevados. Contornos da silhueta do mediastino mal definidos.



Nota: não repetiu Rx uma vez que nos últimos anos foi exposta a varias radiações ionizantes e atendendo ao estado de saúde (benefício/prejuízo) realizará Rx de controlo em Dezembro de 2015 na consulta de Pneumologia.

1.3. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

Estado de consciência e orientação: Vígil, orientada (tempo, espaço e pessoa), colaborante e comunicativa, períodos de ansiedade. Segundo a escala de Glasgow apresenta um score de 15. Pupilas isoreativas e isocóricas.

Atenção e Memória: Sem alterações. Na avaliação da memória imediata e recente recorreu-se a exercícios de memorização de palavras não relacionadas (com repetição imediata e 5 minutos depois), eventos (por exemplo: como foi o dia até chegar ao serviço ou como foi o dia de ontem) e situações (descrever situações da vida de há vários anos e infância).

Linguagem: sem alteração da compreensão, do discurso verbal, da nomeação e repetição.

Pares Cranianos: sem alterações na avaliação dos pares cranianos. I – olfativo; II – Ótico; III - Oculomotor comum; IV – Patético e VI – Oculomotor externo; V – Trigémio; VII – Facial; VIII – Estato-acústico; IX – Glossofaríngeo; X – Vago; XI – Espinhal; XII – Grande Hipoglosso

Sensibilidade:

Superficial: sem alterações. Sente o frio e quente, dor e toque em todo o corpo.

Profunda: sem alterações. Sente pressão e identifica as posições corretas do corpo.

Força Muscular (segundo a escala de Lower):

- Pescoço (Flexão/Extensão; Inclinação Lateral; Rotação) – Força 5/5;
- Relativamente aos Membros Superiores (direito e esquerdo):

SEGMENTOS	MOVIMENTOS	GRAU DE FORÇA
Escapulo-Umeral	Flexão	5/5
	Extensão	5/5
	Adução	5/5
	Abdução	5/5
	Rotação interna	5/5
	Rotação externa	5/5
Cotovelo	Flexão	5/5
	Extensão	5/5
Punho	Desvio Decubital	5/5
	Desvio Radial	5/5
	Supinação	5/5
	Pronação	5/5
	Rotação	5/5
Dedos	Flexão	5/5
	Extensão	5/5
	Adução	5/5
	Abdução	5/5
	Oponência do polegar	5/5

- Membros Inferiores (direito e esquerdo):

SEGMENTOS	MOVIMENTOS	GRAU DE FORÇA
Coxo femural	Flexão	5/5
	Extensão	5/5

	Adução	5/5
	Abdução	5/5
	Rotação interna	5/5
	Rotação externa	5/5
Joelho	Flexão	5/5
	Extensão	5/5
Tibio-társica	Flexão plantar	5/5
	Flexão dorsal	5/5
	Inversão	5/5
	Eversão	5/5
Dedos	Flexão	5/5
	Extensão	5/5
	Adução	5/5
	Abdução	5/5

Tónus muscular: sem alteração: tónus muscular mantido.

Coordenação dos Movimentos: Membros superiores: Prova dedo-nariz e prova dos movimentos alternados sem alterações. Membros inferiores: Prova calcanhar-joelho sem alterações.

Equilíbrio:

Sentado: Apresenta equilíbrio estático e dinâmico conservado.

De pé: Apresenta equilíbrio estático e dinâmico conservado.

Marcha: sem alterações da marcha: sem desvios ou quedas, passos ritmados e amplitude normal com movimento balanceado dos braços.

Avaliação Funcional: Pela análise do Questionário de Saint George (aplicado no serviço), a D. D classifica o seu estado de saúde à data de: MAU. Refere que a patologia lhe provoca limitação no Autocuidado devido à falta de ar, nomeadamente no Vestir/Despir, Tomar Banho, subir escadas e rampas assim como na execução de tarefas em casa (levar comida para a mesa e arrumar a casa). Além disto, acrescenta que a sua doença respiratória impede-a de visitar família e amigos mais regularmente.

Pele e mucosas: ligeiramente pálidas sem sinais de desidratação ou cianose.

Dedos da mão: unhas ligeiramente quebradiças.

Edemas: sem edemas ou sinais de alteração da circulação nos MI.

