

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

Preparação do regresso a casa: Intervenções do
Enfermeiro Especialista em Reabilitação na
Promoção da Readaptação Funcional no Idoso
Hospitalizado

Ana Raquel Silva Teles Rombo

Lisboa

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

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

Preparação do regresso a casa: Intervenções do
Enfermeiro Especialista em Reabilitação na
Promoção da Readaptação Funcional no Idoso
Hospitalizado

Ana Raquel Silva Teles Rombo

Orientadora: Professora Doutora Fátima Marques

Lisboa

Outubro, 2018

Não contempla as correções da discussão pública



“A Reabilitação presta, assim, grandes serviços à vida; é sua missão dar mais vida
ao tempo que passa.”

Hesbeen

AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento é dirigido a todas as pessoas que estiveram presentes na construção deste percurso, e que me permitiram aprender, refletir e desenvolver competências pessoais e profissionais, enquanto futura enfermeira especialista.

Aos enfermeiros orientadores, da ECCI e do serviço de internamento de medicina, bem como a todos os profissionais das equipas de saúde com quem privei e que contribuíram para a concretização dos meus objetivos, e ainda a outros profissionais pela disponibilidade e amabilidade.

À professora doutora Fátima Marques, pela orientação neste percurso e pela disponibilidade na partilha da sua experiência, ao mesmo tempo que me permitiu crescer enquanto pessoa e profissional.

Ao meu marido, André Rombo, que me acompanhou e apoiou neste percurso difícil, não só a mim, mas principalmente aos nossos filhos, José Diogo e Maria Clara. Aos quais devo meses de atenção.

Às minhas amigas de sempre, Carolina Lourenço e Sara Proença por não terem desistido da nossa amizade, pois também a elas neguei a minha presença.

À minha avó Catarina Anselmo e aos meus sogros, Cristina e Pedro Rombo que sem eles este percurso não tinha sido possível, pois foram o suporte familiar para o meu marido e filhos, durante a minha ausência.

Aos meus cunhados, Diogo Rombo e Margarida Alcafache, pelo exemplo de capacidade de concentração e de perseverança no melhor para o futuro.

E ao meu avô José Marques, pois foi pelo seu último ano de vida que o 'bichinho' da Reabilitação despertou em mim. Por ele e por todos a quem puder ajudar daqui em diante.

A todos vós o meu sincero agradecimento

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Atividade Instrumental de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividade de Vida Diária

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro/a Especialista

EEER – Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ER – Enfermagem de Reabilitação

IE – Índice de Envelhecimento

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

pp. – Página(s)

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

TDAE – Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

WHO – World Health Organization

RESUMO

O grau de Mestre e o título profissional de Enfermeiro Especialista é conferido após um percurso formativo de desenvolvimento de competências especializadas nomeadas pela Ordem dos Enfermeiros, onde está incluído um estágio profissional. Previamente foi elaborado um projeto de estágio por forma a planificar as atividades e os objetivos a atingir nesse percurso, tendo-se definido o idoso hospitalizado como foco de interesse, em particular a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da sua readaptação funcional na preparação do regresso a casa. Este relatório pretende demonstrar o desenvolvimento dessas competências através da análise crítica e reflexiva das atividades realizadas durante esse período.

A problemática do envelhecimento é mundial e encontra-se refletida no seu progressivo aumento, no impacto que acarreta na despesa de saúde, e no suporte social disponível para os idosos e considera-se um desafio em termos assistenciais para os profissionais de enfermagem e ainda mais desafiador para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, que deve ter em mente as especificidades do idoso. A promoção da readaptação funcional é um processo assistencial complexo que deve atender às necessidades reais ou potenciais do idoso que podem ter repercussão na sua autonomia e capacidade física. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve assumir um papel primordial na preparação do regresso a casa, para que o idoso apresente um desempenho seguro e com o máximo de independência possível.

O referencial teórico que fundamentou este percurso foi a Teoria do Défice do Autocuidado em Enfermagem, desenvolvido por Dorothea Orem. Na sua base está que cada pessoa tem potencial para cuidar de si, e cabe ao enfermeiro maximizar a sua capacidade funcional, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal.

Palavras Chave: Idoso; Hospitalização; Regresso a Casa; Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Autocuidado.

ABSTRACT

The Master's degree and the professional title of Specialist Nurse is conferred by the Nursing Council after a formative course to develop specialized competencies with a professional internship included. Previously, a project was developed to plan the activities and goals to be achieved in this path. The hospitalized elderly have been defined as our focus of interest, in particular the intervention of the rehabilitation nurse specialist in the promotion of functional rehabilitation in returning home preparation. This report intends to demonstrate the development of those competences by a critical and reflexive analysis of the performed activities during this period.

The problem of aging is worldwide and it is reflected in its progressive increase, in the impact it has on health expenditure, and in the social support available to the elderly. It is considered a challenge in terms of nursing care and even more challenging for the rehabilitation nurse specialist, who should know the specifics of the elderly. The promotion of functional readaptation is a complex care process that must answer to the real and to the potential needs of the elderly, that can have repercussion on their autonomy and physical capacity. The rehabilitation nurse specialist should take a leading role in the returning home preparation in order to safe performance of the elderly with as much independence as possible.

The theoretical framework used to support our intervention is the Theory of the Self-Care Deficit in Nursing, developed by Dorothea Orem. This Theory states that each person has the potential to take care of themselves, and the nurse intervention should maximize their functional capacity, to achieve their well being and their personal development.

Keywords: Elderly; Hospitalization; Returning Home; Rehabilitation Nurse Specialist; Self-Care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1.ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	12
1.1.O Envelhecimento na sociedade atual e a hospitalização do idoso.....	12
1.1.1. O processo de envelhecimento e a dependência	14
1.1.2. O declínio funcional no desempenho das ABVD no Idoso Hospitalizado	17
1.2. A intervenção do EEER na promoção da readaptação funcional para o regresso a casa do idoso hospitalizado.....	19
1.3. Utilização do quadro de referência em enfermagem	25
2.DESCRICÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO PERCURSO FORMATIVO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA	28
2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	28
2.2. Domínio da melhoria da qualidade	30
2.3. Domínio da gestão de cuidados.....	32
2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	33
3. DESCRICÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO PERCURSO FORMATIVO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA	36
4. AVALIAÇÃO GLOBAL DO TRABALHO DESENVOLVIDO	52
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
APÊNDICES.....	
Apêndice I – Projeto de estágio	
Apêndice II – Jornais de aprendizagem.....	
Apêndice III – Suporte escrito	
Apêndice IV – Processos de Enfermagem.....	
Apêndice V – Caixa ‘Chuva de cores’	
ANEXOS	
Anexo I - Instrumentos mobilizados na Avaliação do Idoso	
Anexo II – Avaliação dos enfermeiros orientadores	

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização na área da Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, onde se pretende descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas no decorrer da Unidade Curricular Estágio com Relatório, bem como o nível de competências alcançado, e que pretende ser o culminar do percurso de aprendizagem realizado ao longo do ensino clínico.

Neste âmbito, durante a Unidade Curricular Opção II foi elaborado um projeto de estágio (Apêndice I) cujo foco é o Idoso¹ Hospitalizado, em particular a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na promoção da sua readaptação funcional na preparação do regresso a casa. Realizou-se uma revisão *scoping* e definiu-se como questão norteadora: Quais as intervenções do EEER na promoção da readaptação funcional do idoso hospitalizado na preparação do regresso a casa?

A temática escolhida enquadra-se no preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) como domínio de intervenção e competências do EEER, uma vez que se pretende que desenvolva

processos de adaptação eficazes aos problemas de saúde, passando os seus cuidados especializados pelo planeamento de intervenções de Enfermagem de Reabilitação para a readaptação ao domicílio, otimizando os recursos existentes, procurando maximizar as capacidades funcionais do cliente; envolver o cliente e pessoas significativas no processo de cuidados, ensinando e treinando, tendo em conta os recursos existentes no domicílio; a conceção e desenvolvimento de planos e programas que permitam maximizar as capacidades funcionais da pessoa, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal (Regulamento nº350/2015, p. 16658).

Em simultâneo, pretendeu-se aliar uma problemática do presente, com o interesse pessoal e profissional. O envelhecimento é uma área da minha preferência e um tema bastante atual, uma vez que se tem vindo a assistir a um gradual envelhecimento da população portuguesa. A área da preparação do regresso a casa tem criado em mim um particular e crescente interesse, pois exerço a prática num

¹O critério cronológico utilizado para este relatório foi o definido pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento da República Portuguesa que define a população idosa dos 65 a mais anos de idade (2017).

contexto hospitalar onde as altas são cada vez mais precoces e os utentes são maioritariamente idosos.

Tendo por base o processo de envelhecimento e as especificidades e exigências que este acarreta na integração do idoso no seu meio familiar e social, a intervenção do EEER requer conhecimento e aptidões técnicas, que permitirá ao idoso hospitalizado com doença aguda, crónica ou com sequelas recuperar uma função ou capacidades perdidas e maximizar o seu potencial funcional e independência na interação com o ambiente, dotando-o dos meios necessários. Na preparação do regresso a casa, o EEER deverá assumir um papel importante, nomeadamente na promoção da readaptação funcional do idoso, através de intervenções que facilitem a sua adaptação ao estado de saúde, pelo treino de habilidades e capacidades tanto no próprio como no cuidador informal².

Integrando esta área de interesse nas competências do EEER definidas pela OE, definiu-se como objetivo geral deste estágio: Desenvolver competências de EEER na promoção da readaptação funcional do idoso hospitalizado na preparação do regresso a casa. Como objetivos específicos para cada grupo de competências comuns e específicas pretendeu-se:

- Analisar a organização e dinâmica dos campos de estágio e o modo como se articulam com outros serviços de saúde;
- Analisar a atuação do EEER na dinâmica funcional do serviço: sua prática, articulação com a equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e comunidade/hospital nos campos de estágio;
- Desenvolver uma prática profissional baseada em princípios éticos e deontológicos na área de Enfermagem de Reabilitação (ER);
- Integrar conhecimentos na área de ER sobre readaptação funcional do idoso hospitalizado/família;
- Analisar as necessidades específicas de intervenção de ER ao idoso hospitalizado, considerando a complexidade e singularidade da Pessoa enquanto ser único, nomeadamente no que diz respeito ao seu processo de adaptação eficaz ao domicílio;

²Entenda-se como cuidador informal a pessoa que proporciona a maior parte dos cuidados e apoio diário (Ministério da Saúde).

- Planear cuidados de ER integrados no plano global de cuidados ao idoso, considerando-o como parceiro nos cuidados, com vista a otimizar as suas capacidades funcionais para um regresso a casa eficaz;
- Prestar cuidados de ER em parceria com o idoso/família, integrados no plano global de cuidados com rigor técnico-científico, considerando todos os recursos existentes;
- Analisar o papel do EEER como gestor da continuidade de cuidados com vista ao regresso a casa do idoso hospitalizado, para um processo de adaptação eficaz aos problemas de saúde;
- Elaborar o relatório final do projeto de estágio.

O pensamento de enfermagem assentou na Teoria do Défice do Autocuidado em Enfermagem (TDAE) desenvolvida por Dorothea Orem, pois através desta Teoria consegue-se identificar as necessidades e recursos do idoso hospitalizado para o desenvolvimento do autocuidado, surgindo a intervenção do EEER de acordo com avaliação dos défices de autocuidado, na promoção da sua readaptação funcional na preparação do regresso a casa.

O projeto foi implementado durante o período de ensino clínico que decorreu de 25 de setembro de 2017 a 5 de fevereiro de 2018, constituído por dois momentos de estágio: o primeiro (vertente comunitária) decorreu numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) nos arredores de Lisboa, com uma duração de 9 semanas; e o segundo (vertente hospitalar) decorreu num serviço de internamento de medicina de um hospital central de Lisboa, com uma duração de 10 semanas. As aprendizagens desenvolvidas em cada contexto tiveram por base os objetivos individuais de estágio.

Estruturalmente, o presente relatório encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte engloba uma fundamentação teórica e uma contextualização do tema, com o intuito de focar e enquadrar teórica e socialmente a pertinência da temática, recorrendo a artigos científicos em base de dados como a b-on, MEDLINE, CINAHL e google académico, bem como a livros da especialidade de reabilitação, de geriatria, dissertações de mestrado e a outras fontes consideradas literatura cinzenta. E a segunda parte apresenta uma análise e reflexão crítica das experiências vivenciadas que permitiram a aquisição de competências gerais e específicas de enfermeiro especialista (EE) e de mestre na área de reabilitação,

tendo em conta os objetivos definidos para o ensino clínico. Ainda neste último capítulo é realizada uma avaliação global e algumas considerações finais sobre este percurso. Em anexo e apêndice encontram-se os documentos considerados importantes para a apreciação deste relatório.

1.ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1.O Envelhecimento na sociedade atual e a hospitalização do idoso

A evolução demográfica em Portugal decorre em consonância com as premissas do envelhecimento a nível mundial, tendo-se vindo a assistir a um gradual envelhecimento da população portuguesa, como é revelado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE). O índice de envelhecimento (IE) em 2014 passou para 31 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa. Na União Europeia 28, em 2013, este índice era de 28 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa, sendo que a Eslováquia apresentou o índice mais reduzido (19) em contraste com a Itália que revelou o maior IE da população com um valor de 33 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa. Em 2080, o IE passará de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens e a população em idade ativa diminuirá de 6,7 para 3,8 milhões de pessoas na população portuguesa (INE, 2015, 2017).

O crescente envelhecimento da população é resultado de uma redução da taxa de natalidade e de mortalidade, e do aumento da esperança média de vida (Estevens, 2017), muito relacionado com os progressos terapêuticos a que temos vindo a assistir e á adoção de estilos de vida mais saudáveis (Petronilho, 2012). Em Portugal, o envelhecimento fica marcado não apenas por um aumento do número de idosos face às pessoas em idade ativa e à população jovem, mas também, pelo aumento do índice de dependência de idosos (Estevens, 2017).

Este tema tem sido discutido nas agendas políticas tanto a nível nacional como na Europa. Em 2017, foi aprovada a Declaração de Lisboa pelos Estados-membros da Comissão Económica da Região Europa das Nações Unidas, que destaca a determinação dos países envolvidos para que até 2022, se reconheça o potencial da pessoa idosa, se encoraje o envelhecimento ativo, e se garanta o envelhecimento com dignidade (UNECE Ministerial Conference on Ageing 2017, 2017). A World Health Organization (WHO) também elaborou uma estratégia global e um plano de ação para o envelhecimento e saúde (2016-2020), cujo objetivo é um mundo onde todos possam viver muitos anos com saúde, sendo que para os próximos anos pretende maximizar a capacidade funcional dos idosos através da implementação de evidências existentes e do preenchimento de lacunas de parcerias para que se

garanta uma década de Envelhecimento Saudável a partir de 2020-2030 (WHO, 2017).

Os idosos são o grupo com o índice mais elevado de admissão hospitalar, de duração do período de internamento, com um maior número de complicações durante a sua permanência no hospital e, também, apresentam um elevado número de readmissões. A hospitalização tem um grande impacto no idoso e é considerada uma das principais causas de declínio funcional (McCullagh et al., 2016; Santos, Santo, Cunha, & Chibante, 2016; Mudge et al., 2017; Cruz, Gomes, Tosoli, & Parreira, 2017). O internamento do idoso que vive uma situação de doença provoca alterações na capacidade de compreensão das situações, na participação no processo de tomada de decisão e na assunção de um papel ativo no processo de cuidados (Gândara, Oliveira, & Lopes, 2013).

Atualmente, com a necessidade de racionalização dos custos com a saúde, assistimos a uma política mais centrada no motivo que levou a hospitalização e seu tratamento, sendo os períodos de internamento hospitalar cada vez mais curtos e o ambiente hospitalar, na sua maioria, não se encontra adaptado aos objetivos terapêuticos dos idosos. Este facto na maioria das situações não tem em consideração que o idoso/família necessitam de uma maior capacitação por forma a darem uma resposta eficaz aos desafios impostos no restabelecimento do seu estado de saúde de maneira a obterem ganhos em saúde de forma sustentada, não existindo uma adaptação das condições físicas do hospital que são importantes para a satisfação das necessidades do idoso. A sua funcionalidade e independência não são estimuladas, pois os cuidados de saúde hospitalares encontram-se projetados para uma entrega rápida e eficaz dos cuidados (Menezes, Oliveira, & Menezes, 2010; Boltz, Resnick, Capezuti, Shuluk, & Secic, 2012).

1.1.1. O processo de envelhecimento e a dependência

O envelhecimento é considerado um processo universal, multifatorial, dinâmico e progressivo que conduz a uma deterioração fisiológica e funcional do organismo que torna o idoso mais suscetível a agressões intrínsecas e extrínsecas resultando numa diminuição da capacidade de adaptação às alterações do meio ambiente (Veríssimo, Barbosa, & Veríssimo, 2014).

Sequeira (2018) descreve o envelhecimento como uma etapa da vida, sendo por isso um processo biológico inevitável com modificações a nível somático e psicossocial, em que as dimensões biológicas, sociais e psicológicas interagem de forma ininterrupta de acordo com a interação humana, onde cada uma afeta e é afetada.