Dados Subjetivos:

- Tosse: presente, predominantemente irritativa e intermitente (esporadicamente produtiva – mucosa), mais frequente pela manhã. A tosse, segundo a utente, às vezes impede-a de dormir a noite completa, acordando várias vezes.

- Expetoração: ausente
- Dispneia (escala de borg mod): 2
- Cansaço (escala de 0 a 10): 4
- Toracalgia: nega, 0 (de 0 a 10).

Dados Objetivos

- Inspeção Estática: tipo de tórax: normal, com assimetria: com inclinação anterior do tronco e ombros em posição elevada, com estado nutricional e desenvolvimento muscular adequado;
- Inspeção Dinâmica: Apresenta Frequência Respiratória que oscila entre os 22 e 24 ciclos/min com ritmo regular, de padrão torácico, com amplitude diminuída bilateralmente com períodos de recurso a músculos acessórios;
- Palpação: Apresenta diminuição da expansibilidade bilateral do tórax;
- Percussão: som normal à percussão em todo tórax;
- Sinais vitais: TA: 141/94 mm/Hg FC: 88 bpm Sat. periférica com oxigênio a 2l/min: 95% TT:36,0°C
- Auscultação Pulmonar:

		D	E
Murmúrio Vesicular (Mantido, Diminuído Ausente)	1/3 sup	D	D
	1/3 méd	D	D
	1/3 inf	D	D
Ruídos Adventícios (Roncos, Sibílos, Fervores, crepitações, atritos pleurais)	1/3 sup	-	-
	1/3 méd	-	-
	1/3 inf	C	C

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM REABILITAÇÃO

A transição que a D. D vive do seu estado de saúde, abrange um conjunto de alterações fisiológicas, corporais e da interação dos papéis no seu meio social com impacto no seu bem-estar, nomeadamente na execução das ABVD, no cansaço, e dispneia. A manifestação da patologia expôs a utente a uma maior vulnerabilidade, como abordou Meleis (2012) no seu modelo das transições, com impacto na manutenção do Autocuidado referido na Teoria Geral do Autocuidado por Orem (2001). Estas mudanças estão relacionadas com a capacidade de auto satisfação das necessidades e, implicam que a cliente incorpore novos conhecimentos sobre gestão do seu estado de saúde, participe no programa de RFR na unidade e no domicílio, ajustando-se à autoimagem e mantenha a interação social (Meleis, 2012). Surge da consciencialização do enfermeiro, compreender que a cliente vive uma processo transacional do tipo saúde/doença e desenvolvimento na adaptação ao envelhecimento (Meleis, 2012).

O plano de cuidados que se segue demonstra a evolução e planificação de cuidados de acordo com as necessidades identificadas por mim e pela utente, tendo como objetivos: Readaptação ao esforço para que consiga executar as AVD melhorando a tolerância ao cansaço e dispneia; Reeducação a musculatura respiratória abdomino-diafragmática e costal assim como corrigir a postura corporal. O programa de exercícios contempla 8 semanas de treino em ginásio, 4x/semana (esta é a disponibilidade da utente), com oxigenoterapia no esforço a 3l/min e antes da sessão executa-se nebulização com soro fisiológico com Brometo de Ipratrópico.

Em suma, o papel do EEER é agir como um agente facilitador do Autocuidado, maximizando as suas potencialidades e restaurando os seus níveis de autocuidado, no seu contexto social e familiar (Meleis, 2012; Orem, 2001). Tendo em conta esta visão segue-se o plano descritivo dos diagnósticos, intervenções e avaliação do processo de cuidados, em linguagem CIPE versão 2.0:

Plano de Cuidados

Diagnóstico	Objetivo	Intervenções de Enfermagem
<p>- Cansaço Atual (I: 08/10/2015);</p> <p>- Dispneia, Atual (I: 08/10/2015</p> <p>Risco de Autocuidado em:</p> <p>- Cuidar da Higiene Pessoal;</p> <p>- Marcha;</p> <p>- Vestir/Despir;</p> <p>- Alimentar-se; (I: 08/10/2015)</p> <p>- Limpeza das vias aéreas Ineficaz (I: 22/10/2015 F: 28/10/2015);</p>	<p>- Corrigir defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e a ventilação alveolar;</p> <p>- Corrigir posições defeituosas e suas consequências na postura da D. D, reduzindo a hiperinsuflação;</p> <p>- Melhorar a tolerância ao esforço na realização das ABVD, marcha, subir escadas, cuidar da higiene pessoal e vestir/despir, reduzindo o cansaço e dispneia;</p> <p>- Preservar a amplitude dos movimentos dos MI, MS e musculatura do pescoço;</p> <p>- Melhorar a performance músculo esquelética com vista a prevenir lesões osteoarticulares;</p> <p>- Manter a motivação para a aquisição de maior autonomia nas AVD;</p> <p>- Identificar estratégias que a levem a utente a ser capaz de realizar atividades de forma mais autónoma e com menos cansaço aumentando a</p>	<p><u>A 08/10/2015:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar presença de sintomatologia: dispneia, cansaço, alterações do sono, inspeção estática e dinâmica, palpação, percussão e auscultação pulmonar; - Iniciar oxigenoterapia a 3l/min; - Administrar terapêutica por nebulização; - Avaliar parâmetros vitais, nomeadamente: saturação periférica e FC (nos dias de sessão de RFR, antes e após o terminus da sessão); - Instruir e treinar a D. D a adoptar posições de descanso e relaxamento; - Instruir e treinar sobre o controlo e dissociação dos tempos respiratórios; - Instruir e treinar a realização da expiração com lábios semicerrados e inspiração pelo nariz; - Instruir e treinar exercícios de reeducação diafragmáticos e costais: <ul style="list-style-type: none"> • Reeducação diafragmática da porção posterior do diafragma e porção anterior; • Reeducação das hemicúpulas diafragmáticas (esquerda e direita); • Reeducação costal seletiva inferior bilateral, antero lateral direita e esquerda e potero-lateral direita e esquerda com compressão na expiração; • Reeducação costal com abertura do MS direito e esquerdo; - Reeducação costal global (posição de deitado) com bastão; - Instruir e treinar sobre drenagem postural de secreções (drenagem modificada dos segmentos médio e inferiores); - Ensinar, instruir e treinar técnicas de exsuflação com “língua da sogra” e com a faixa; - Corrigir postura corporal em frente ao espelho quadriculado; - Ensinar sobre exercícios de relaxamento da articulação escapuloumeral; - Executar programa de exercício: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar estado geral e sinais vitais; • Iniciar com aquecimento (3 minutos) de cabeça/pescoço, MS, MI; • Treino de exercícios de fortalecimento Muscular dos MS (ver quadro 1); • Treino de exercícios de fortalecimento Muscular dos MI (ver quadro 1); • Treino da mobilização da escapulo umeral: ciclo Ergometro; • Treino de marcha de endurance (ver quadro 1);

	<p>tolerância ao esforço;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover a fluidificação e a mobilização das secreções; - Mantém a participação social e familiar o mais ativa possível para que possa visitar amigos e família; - Otimizar o gasto energético na execução das ABVD e que lhe permita participar num último trabalho; 	<ul style="list-style-type: none"> • Executar alongamentos dos músculos do pescoço, MS e MI; - Ensino sobre posições de descanso da pessoa com dispneia; - Fornecer reforço positivo; <p><u>A 22/10/2015 acrescenta-se as seguintes intervenções:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar a D. D sobre a importância de realizar uma ingestão hídrica adequada no sentido de prevenir secura das mucosas e fluidificação de secreções; - Informar sobre vacinação; - Avaliar as características e eficácia da tosse; - Otimizar técnica da Tosse Dirigida; - Assistir na realização da técnica da tosse, utilizando, se necessário, manobras acessórias como vibrações e compressões (moderadas); - Avaliação das características das secreções; - Treinar técnicas de conservação de energia (treino de marcha; no subir escadas; no cuidar da higiene pessoal); <p><u>A 28/10/2015 acrescenta-se as seguintes intervenções:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Treinar técnicas de conservação de energia (no vestir/despir e arranjar-se; na execução das tarefas domésticas);
--	---	--

Avaliação:

08/10/2015

A D. D mantém-se vigil, orientada, colaborante e motivada. Refere manutenção da dispneia e do cansaço. Acessos de tosse matinais irritativos. Toma a iniciativa de se colocar em posição de relaxamento e inicia o controlo e dissociação dos tempos respiratórios. Reforça-se a importância de realizar a inspiração pelo nariz e expiração pela boca com os lábios semi cerrados. A reeducação diafragmática e costal fez-se sem cansaço superior ao que exige a actividade referindo sentir-se bem e confortável. Períodos de tosse irritativa durante os exercícios. A D. D refere sentir-se “mais arejada” SIC aquando do exercício da faixa para exsuflação e da seringa. Informada sobre a importância deste exercício na sua saúde.