Com o envelhecimento é expectável que os idosos tenham perdido cerca de 20% das suas capacidades cognitivas, isto porque o cérebro diminui, bem como os neurónios, as sinapses, os neuromediadores, a mielina, o débito sanguíneo e a extração da glicose, o que se pode traduzir numa lentificação dos processos mentais e diminuição da memória recente, atenção, concentração, inteligência fluída e pensamento abstrato. Verifica-se uma diminuição da coordenação neuromuscular e dos reflexos o que pode ter impacto nas quedas, na independência³ e qualidade de vida (Veríssimo et al., 2014).

A comunicação também é afetada pelo envelhecimento e esta tem um papel fundamental na capacidade de adaptação nas modificações do meio e na integração de acontecimentos. Com o envelhecimento pode ocorrer uma diminuição da acuidade auditiva, lentificação do discurso, com repetições e fuga ao conteúdo do tema, levando assim mais tempo a exprimir uma ideia (Cabete, 2005; Sequeira, 2018). Estas alterações podem constituir um fator limitativo na participação social.

Neste processo ocorre um aumento da resistência elástica da parede torácica o que se traduz numa diminuição da capacidade vital, de reserva inspiratória e expiratória e volume expiratório máximo por segundo, bem como num aumento do volume residual. Nos brônquios, a mucosa torna-se mais espessa, há uma maior produção

³O conceito de independência encontra-se relacionado “com a capacidade de desempenho de AVD e de autocuidado” (Sequeira, 2018, pp.4).

de muco e diminuição da atividade ciliar, uma diminuição do reflexo da tosse e das defesas imunológicas do idoso (Veríssimo et al., 2014).

Ocorrem alterações a nível das componentes celulares, dos tecidos e órgãos, que vão favorecer a doença e incapacidade que são características do idoso (Cabete, 2005; Clegg, Young, Iliffe, Rikkert, & Rockwood, 2013), bem como ao nível da composição corporal, e de forma progressiva. Traduzindo-se em sarcopénia e substituição de massa muscular por tecido adiposo, provocando consequências a nível geral. Esta diminuição da massa magra tem origem na redução dos órgãos, da massa muscular, óssea e da água corporal que se encontra associada a situações facilitadoras de doença e fragilidade (Veríssimo et al., 2014).

A inatividade do idoso promove o descondicionamento físico, que se traduz num processo complexo de mudança fisiológica, que conduz a perdas funcionais no estado mental e na capacidade de realizar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Os efeitos mais previsíveis desta situação são visíveis no sistema músculo-esquelético e incluem, a perda de massa e força muscular, encurtamento muscular, alterações da densidade óssea e na estrutura peri articular cartilaginosa, com perda evidente a nível dos membros inferiores o que contribui para uma limitação da mobilidade, refletindo-se numa instabilidade postural. É um aspeto que afeta o equilíbrio, pode diminuir a capacidade de deambulação e a tolerância á atividade, o que condiciona a qualidade de vida dos idosos e que facilita a ocorrência de quedas, de situações de dependência e aumento da fragilidade (Veríssimo et al., 2014; Sequeira, 2018).

A imobilidade contribui para a diminuição dos movimentos respiratórios e na mobilização de secreções brônquicas, menor afluxo de sangue aos membros inferiores, redução do volume sistólico, do débito cardíaco e do oxigénio, acelera a atividade catabólica e ocorre uma deficiência proteica. O repouso estimula o sistema nervoso autónomo e provoca dispepsia, anorexia, estase e distensão gástrica, um risco elevado de cálculos e infeções urinárias, obstipação, zonas de pressão e, também, uma alteração no padrão de sono e equilíbrio psicossocial (OE, 2013).

O idoso apresenta uma vulnerabilidade acrescida com perda de resistência após um evento, que pode provocar mudanças desproporcionais no estado de saúde que se denomina por fragilidade. Esta pode ser explicada como um estado multidimensional (físico, psicológico e social) de transição. A síndrome do idoso frágil associa-se a um

risco mais elevado de ocorrência de eventos adversos na saúde, incluindo o difícil restabelecimento da doença e dependência. A fragilidade surge como resultado de uma espiral de declínio dos sistemas fisiológicos durante o ciclo de vida, que vai esgotando as reservas homeostáticas, reduzindo a reserva funcional e condiciona disfunções de diversos sistemas orgânicos (Clegg et al., 2013).

Este processo degenerativo e inflexível do envelhecimento aumenta o risco de dependência, pelo que se considera a funcionalidade de extrema importância para a manutenção da qualidade de vida (Veríssimo et al., 2014; Fontes, 2014), compreende-se por isso a manutenção da capacidade de realizar algo pelos seus próprios meios ser um objetivo primordial a manter no idoso.

Importa perceber qual o impacto que estas características têm na funcionalidade do idoso hospitalizado ao nível da capacidade de se autocuidar, mais especificamente no grau de dependência no desempenho das Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVD). Em Portugal, nos últimos CENSOS em 2011 a população com mais de 65 anos foi questionada relativamente a seis atividades do dia-a-dia como: ver, ouvir; andar; memória/concentração; tomar banho/vestir-se; e compreender/fazer-se entender. Os resultados fornecem uma perspetiva interessante da capacidade funcional da população idosa, revelando que 50% dos inquiridos declararam não conseguir realizar ou tinham muita dificuldade em realizar pelo menos uma das atividades em análise (INE, 2012), indo ao encontro dos resultados do estudo de Lourenço (2015) que revela que existe um aumento do grau de dependência nas ABVD no momento da alta, principalmente ao nível do vestir-se/despir-se (83,3%) e no tomar banho (71,3%).

A dependência resulta da instalação de uma limitação física, psíquica ou intelectual permanente ou temporária, que vai limitar o idoso na realização das Atividades de Vida Diária (AVD) e na sua funcionalidade, em consequência de um processo patológico ou um acidente, necessitando de ajuda de outros (Gomes & Martins, 2016; Sequeira, 2018) e relaciona-se com a adaptação do organismo a uma situação física e/ou psicológica (Gomes & Martins, 2016).

1.1.2. O declínio funcional no desempenho das ABVD no Idoso Hospitalizado

No contexto do envelhecimento e do binómio saúde-doença, a funcionalidade engloba o processo de desenvolvimento de uma atividade, o que exige um comportamento para a ação por parte do idoso e apresenta relação com o estado de saúde deste. Indica os aspetos positivos da interação entre um indivíduo e os seus fatores contextuais (Fontes, 2014; Gomes & Martins, 2016). Desta forma, a dependência no idoso pode resultar de complicações de uma patologia ou por um acidente, mas pode ser agravada por fatores aos quais se encontra exposto como a polimedicação, défice na alimentação, falta de ajudas técnicas e/ou ambientes não adaptados, o que conduz, habitualmente, ao declínio funcional do idoso (Botelho da Costa, 2015; Preto, Gomes, Novo, Mendes, & Granero-Molina 2016; Sequeira, 2018). Também se consideram fatores de risco para o declínio funcional o estado cognitivo e psicológico do idoso, o estado funcional antes da hospitalização, fatores sociais, comorbilidades, mobilidade, défices sensoriais e síndromes geriátricas (Cruz et al., 2017).

A hospitalização por ter presente alguns destes fatores conduz o idoso a uma situação de vulnerabilidade e de acontecimentos adversos, que podem afetar a sua funcionalidade (Boltz et al., 2012; Fontes 2014; Preto et al., 2016).

Através da avaliação funcional consegue-se ter uma noção do estado cognitivo da pessoa, da força física e destreza, e assim compreender a capacidade⁴ que o idoso apresenta para a realização do seu autocuidado, que são importantes para a manutenção de uma vida autónoma (Cabete, 2005). A funcionalidade é avaliada através da taxonomia universal da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (Botelho da Costa, 2015) e é um quadro de referência para a Organização Mundial de Saúde (OMS) relativamente à saúde e incapacidade, constituída por um sistema classificativo, que facilita a identificação do perfil funcional (Gomes & Martins, 2016). É avaliada em duas áreas: AIVD e ABVD. As AIVD referem-se à capacidade do indivíduo para gerir o ambiente em que vive,

⁴Capacidade é a aptidão de um indivíduo para executar uma tarefa ou ação e indica o nível máximo expectável de funcionalidade que o indivíduo pode atingir numa tarefa/ação num momento específico de forma ajustada ao ambiente. A incapacidade resulta da relação entre a deficiência e as barreiras do meio e engloba deficiências, limitações das atividades ou restrição da participação ativa da pessoa. A deficiência é inerente ao corpo, à condição física ou intelectual da pessoa (Fontes, 2014; Gomes & Martins, 2016).

sendo requisitos adicionais para a vida em comunidade, onde se incluem atividades/tarefas como a preparação de refeições, realização de tarefas domésticas, lavar a roupa, gestão de dinheiro, utilizar o telefone, tomar medicação, realizar compras e utilizar os meios de transporte e as ABVD englobam requisitos básicos como a higiene pessoal, vestir, transferência, locomoção, alimentação e continência de esfíncteres (Cabete 2005; OE, 2011; Botelho da Costa, 2015; Sequeira, 2018). Por forma a avaliar a capacidade funcional na subdimensão ABVD destacam-se o Índice de *Barthel* e o Índice de *Katz* (Sequeira, 2018).

Alguns estudos de investigação confirmam o declínio funcional do idoso durante a hospitalização. Num estudo de Boltz et al. (2012) há referência a uma percentagem de 58% dos idosos hospitalizados com um declínio no desempenho das suas ABVD no momento da admissão, sendo que 85% destes não recuperaram o seu nível funcional basal, sugerindo que intervenções de enfermagem centradas na capacidade funcional são preditivas de obter ganhos em saúde, por isso devem ser realizadas ao mesmo tempo que se trata a causa aguda do internamento.

Em 2013, Lee, Staffileno, & Fogg concluíram que 26% dos doentes idosos tiveram alta com uma deterioração funcional na realização das AVD, comparativamente à data de admissão. Num estudo mais recente de Buurman et al. (2016) cujo objetivo foi o de identificar as incapacidades nos idosos antes e depois da alta, também se concluiu que independentemente do tipo de incapacidade, os idosos apresentam uma deterioração destas.

Considera-se que o declínio funcional tem uma estreita ligação com a qualidade de vida, pois pode comprometer a independência e o futuro no domicílio (Cordeiro, Del Castillo, Silva de Freitas, & Pereira Gonçalves, 2014). Por esta razão concluiu-se ser importante manter o máximo de independência possível do idoso na realização das AVD durante a hospitalização, na perspetiva da sua readaptação funcional como parte da preparação do regresso a casa.

1.2. A intervenção do EEER na promoção da readaptação funcional para o regresso a casa do idoso hospitalizado

Os cuidados de saúde centrados nas respostas humanas à doença e aos processos de vida, com vista à promoção da adaptação encontram-se na matriz conceptual da nossa profissão. A OE (Regulamento nº 125/2011, 2011) acrescenta uma vertente multidisciplinar à especialidade de reabilitação com conhecimentos, metodologias e procedimentos específicos e próprios que permitem alcançar o objetivo central, de ajudar a pessoa no seu processo de doença ou saúde, em qualquer etapa do ciclo de vida, a recuperar uma função ou capacidades perdidas por forma a maximizar o seu potencial funcional e independência na interação com o seu ambiente.

Os cuidados de ER devem ter como foco de atenção “a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades” (Regulamento nº 350/2015, pp.16656) e incidir na aceitação por parte do idoso das suas responsabilidades na participação do processo de reabilitação (Hoeman, 2011). Na reabilitação geriátrica, o EEER deve reconhecer que as alterações relacionadas com o envelhecimento e com as doenças crónicas são definitivas e muitas vezes progressivas pelo que deve promover o maior nível de independência possível ao longo do *continuum* dos cuidados (Hoeman, 2011).

A avaliação do idoso deverá resultar de uma combinação da sua avaliação clínica, funcional, psicossocial, educacional, dos seus recursos económicos e ambientais, da qualidade de vida e bem-estar (Cabete, 2005; Hoeman 2011; Sequeira, 2018).

A OE no artigo 4º, define três competências específicas do EEER: Cuidar, Capacitar e Maximizar (Regulamento nº 125/2011, 2011). Assim, na competência de Cuidar, compreende-se uma avaliação da global do idoso hospitalizado e o diagnóstico de alterações que limitam as suas atividades e incapacidades, identificando as suas necessidades; o EEER concebe planos de intervenção com o objetivo de promover a adaptação do idoso/cuidador informal à sua nova situação de saúde/doença e ou incapacidade. Na competência de Capacitar, pretende-se que o EEER capacite o idoso hospitalizado para uma adaptação às suas limitações, promovendo a sua autonomia e uma melhor qualidade de vida, dotando-o dos meios necessários, para

um regresso a casa em segurança; o EEER deverá promover a sua mobilidade, acessibilidade, bem como a sua integração social. E na competência de Maximizar, compreende-se que o EEER maximize a funcionalidade do idoso hospitalizado, desenvolvendo as suas capacidades, promovendo a sua independência e articulando o seu plano de intervenção de acordo com os resultados esperados.

O plano de reabilitação deverá ser pouco exigente, variado e motivante devido às características do envelhecimento, onde o nível terapêutico dos exercícios, o tipo e a independência nestes sejam regulados por forma a conservar a energia e a evitar a fadiga. É importante que seja considerado preferencialmente o desempenho de AVD, através de um exercício regular, que se estimule aquisições e destrezas simples e que se previna o aparecimento de mais incapacidades (Ruipérez & Llorente, 1998; Hoeman, 2011), com o objetivo de minimizar as necessidades de assistência externa através de técnicas ou equipamento adaptativo, nomeadamente no treino da mobilidade e autocuidado (Cameron & Kurrle, 2002; Lee, Staffileno, & Fogg, 2013).

As intervenções de ER devem ser adequadas para que se atinjam objetivos ajustados à sua situação individual e devem ter como finalidade proporcionar ao idoso o máximo de autonomia e independência possível. No entanto, é importante que o EEER exerça a sua prática ainda mesmo antes do idoso estar clinicamente estabilizado, com o objetivo de prevenir contraturas e atrofia, evitar a dor ou lesões articulares, manter o tónus, a força muscular e a função (Hoeman, 2011).

O mesmo autor defende que os exercícios aeróbicos e os de treino de força podem prevenir ou reverter as alterações da função muscular relacionadas com a idade, bem como aumentar a resistência e o estado de saúde geral. Os exercícios de carga melhoram a força e a estabilidade postural, e ainda a capacidade de controlo, vigilância e a atenção, o que contribui para a prevenção das quedas associadas ao declínio funcional do idoso. O treino de deambulação melhora a estabilidade postural dinâmica.

A avaliação dos resultados das intervenções do plano de cuidados e a adaptação das mesmas consoante essa avaliação, resultam em níveis mais elevados de capacidade funcional do idoso, pois promove um *coping* eficaz, uma melhor satisfação do idoso/família e conseqüentemente uma melhoria na sua qualidade de vida (Menoita, 2012).

Para Boltz et al. (2012), intervenções de enfermagem que promovam a independência funcional e atividade física podem minimizar o risco de declínio funcional adquirido durante a hospitalização e em simultâneo facilita a transição para serviços de reabilitação em cenários pós-agudos. Os planos de cuidados devem englobar a atividade física e o desempenho nas AVD, sendo necessário adaptar o ambiente físico aos idosos que apresentem limitações funcionais. Desta forma, o cuidado ao idoso tendo em conta a sua capacidade e potencial funcional pode impedir uma institucionalização desnecessária, custos, e diminuição da sua qualidade de vida.

A educação para a saúde em conjunto com alterações a nível estrutural da organização, também, podem contribuir para a prevenção do declínio funcional do idoso. O plano de enfermagem deve ter como objetivo maximizar a independência do utente, através intervenções como o levante para refeições, treino de deambulação diária, alternância de decúbitos e o incentivo do uso do WC (Lee, Staffileno, & Fogg, 2013).

Durante o internamento hospitalar é o enfermeiro quem mantém uma permanência constante e de forma contínua com o idoso, o que possibilita a preparação deste e sua família para o regresso a casa. A temática da preparação do regresso a casa é descrita como um processo contínuo e gradual que deve ser iniciado aquando a admissão do idoso até à sua integração no contexto familiar. Deve ser rigoroso e com o envolvimento da equipa multidisciplinar (Petronilho, 2007, 2016; Rebelo, 2012).

O EEER deve assumir um papel preponderante neste processo, nomeadamente na promoção da readaptação funcional do idoso hospitalizado, corroborando o preconizado pela OE (Regulamento nº 350/2015) que identifica a readaptação funcional como enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de ER. É um dos focos de atenção do EEER o desenvolvimento de processos adaptativos através de uma relação interpessoal com o idoso/família, sendo assim importante que este dê o seu contributo em cuidados que dependem da sua conceção e tomada de decisão.

Deve ser realizado de forma sistemática para se obterem resultados efetivos na satisfação e capacitação do idoso e cuidador informal, numa melhor referenciação, na redução do tempo de internamento, na diminuição de complicações após a alta

hospitalar e conseqüentemente menos readmissões, o que contribuirá para uma diminuição dos custos financeiros do sistema de saúde (Petronilho, 2007, 2016).

De acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2015), em Portugal existem 110 355 pessoas dependentes no autocuidado no domicílio. Pelo que se compreende como principal objetivo da preparação do regresso a casa ajudar o idoso hospitalizado e família a adaptar-se à nova situação de saúde, por forma a assegurar a continuidade de cuidados⁵ com qualidade no regresso ao contexto familiar. O EEER deve contribuir para a aquisição de estratégias por parte do idoso que permitam uma adaptação eficaz ao domicílio, reforçar comportamentos de adaptação positiva, minimizando o impacto da sua incapacidade, integrando, em simultâneo, contributos da equipa multidisciplinar. Desta forma assumirá as funções descritas por Menoita (2012) – Interpretar, Consolidar, Conservar e Integrar – para a promoção da readaptação funcional do idoso dependente.

O EEER deve assumir a liderança na preparação do regresso a casa, dando resposta às necessidades e dificuldades do idoso/família no seu contexto habitual e estilo de vida, através da mobilização dos recursos necessários para a sua capacitação no autocuidado (Rebelo, 2012). A promoção do autocuidado deve ser um processo coletivo realizado pelo indivíduo conjuntamente com o enfermeiro e restante equipa multidisciplinar, com o principal objetivo de melhorar a sua qualidade de vida (Petronilho, 2012).

A nível nacional, a intervenção do EEER no idoso hospitalizado, é um domínio ainda pouco explorado, contudo importa referir alguns estudos de investigação que confirmam e validam as intervenções de ER desenvolvidas. Ferreira (2011), realizou um estudo transversal, no qual testou os efeitos de um programa de reabilitação implementado por EEER a 40 idosos, no domicílio, onde concluiu que os idosos deste programa, apresentavam maior independência funcional no final do programa, em comparação com o momento de admissão neste, confirmando a relevância atribuída aos cuidados de ER.

Em 2012, Rodrigues & Mendes realizaram um estudo onde procuraram avaliar, numa amostra de 51 idosos hospitalizados, se o declínio cognitivo se agravava com a hospitalização e se contribuiria para o risco de queda, concluindo que vários

⁵Entende-se como continuidade de cuidados quando estes são prestados de maneira a que se complementem num tempo adequado, por diferentes prestadores, de forma coerente, lógica e oportuna (Mendes, Gemitto, Caldeira, Serra, & Casas-Novas, 2016).

fatores de risco associados ao declínio funcional e cognitivo dos idosos hospitalizados podem ser minimizados ou evitados através de programas de ER, referindo a importância da monitorização das alterações da capacidade funcional na população idosa hospitalizada, bem como a implementação de mobilizações ativas e estimulação cognitiva durante o internamento.

Mais recentemente, Preto et al. (2016) pretenderam avaliar alterações na aptidão funcional de um grupo de intervenção de 15 participantes, através de um programa de ER com base no exercício físico de moderada intensidade, e observaram que se registou um aumento significativo da aptidão funcional.

O EEER deve assegurar uma avaliação contínua do idoso para que as suas intervenções se adequem às alterações das necessidades e assim garantir a sua reintegração e prevenir o reinternamento (Hoeman, 2011). A continuidade dos cuidados será através da articulação com os cuidados de saúde primários, ou com outros recursos na sociedade, por forma a assegurar a transição do hospital para a comunidade (Rebelo, 2012), através de registos de enfermagem individualizados e completos, da partilha de informação entre a equipa multidisciplinar e através da articulação com os recursos na comunidade (Jerónimo, 2013).

Apesar do investimento em infraestruturas de suporte, como a da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI), as famílias que vivem fora do apoio desta ainda são em número elevado, muito relacionado com o tempo prolongado de espera de vaga que é, na sua maioria incompatível com o tempo esperado de internamento. De acordo com a Administração Central do Sistema de Saúde (2017) ocorreu um aumento do tempo desde a referenciação para a RNCCI até à identificação de vaga. Em 2016 para as unidades de média duração e reabilitação (UMDR) as regiões do Algarve, Alentejo, e Lisboa e Vale do Tejo (LVT) foram as que registaram um maior aumento, em comparação com o ano anterior. Em LVT o aumento foi de 30 para 33,3 dias de espera para as UMDR e para as ECCI foi de 3,7 dias para 4,8 dias. Embora em LVT tenha ocorrido uma redução de 24,9 para 15,8 dias de espera para as Unidades de Convalescença, ainda é a região do país com o tempo de espera mais elevado.

Estes valores vêm reforçar o facto de que quando os utentes têm acesso a este suporte, muitas vezes já experienciaram a nova situação de saúde no contexto familiar, no domicílio, com reduzido ou ausente apoio domiciliário através dos

recursos públicos existentes na área de residência. De acordo com o OPSS (2015) cerca de 10% das famílias têm uma pessoa dependente no autocuidado, o que pode implicar o recurso a um cuidador informal por razões ligadas à perda de autonomia⁶ física, psíquica ou intelectual, apresentando necessidade de assistência para a realização das atividades, principalmente ao nível do cuidado pessoal.

Assim, deve-se considerar o cuidador informal como parceiro no processo terapêutico, devido ao papel que este apresenta no processo de transição do hospital para o domicílio, na medida em que é este que estará com o idoso em casa e o ajudará, quando necessário, na satisfação das suas necessidades, garantindo desta forma, a continuidade dos cuidados. No contexto familiar, o idoso dependente pode necessitar que o cuidador informal se adapte e adquira conhecimentos, capacidades e habilidades para lidar com a sua situação de dependência, que pode afetar o seu autocuidado, bem como o seu bem-estar. Considera-se que o EEER tem um papel primordial na transferência dos conhecimentos necessários para a promoção da readaptação funcional do idoso dependente (Menoita, 2012).

Por esta razão, o EEER deverá mostrar disponibilidade para dar o suporte necessário à família, de uma forma sistematizada e com especial atenção no momento imediato ao seu regresso a casa. Sendo que deverá existir um envolvimento dos cuidadores informais durante este período, por forma a ser promovida a consciencialização destes para o exercício deste papel e capacitá-los, quando necessário, sobre os cuidados que devem assegurar. O apoio nas decisões familiares é positivo e cabe ao EEER informar sobre a utilização de equipamentos adaptativos e de recursos na comunidade, que sejam promotores da reconstrução da autonomia do idoso e facilitadores do exercício do papel do cuidador informal (Petronilho, 2016).

A oferta de ferramentas e recursos aos doentes e cuidadores vai ajudá-los na transição de cuidados, sendo que a informação e a comunicação são importantes para que o processo de planeamento da alta seja de qualidade (National Transitions of Care Coalition, 2010). Ao facilitar a adaptação saudável do idoso à sua nova condição de saúde, o enfermeiro pode impedir resultados negativos no decurso da

⁶São várias as conceptualizações de autonomia e que vão ao encontro da oportunidade que é dada ao indivíduo para decidir sobre a sua vida. Para Sequeira (2018, p.3) autonomia refere-se à “capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida quotidiana de acordo com as próprias regras e preferências (...) capacidade de cada um para cuidar de si, a capacidade de adaptação ao meio e ser responsável pelas suas ações”.

experiência do regresso a casa, o que de acordo com Ferreira, Mendes, Fernandes, & Ferreira (2011) contribui para a redução do tempo de internamento, para o reassumir da vida social por parte do utente, facilita a transição destes do hospital para a comunidade, e possibilita a resolução de problemas que possam surgir.

1.3. Utilização do quadro de referência em enfermagem

Através de uma teoria é mais fácil organizar o pensamento sobre assuntos relevantes para a evolução dos cuidados de enfermagem, articulando de forma organizada, coerente e sistemática informações relacionadas com aspetos da disciplina de Enfermagem, sendo comunicadas como um todo por forma a descrever ou explicar fenómenos, e assim servir de base para a orientação dos cuidados de enfermagem (Marriner-Tomey & Alligood, 2004).

O modelo conceptual de Dorothea Orem contribuiu para a resolução da problemática escolhida, pois como demonstra a literatura, a TDAE assenta na premissa de que todas as pessoas possuem potencial, em graus diferentes, para cuidarem de si mesmos e dos que estão sob sua responsabilidade.

O Autocuidado é o conceito central desta teoria e de acordo com Orem (2001, p. 43) refere-se à “práctica de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar”, encontrando-se intimamente relacionado com os conceitos de autonomia, independência e responsabilidade social. Esta definição também é reforçada na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2015, onde o autocuidado é definido como “atividade realizada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (OE, 2016). É considerado um dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo que desta forma a sua avaliação é importante para evidenciar a efetividade destes cuidados (Doran, 2003).