Fez-se correção postural no espelho quadriculado.

No final do treino nega agravamento do cansaço ou dispneia.

Nota: Os Registos de evolução de parâmetro vitais, inspeção, percussão, auscultação pulmonar e evolução do treino de exercícios estão no quadro 1.

16/10/2015

A D. D mantém-se vigil, orientada, colaborante e motivada. Refere manutenção da dispneia e do cansaço. Acessos de tosse irritativa, intermitente pela manhã.

Toma a iniciativa de se colocar em posição de relaxamento e inicia o controlo e dissociação dos tempos respiratórios. A reeducação diafragmática e costal fez-se sem cansaço superior ao que exige a actividade referindo sentir-se bem e confortável. Períodos de tosse irritativa durante os exercícios. A D. D refere, novamente, sentir-se “mais arejada” SIC aquando do exercício da faixa para exsuflação. Refere que faz o exercício, em casa, com a língua da sogra uma vez por dia. Fez-se correção postural no espelho quadriculado. No final do treino nega agravamento do cansaço ou dispneia.

22/10/2015

A D. D mantém-se vigil, orientada, colaborante e motivada. Refere que dormiu pouco durante a noite devido a acessos de tosse mista (Auscultação ver quadro 1). Toma a iniciativa de se colocar em posição de relaxamento e inicia o controlo e dissociação dos tempos respiratórios. Realiza a inspiração pelo nariz e expiração pela boca com os lábios semi cerrados. A reeducação diafragmática e costal é feita sem cansaço superior ao que exige a actividade referindo sentir-se bem e confortável. Refere que em casa realiza a dissociação dos tempos respiratórios diariamente. Verbaliza e realiza corretamente a posição de descanso da pessoa com dispneia. Períodos de tosse mista durante os exercícios, com saída de expectoração mucosa, algo espessas, em moderada quantidade. A D. D refere sentir-se “mais arejada” SIC aquando do exercício da faixa para exsuflação. Refere que em casa realiza 1 a 2x/dia o exercício da língua da sogra. Fez-se correção postural no espelho quadriculado: ombros elevados, no entanto a D. D consegue corrigir a própria postura. No final do treino de exercícios nega agravamento do cansaço ou dispneia.

28/10/2015

A D. D mantém-se motivada e refere melhoria da dispneia e do cansaço. Refere que dormiu melhor na noite anterior. Executa os exercícios abdomino-diafragmáticos e costais autonomamente, necessitando de supervisão. Períodos de tosse irritativa durante os exercícios. Ligeira melhoria da tosse matinal. Nega expectoração, referindo que esta foi durante 4 dias. A D. D refere que realiza os exercícios com a língua da sogra 2x/dia. Fez-se correção postural no espelho quadriculado: ombros menos elevados e consegue corrigir a própria postura. Relativamente às técnicas de conservação de energia na marcha e no subir escadas refere que, agora, sobe as escadas em expiração, faz uma pausa para inspirar e volta a subir em expiração; no cuidar da higiene refere passou a tomar banho sentada, faz os movimentos de limpeza do corpo em expiração e seca-se com o robe toalha. Com estas técnicas a D. D refere melhoria do cansaço. Refere, ainda, que quando sobe um lanço de escada já não necessita de “parar recuperar o fôlego”. No final do treino de exercícios nega agravamento do cansaço ou dispneia.

30/10/2015

Faltou ao programa no entanto justificou ausência por motivos pessoais.

06/11/2015

A D. D refere que dormiu bem. Refere que pretende subir em palco uma última vez para se despedir, e conseguir agradecer o apoio que recebeu ao longo destes anos, sem se cansar. Executa os exercícios abdomino-diafragmáticos e costais autonomamente, necessitando de supervisão e assistência com manobras acessórias. Refere que em casa realiza a dissociação dos tempos respiratórios diariamente, 2 a 3X/dia. Períodos de tosse irritativa durante os exercícios, sem expectoração. Refere que em casa realiza 1 a 2x/dia o exercício da língua da sogra. Fez-se correção postural no espelho quadriculado: ombros ligeiramente elevados, mas consegue corrigir a própria postura.

Refere sentir-se melhorada do cansaço desde que usa técnicas de conservação de energia no vestir/despir (calça meias e sapatos sentada com o pé para cima) e arranjar-se (maquilha-se junto ao espelho com os cotovelos apoiados) e na execução das tarefas domésticas (arrumar roupa em expiração, levar comida para a mesa em expiração, buscar objetos nos armários acima dos ombros em expiração). No final do treino de exercícios nega agravamento do cansaço ou dispneia.

13/11/2015

A D. D mantém-se motivada e refere melhoria da dispneia e do cansaço. Executa os exercícios abdomino-diafragmáticos e costais autonomamente, necessitando de supervisão. Períodos de tosse irritativa durante os exercícios, sem expetoração. Refere que em casa realiza 1 a 2x/dia o exercício da língua da sogra.

Fez-se correção postural no espelho quadriculado: ombros ligeiramente elevados, mas consegue corrigir a própria postura.

Refere sentir-se melhorada e usa técnicas de conservação de energia no vestir/despir e arranjar-se e na execução das tarefas domésticas (arrumar roupa, levar comida para a mesa, buscar objetos nos armários...). No final do treino de exercícios nega agravamento do cansaço ou dispneia.

14/11/2015

Faltou, avisou o serviço justificando que tem consulta no Hospital da Luz à hora do tratamento.

<p>Conhecimento sobre estado de saúde diminuído – Terapêutica Inalatória (28/10/2015)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a adesão terapêutica: broncodilatadores; - Prevenir a ocorrência de exacerbações relacionados com a não adesão terapêutica; 	<p><u>A 28/10/2015:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar técnica de administração de Inaloterapia prescrita; - Explicar a importância que a terapêutica de ambulatório e a sua toma correta representa na prevenção de recidivas; - Otimizar técnica inalatória;
--	---	---

Avaliação:

28/10/2015

A D. D necessita de corrigir alguns aspetos na técnica inalatória tais como: não aquece nem agita os broncodilatadores, não realiza uma pausa inspiratória após administração do inalador, não realiza uma pausa de pelo menos 30seg entre cada inalação.

30/10/2015

Faltou ao programa no entanto justificou ausência por motivos pessoais.

04/11/2015

A D. D executa a técnica inalatória corretamente, no entanto a pausa inspiratória após administração do inalador é cerca de 4 seg, referindo que “não aguento mais que isso” SIC.

Quadro 1.

DATA		08/10		16/10		22/10		28/10		06/11		13/11		
Parametros Vitais	Pulso (p.p.m.)	86	90	75	80	80	77	82	89	87	82	85	86	
	Frequência Respiratória (c.p.m.)	20	22	19	23	21	22	20	23	20	22	20	23	
	Saturações (%)	98	98	96	97	97	97	99	98	98	99	98	98	
	Tensão Arterial (mmHg) antes	136/89		127/86		141/89		140/87		138/91		148/89		
	Tensão Arterial (mmHg) depois	122/69		130/82		130/81		134/82		131/85		130/81		
Pele e mucosas (Coradas, Palidez, Cianosadas, Ictéricas)		pálidas		pálidas		+ corada		+ corada		+ corada		Algo pálida		
Escala Borg Mod. (dispneia-Cansaço)		2-4		2-4		1-2		1-2		-		0,5-1		
Padrão Respiratório	Simetria torácica	AS		AS		AS melhorada		AS melhorada		AS melhorada		AS melhorada		
	Torácica, Mista, Abdomino-Diafragmática	T		T		T		M		M		M		
	Ritmo (regular, irregular)	R		R		R		R		R		R		
	Amplitude (normal, diminuída, aumentada)	D		D		D		D		D		D		
	Tiragem-intercostal, Supra-clavicular, Adejo nasal	SC		-		-		-		-		-		
Sintomas	Tosse, Expectoração,		+ irritativa		+ irritativa		Produtiva, espessa, mucosa		+ irritativa		+ irritativa		+ irritativa	
Palpação	Transmissão das vibrações vocais (Aumentadas, Diminuídas)		D		D		D		D		D		D	
	Maciez, Timpanismo		N		N		N		N		N		N	
Auscultação			D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E
	Murmúrio Vesicular	1/3 sup	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
		1/3 méd	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D