A TDAE é uma teoria geral composta por três teorias que se relacionam entre si: a Teoria do Autocuidado, que se baseia no pressuposto de que a pessoa tem capacidade para cuidar de si e que desempenha atividades e comportamentos para

se manter saudável e para o seu desenvolvimento pessoal e bem-estar; a Teoria do Défice do Autocuidado, que reconhece as necessidades em autocuidado, apresentando a pessoa um défice de autocuidado, sendo que descreve e explica por que razão as pessoas podem ser ajudadas pelos enfermeiros; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as ações realizadas pelos enfermeiros no sentido de colmatar as limitações no desempenho do autocuidado, e que podem ser dirigidas à pessoa ou familiar cuidador com necessidades terapêuticas de autocuidado (Orem, 2001).

Na Teoria do Autocuidado, a ação de autocuidado é um conceito central, que traduz a capacidade do indivíduo para se envolver no autocuidado que exige um conjunto de habilidades físicas, cognitivas, emocionais e comportamentais que podem ser afetadas por fatores condicionantes básicos de origem interna (género, idade, estado de desenvolvimento) ou externa (fatores ambientais, estilos de vida, envolvimento em atividades do dia-a-dia) e que podem afetar o tipo e quantidade de autocuidado necessário (Orem, 2001). Ou seja, é uma ação tomada com base na motivação ou na procura de resultados em saúde pela pessoa e que também engloba o domínio psicossocial (Petronilho, 2012).

O desenvolvimento deste ensino clínico assenta na TDAE, pois possibilita a identificação das necessidades de autocuidado e na capacidade/recursos do idoso hospitalizado para a execução das atividades do autocuidado, surgindo a necessidade de intervenção de ER perante a avaliação dos défices de autocuidado. Assenta principalmente na Teoria dos Sistemas de Enfermagem, onde se incluem o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação.

Desta forma, para uma prática de cuidados de excelência em enfermagem é importante adequar intervenções, agir ou fazer pela pessoa, guiar e orientar, proporcionar apoio físico e psicológico e proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal e sua capacitação (Orem, 2001).

A aquisição de competências/*empowerment*⁷ por parte do idoso/cuidador informal deverá ser realizada através de Ensinos, que necessitam de um envolvimento ativo

⁷O *empowerment* pode ser visto como um processo de capacitação do idoso/cuidador informal que envolve uma mudança no equilíbrio de poder, ou como um resultado desse processo. As dimensões refletem indicadores de

por parte dos elementos e devem ser realizados individualmente. Neste processo de ensino-aprendizagem deve-se incidir na informação teórica (ex.: gestão da medicação) e em aspetos mais técnicos (ex.: vestir-se) (Petronilho, 2016), adequando a informação e a linguagem ao utente/cuidador informal, dando-lhes oportunidades para formular e exprimir as suas necessidades em termos de ensino e dosear e repartir a informação que se quer transmitir (Temudo, Westwood, Rua, & Relhas, 2016).

resultado, como a participação na tomada de decisões e controle, e indicadores de processo, como aquisição de conhecimento e habilidades de confronto (Cerezo, Udina, & Hito, 2016).

2.DESCRICÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO PERCURSO FORMATIVO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Neste capítulo encontra-se uma reflexão das competências comuns desenvolvidas em vários domínios como futura Enfermeiro/a Especialista (EE) e mestre na área de reabilitação na promoção da readaptação funcional do idoso hospitalizado na preparação do regresso a casa, através da descrição de atividades desenvolvidas de acordo com os objetivos específicos que foram delineados no projeto.

2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Foi fundamental refletir e desenvolver competências neste âmbito, mobilizando o conhecimento ético-deontológico (Lei n.º 156/2015) na prática profissional, nomeadamente a nível de tomada de decisão nos cuidados para o desenvolvimento de um cuidar centrado na pessoa, em situações complexas de cuidados, tendo presente os princípios da autonomia e da responsabilidade profissional.

Durante a prestação de cuidados foram tidos em conta os princípios éticos, valores e normas deontológicas e não foi realizada algum tipo de diferenciação, favorecimento ou omissão de cuidados, respeitando o princípio da igualdade e justiça. Informou-se sempre os utentes relativamente à sua situação de saúde para que em conjunto com estes se elaborasse um programa de reabilitação adequado à sua condição e expectativas, assegurando assim o dever de informação preconizado pela OE (Lei n.º 156/2015). Assegurou-se o consentimento e a liberdade de escolha, sendo que as intervenções desenvolvidas tiveram como objetivo a criação de uma relação de confiança com o idoso/família, tendo sido valorizada a autonomia e o projeto de vida deste no seu processo de cuidados, com o intuito de promover a sua readaptação funcional, garantindo o respeito pela dignidade humana.

O princípio de autonomia permaneceu sempre presente nos dois campos de estágio. No entanto, constatou-se que a autonomia de decisão do EE encontra-se mais facilitada no contexto da comunidade, uma vez que na ECCI, o método de cuidados utilizado é o de gestor de cuidados, o que de acordo com Hoeman (2000) permite que os cuidados de saúde, apesar de multidisciplinares, sejam triados, planeados e

geridos pelo EE. Neste contexto, os processos de admissão são da responsabilidade do EE, sendo este quem realiza a avaliação do idoso, toma decisões, define os objetivos do plano de cuidados e a periodicidade das visitas domiciliárias (VD), os recursos necessários, e a articulação com outros profissionais – médico, psicólogo, entre outros. Neste *continuum* também o processo de alta é da sua responsabilidade, sendo esta efetivada após garantia das condições necessárias para tal.

Em ambos os contextos de estágio a autonomia para tomada de decisão foi influenciada por fatores relacionados com o idoso (ex: o seu estado clínico), com a equipa de saúde (ex: uma articulação sem sobreposição com outros intervenientes – enfermeiro generalista, médico, fisioterapeuta, entre outros), e com a instituição (ex: burocracias). Constatou-se uma evolução gradual do raciocínio crítico, perante as várias circunstâncias a considerar na autonomia de decisão.

Pretendeu-se contribuir para a segurança, privacidade e dignidade do idoso, tanto no âmbito da sua readaptação funcional na preparação do regresso a casa, bem como em práticas de cuidados que podem comprometer esses aspetos, através por exemplo da realização de ensino e treino dos princípios da mecânica corporal junto da família, principal parceiro nos cuidados no domicílio (técnica de posicionar, transferências leito/cadeira, reposicionar na cadeira), com o objetivo de prevenir lesões músculo-esqueléticas e minimizar a ocorrência de acidentes, pois a adoção de uma postura correta no dia a dia tem um impacto positivo na saúde (OE, 2013), contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao idoso/família

Relativamente à proteção, respeito e defesa da pessoa, a título de exemplo, no contexto da comunidade, foram ativados dispositivos de retaguarda da RNCCI (Tipologia: Descanso do Cuidador), da área de residência (limpeza camarária) e da Equipa de Prevenção da Violência no Adulto.

Respeitou-se o sigilo profissional, assegurando a confidencialidade e segurança da informação dos utentes e instituições que estiveram envolvidas no decorrer deste percurso formativo, tal como preconizado pela OE (Lei n.º 156/2015).

Assim, a mobilização e desenvolvimento destes princípios e valores que se consideram primordiais e estruturadores da intervenção do EE na prática de cuidados vai ao encontro do preconizado pela OE ao referir que o EE detém “um

conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão” (2011, p. 8648). A exigência da prática profissional como futura EE também se sustentou nos princípios que se encontram no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2015b) que em conjunto com o código deontológico são os pilares da nossa profissão.

2.2. Domínio da melhoria da qualidade

Neste domínio no âmbito dos cuidados prestados ao idoso considerou-se essencial realizar uma análise inicial dos registos de enfermagem e dos processos clínicos dos idosos com quem trabalhei, com o intuito de recolher informação pertinente que permitisse o desenvolvimento de programas de reabilitação e a articulação com outros serviços e/ou com a comunidade nos dois campos de estágio. Nomeadamente, o que concerne ao que a equipa de enfermagem conhecia do idoso/cuidador informal, tanto a nível da informação registada no instrumento de colheita de dados, de alta/transferência (ex: educação para a saúde realizada durante o processo de preparação do regresso a casa), bem como a articulação com os recursos da comunidade.

Verificou-se que informações importantes se encontram evidenciadas nos registos, nomeadamente em relação à sua identidade (ex: nome e idade), conhecimento do seu contexto de vida (ex: profissão) e de doença, problemas decorrentes do processo de envelhecimento (ex: avaliação das AVD e da acuidade auditiva), conhecimento dos seus hábitos e atividades de vida, e da sua rede de apoio. No entanto, constatou-se a existência de algumas lacunas de informação nos registos de enfermagem, no serviço de medicina, relativamente à continuidade de cuidados, e por isso realizou-se um esforço em conjunto com os EEER, para que na nota de alta/transferência de enfermagem estivesse incluída a última avaliação das AVD e as atividades desenvolvidas pelo EEER durante o internamento, através da troca de informações sobre atividades desenvolvidas e os ganhos em saúde alcançados, durante a passagem de ocorrências.

Através destas informações foi possível conhecer melhor o idoso na sua globalidade, e em conjunto com o seu potencial de desenvolvimento estabeleceram-se objetivos comuns e estratégias, favorecendo o seu envolvimento na promoção da sua readaptação funcional. Planearam-se cuidados de forma estruturada, contínua e gradual na preparação do regresso a casa, considerando-se uma ferramenta de apoio na gestão e eficiência das atividades, o que contribui para uma melhor qualidade da informação (registos) e dos processos (cumprimento das etapas de enfermagem) tal como referem Fernandes & Tareco (2016). Foi essencial o conhecimento e envolvimento do idoso/família neste plano, corroborando Santos et al. (2016) quando reforçam a importância da coparticipação do idoso neste planeamento para uma redução da insegurança e dos eventos adversos no idoso hospitalizado.

A prevenção de eventos adversos⁸ no idoso hospitalizado é considerada como parte integrante de um ambiente de cuidados seguro e de qualidade (Santos et al., 2016). Assim, procurou-se conhecer e mobilizar normas e protocolos existentes no âmbito da qualidade, nomeadamente, nos focos de queda e úlcera de pressão. Realizou-se o diagnóstico precoce e ações preventivas (ex: retirar obstáculos no circuito do utente) por forma a prevenir complicações, evitar incapacidades e assegurar a manutenção da capacidade funcional do idoso (Regulamento nº 125/2011, 2011). Estes dois focos consideram-se indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem, e a monitorização do risco através do uso de escalas, definição de diagnósticos e intervenções dirigidas constituem parte integrante da intervenção do EE. Tendo este fato em conta, realizou-se uma avaliação dos fatores de risco através da escala de *Braden* e da escala de risco de queda de *Downton* e de *Morse*.

Importa referir que se utilizou equipamento de proteção individual (avental, luvas e máscara facial) respeitando assim as regras de segurança básicas durante a prestação de cuidados.

Para Hesbeen (2003) existem quatro níveis de ambiente: o físico (ex: aspetos de arquitetura), o humano (ex: comportamentos superprotetores), o administrativo e de gestão (ex: burocracias), e relacionado com fatores pessoais (ex: motivação). Tendo

⁸Entende-se por evento adverso um efeito não desejado resultante dos cuidados de saúde, seja por falha ou omissão na prestação dos cuidados que pode causar dano ou lesão, podendo representar um prejuízo temporário, permanente ou até a morte do utente. No idoso hospitalizado pode resultar em perdas na capacidade funcional, aumentando a predisposição ao processo de fragilização e que pode contribuir para um agravamento do prognóstico (Castilho, Parreira, & Martins, 2016; Santos et al., 2016).

estes aspetos em atenção, contribuiu-se para a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, pois apesar de inserido num domínio comum de competências, a especificidade de conhecimentos da ER permite-nos ter outro olhar sobre o ambiente envolvente, como um fator importante a ter em conta no processo de reabilitação,

Enquanto futura EE assumiu-se a responsabilidade de ensinar/instruir/treinar o idoso/cuidador informal na realização das suas AVD, pois estas atividades favorecem o desenvolvimento de competências ao nível da melhoria da qualidade na medida em que, tal como referem Santos et al. (2016) se promove a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro.

Também, a monitorização das intervenções e a tomada de decisão com base nos ganhos de saúde obtidos (ex: utilização da escala de *Lower* e de *Barthel*, com aumento gradual do número de séries e repetições dos exercícios propostos) foram importantes para a implementação deste projeto e do trabalho em parceria com idoso/família (Regulamento nº 125/2011, 2011), contribuindo para uma melhoria da qualidade dos cuidados.

2.3. Domínio da gestão de cuidados

Neste domínio encontram-se incluídas todas as atividades que se desenvolveram por forma a promover a participação, motivação, o envolvimento da equipa de enfermagem e uma adequada articulação, tanto a nível intra-hospitalar com a equipa multidisciplinar e extra-hospitalar com a comunidade.

Participou-se em decisões, partilhou-se pareceres e momentos importantes, tendo tido na ECCL a possibilidade de intervir na reunião semanal onde se identifica a necessidade de intervenção de outros elementos da equipa interdisciplinar no processo de Cuidar do idoso/família, como resposta às necessidades específicas deste e mediante a partilha da avaliação efetuada.

A participação nesta reunião foi uma mais-valia pelo contacto com diferentes profissionais que constituem a equipa interdisciplinar (EE, médica clínica geral, assistentes sociais, e psicólogos) que contribuem com o seu conhecimento, percebendo como se organizam na definição e conquista de objetivos comuns e de como a avaliação do estado funcional do idoso é incorporada no processo

interdisciplinar de cuidados, sendo este trabalho em equipa uma componente essencial em reabilitação (Hoeman, 2011).

No meio hospitalar o planeamento e a tomada de decisão nos cuidados a prestar englobaram uma articulação com os cuidados de enfermagem gerais e com outros profissionais, tendo sido desenvolvida uma progressiva capacidade de gestão dos cuidados com os colegas generalistas (ex: os cuidados de higiene ao idoso foram considerados um momento privilegiado para o treino desta AVD).

O plano de reabilitação foi elaborado tendo em conta o ambiente em casa, numa perspectiva de que alterações decorrentes do processo de envelhecimento em conjunto com condições habitacionais pouco favoráveis (observadas no estágio na comunidade - ex: presença de escadas entre divisões), propiciam o risco de queda do idoso e conseqüentemente são um potencial para um agravamento de limitações já existentes. Também neste âmbito aconselhou-se o idoso/família a adaptar o ambiente por forma a este se tornar seguro e capacitador (ex: retirar tapetes soltos), o que permitiu o desenvolvimento de competências ao nível da gestão de recursos.

2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Neste domínio considera-se a prática reflexiva uma ferramenta fundamental para a procura constante da excelência dos cuidados. Permitiu uma consciencialização do saber, da prática e a identificação de necessidades formativas, que se procurou colmatar através do desenvolvimento da autoaprendizagem, com uma permanente atualização e um contínuo aprofundamento do conhecimento científico como a pesquisa bibliográfica, a colocação de questões, a avaliação, e a reflexão crítica com os enfermeiros orientadores sobre o desempenho diário. O que contribuiu para o desenvolvimento de competências a nível pessoal e profissional, como suporte na tomada de decisão, e como base para uma praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Regulamento nº 122/2011, 2011) em diversas áreas (ex: características do envelhecimento, instrumentos de avaliação/escalas existentes, avaliação neurológica, exercícios de fortalecimento muscular, treino de deambulação e de equilíbrio, e estimulação cognitiva). Neste âmbito realizaram-se quatro jornais de aprendizagem onde utilizei o *Ciclo de Gibbs*, dois em cada campo

de estágio, que se consideraram um subsídio para a prática de cuidados (Apêndice II).

Realizou-se uma revisão *scoping* e narrativa da literatura, por forma a adquirir conhecimentos atualizados e válidos que permitissem sustentar esta problemática, bem como incluir na prática a evidência científica disponível, com o objetivo de melhoria das práticas na preparação do regresso a casa do idoso hospitalizado, nomeadamente a nível da promoção da sua readaptação funcional.

O desenvolvimento de competências foi, também, junto das equipas de enfermagem, através da aprendizagem experiencial, da formação em contextos informais, com base na evidência científica existente na literatura e em simultâneo com a supervisão das práticas. Incentivou-se as equipas para uma prática reflexiva através de uma partilha de saberes e ideias, o que tornou possível a realização do diagnóstico das suas necessidades formativas e atuação perante as mesmas, e ainda o desenvolvimento do pensamento crítico dos enfermeiros, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados mudando algumas atitudes na prática, como por exemplo ao nível do levante diário do idoso hospitalizado.

De acordo com a partilha do dia-a-dia com a equipa de enfermagem nos locais de estágio e atendendo à identificação das suas necessidades, validou-se com os enfermeiros orientadores a priorização destas. Assim, na ECCI uma vez que a informação escrita como apoio para os utentes era escassa e no serviço de medicina o tempo dos enfermeiros para despender em formação era reduzido, pretendeu-se oferecer subsídios aos utentes para cuidarem de si próprios no domicílio, conforme a premissa do referencial teórico escolhido. Forneceram-se as devidas orientações nesse sentido com ações focalizadas no ensino durante o internamento dos utentes, com estes e seus cuidadores informais, bem como através de informação escrita com o intuito de fornecer material de apoio para o domicílio, permitindo uma continuidade de cuidados.

Para tal elaboraram-se dois folhetos (um em cada campo de estágio) com o tema “Pessoa amputada: cuidados no domicílio”, com informações importantes para a pessoa submetida a amputação dos membros inferiores, tais como cuidados com o coto, posicionamentos permitidos e a evitar do membro inferior amputado; e “Vestir/Despir e Higiene no utente com Acidente Vascular Cerebral (AVC)”, onde se fornecem estratégias sobre estes autocuidados. Também se elaborou um

documento orientador sobre inaloterapia para a alta, no serviço de medicina, com indicações sobre a técnica de administração de inaloterapia (Apêndice III). Foram escolhidos estes três temas, pois os cuidados com o coto no domicílio foi uma necessidade identificada numa utente da ECCI e o AVC e a descompensação da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) foram os diagnósticos de internamento mais comuns, no serviço de medicina, durante o período de estágio. O AVC pela necessidade de adaptação do utente à sua nova condição de saúde e a inaloterapia como estratégia de prevenir novos reinternamentos.

Ao longo da prestação de cuidados ao idoso/cuidador informal no âmbito da gestão da sua nova condição de saúde, desenvolveram-se competências ao nível da avaliação multidimensional do idoso e consequentes intervenções. Promoveu-se a educação para a saúde e o domínio dos conhecimentos, tendo em conta as necessidades individuais identificadas, apoiando a tomada de decisão nos cuidados e desenvolvendo a mestria necessária para a promoção da sua readaptação funcional no domicílio.

Privilegiou-se a validação prévia da intervenção com os enfermeiros orientadores e estes, apelando à reflexão acerca da pertinência da intervenção, contribuíram para a mobilização de conhecimentos adquiridos ao longo de todo o percurso formativo. O que permitiu consolidar esses conhecimentos, e também, fundamentar as decisões tomadas tendo em conta a qualidade dos cuidados de ER prestados.

As reuniões tutoriais também possibilitaram um percurso formativo enriquecedor, bem como a partilha de experiências de fatores facilitadores, das oportunidades e adversidades vivenciadas e das estratégias desenvolvidas, pois foram momentos formativos de reflexão e de análise/avaliação das práticas.

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO PERCURSO FORMATIVO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

No domínio da prática clínica procurou-se o desenvolvimento de competências específicas do EEER com o intuito de atingir a perícia na prestação de cuidados centrados na pessoa em todas as situações de aprendizagem, através da sustentação da prática em conhecimentos sólidos e válidos, nomeadamente na readaptação funcional (Regulamento nº 350/2015) do idoso hospitalizado na preparação do regresso a casa (Petronilho, 2007, 2016; Rebelo, 2012) e na TDAE (Orem, 2001).

Procurou-se conhecer o idoso em toda a sua globalidade por forma a atender à sua singularidade, adequando a linguagem e demonstrando disponibilidade, permitindo o estabelecimento de tempo e espaço para a construção de uma relação de respeito e de confiança mútua, através da escuta ativa e com base nas suas crenças e valores, bem como na compreensão e partilha de conhecimentos (McCormack & McCance, 2010) com o objetivo de o capacitar na ação de autocuidado, desempenhando um papel ativo e de cooperação na promoção da sua saúde, autonomia e independência. O que resultou num trabalho em parceria com o idoso/cuidador informal na promoção da sua readaptação funcional, e conseqüentemente melhoria da sua qualidade de vida. A observação e a entrevista face a face consideraram-se essenciais para a recolha de dados singulares permitindo ultrapassar limitações decorrentes do processo de envelhecimento (ex: diminuição da acuidade visual e/ou auditiva).

Privilegiou-se o momento do acolhimento, pois é neste primeiro contacto que o idoso/família formam uma opinião em relação à instituição e equipa de saúde, o que poderá influenciar o início de uma relação de ajuda na prática dos cuidados, e conseqüentemente, a preparação do regresso a casa. Na ECCI foi possível participar na primeira VD a alguns utentes, com o objetivo de realizar uma avaliação inicial o mais completa possível do idoso. É exposta a sua situação individual/familiar, tendo em conta que se encontram no seu contexto de vida, identificando barreiras arquitetónicas e avaliando o tipo de ajuda necessária para criar as adaptações para o idoso realizar da melhor maneira possível as suas AVD

no ambiente em que vive, intervindo na promoção da mobilidade e acessibilidade (Hoeman, 2011).

Nesta reunião identificaram-se as necessidades reais de intervenção em contexto domiciliário, uma avaliação dos conhecimentos e capacidades do idoso e do cuidador informal para assumir os cuidados em casa bem como, das suas condições sociais, económicas e psicológicas, preparando o cuidador informal para a situação de cuidar uma vez que, o EEER ao intervir com a família desenvolve uma parceria que se caracteriza pela cooperação e responsabilidade partilhada, o que favorece o processo de capacitação/*empowerment* (Menoita et al, 2012).

Assim, através da avaliação global do idoso e indo ao encontro do referido por Sequeira (2018) identificaram-se quais as dimensões da sua funcionalidade que contribuem para a dependência tais como a audição, visão, comunicação, capacidade de aprender, utilização do conhecimento, mobilidade, capacidade de utilizar os membros superiores e inferiores, capacidade de cuidar de si, de realizar tarefas domésticas e de se relacionar com outros; avaliar outras dimensões como os recursos económicos, ambientais e o estado de saúde global; e identificar quais as necessidades de ajuda (formal e informal). Ou seja, determinaram-se os fatores condicionantes básicos (ex: sexo, idade, estado de saúde, fatores associados ao diagnóstico e tratamento, como por exemplo a polimedicação, situação familiar, disponibilidade de recursos) e identificaram-se os requisitos de autocuidado universais⁹, de desenvolvimento (ex: alterações decorrentes do envelhecimento) e de desvio de saúde (necessidades, défices, recursos disponíveis) (Orem, 2001) para a sua reabilitação em conjunto com a sua família, possibilitando um cuidado humanizado e centrado no idoso.

Como parte integrante do processo de enfermagem realizou-se uma avaliação funcional do idoso por forma a avaliar a sua capacidade em satisfazer as necessidades de autocuidado terapêutico¹⁰, e consequentemente avaliar a sua

⁹Os requisitos de autocuidado definem-se como ações necessárias para a provisão do autocuidado. Orem considera 8 requisitos universais de autocuidado: a manutenção 1) de uma quantidade suficiente de a, 2) de uma ingestão suficiente de água, 3) e de uma ingestão suficiente de alimentos; 4) uma provisão de cuidados associados aos processos de eliminação; a manutenção 5) do equilíbrio entre a atividade e o repouso, 6) e entre a solidão e a interação social; 7) a prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano; 8) a promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, e as limitações conhecidas e o desejo de ser normal (2001).

¹⁰A Necessidade de Autocuidado Terapêutico “é uma estrutura formulada e expressa em emoções ou medidas de cuidados que deve ser executada para gerar processos de ação, utilizando os meios selecionados para atender, ou

capacidade funcional para o desenvolvimento das AVD e Autocuidado, identificando os fatores facilitadores e inibidores para a realização destas no seu contexto de vida. Esta avaliação, na prática da ER, revelou ser importante, uma vez que a atuação do EEER se direciona para a manutenção/recuperação da função, tendo em conta a sua avaliação, pois a dependência deverá ser vista como um processo dinâmico e não permanente, muito relacionado com uma intervenção adequada. Esta monitorização realizou-se no primeiro contato com o utente e no dia da alta, o que permitiu obter uma maior visibilidade dos ganhos em saúde resultantes do plano de reabilitação, mas ao mesmo tempo pretendeu ser uma orientação no planeamento dos cuidados com objetivos reais (Apêndice IV).

Aprofundaram-se, também, competências na avaliação das funções: cardiorrespiratória, motora, sensorial, cognitiva e alimentação (Regulamento nº 125/2011, 2011), mobilizando diversas escalas e instrumentos que se encontram incluídos no documento de Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em ER (OE, 2016) (Anexo I). Também foi possível desenvolver competências na interpretação de meios complementares de diagnóstico, nomeadamente a nível respiratório (imagiologia, auscultação pulmonar, gasimetria, entre outros), pois não são exames com os quais trabalhasse habitualmente. A comparação da evolução dos resultados dos meios complementares de diagnóstico realizados, também permitiu evidenciar a eficácia das intervenções do EEER no utente.

Procedeu-se assim ao planeamento das intervenções por forma a dar continuidade ao processo de enfermagem, onde se procurou aplicar o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem do EEER (OE, 2015a) na definição de diagnósticos, objetivos e intervenções de ER, e também aplicar a Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem, em conjunto com os enfermeiros orientadores e em parceria com o idoso/cuidador informal. Elaborou-se e implementou-se planos de intervenção de reabilitação individualizados com o propósito de preparar o regresso a casa do idoso hospitalizado. Foi dada ênfase à sua readaptação funcional com segurança, mas ao mesmo tempo com intervenções ao nível da manutenção da