	(Mantido, Diminuído Ausente)	1/3 inf	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
	Ruídos Adventícios (Roncos, Sibilos, Fervores, crepitações, atritos pleurais)	1/3 sup	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		1/3 méd	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		1/3 inf	C	C	C	C	-	-	-	-	-	-	-	-
Ciclo ergométrico (min.)		10	10	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	
Passadeira		25 min. Inclinação: 2% Veloc. 2,0 (Km/h)	30 min. Inclinação: 2% Veloc. 2,5 (Km/h)	34 min. Inclinação: 2% Veloc. 3,0 (Km/h)	34 min. Inclinação: 2% Veloc. 3,5 (Km/h)									
Exercícios MS com halteres (Kg)		0,5 (4séries de 10 repetições)	0,5 (4séries de 10 repetições)	1 (4séries de 10 repetições)	1 (4séries de 10 repetições)	1 (4séries de 10 repetições)	1 (4séries de 10 repetições)	1 (4séries de 10 repetições)	1 (4séries de 10 repetições)	1 (4séries de 10 repetições)	1 (4séries de 10 repetições)	1 (4séries de 10 repetições)	1 (4séries de 10 repetições)	
Exercícios MI com pesos (Kg)		0,5 (4séries de 10 repetições)	1 (4séries de 10 repetições)	1 (4séries de 10 repetições)	1 (4séries de 10 repetições)	1,5 (4séries de 10 repetições)	1,5 (4séries de 10 repetições)	1,5 (4séries de 10 repetições)	1,5 (4séries de 10 repetições)	1,5 (4séries de 10 repetições)	1,5 (4séries de 10 repetições)	1,5 (4séries de 10 repetições)	1,5 (4séries de 10 repetições)	
Correção postural no Espelho Quadriculado		Sim												

Avaliação do programa

Ao dia 14/11/2015 há uma melhoria do estado geral da utente manifestado pela redução da sintomatologia nomeadamente, dispneia e cansaço confirmados pela Escala de Borg Modificada. Apesar de manter cansaço na execução das ABVD, a D. D, refere que já consegue subir um lanço de escadas de forma contínua, como atesta o Questionário de Saint George no final do programa classificando a sua saúde de: dom, sem esforço adicional e não necessita de recuperação adicional quando chega ao topo (já consegue visitar a tia que vive no 1º andar). Além disto acrescenta que nos focos cuidar da higiene pessoal, vestir despir e executar tarefas domésticas é capaz de executá-las com menor cansaço e dispneia que antes do programa. Adicionalmente, o treino de exercícios permitiu também melhorar a tolerância na marcha como verbalizou a utente referindo que consegue ir às compras a pé, e trazer 2 sacos “não muito pesados”. No que diz respeito à postura corporal, apresenta melhoria na (as)simetria torácica, sendo capaz de autocorrigir-se. Relativamente à auscultação pulmonar, o murmúrio vesicular mantém-se diminuído em todos os segmentos do tórax, registando-se ausência de crepitações.

Destaca-se ainda, que neste programa de 8 semanas, a D. D faltou 2 vezes e avisou das suas ausências. Este dado é uma melhoria na adesão ao regime terapêutico uma vez que nos programas anteriores tinha, em média, 6 ausências. A gestão do regime terapêutico – terapia inalatória foi ainda melhorada com vista a maximizar o seu efeito na saúde da utente. Apesar de a utente apresentar uma patologia restritiva, esta refere sentir-se melhor quando há assistência na fase expiratória e neste sentido poderíamos ter debatido em equipa multidisciplinar o benefício/eficácia do recurso ao threshold (com IMT e PEP), uma vez que melhora a expansão pulmonar e fortalece a musculatura respiratória, como refere Paiva et al. (2014), em relação ao espirómetro de incentivo (testado anteriormente sem adesão da utente).

Não se realizou imagem radiológica uma vez que terá consulta em Dezembro de 2015 de Pneumologia. Será feito Rx nesta data e prova da função respiratória.

O seguinte esquema mostra de forma resumida a síntese de dados à luz da Teoria das Transições segundo a perspetiva de Meleis:

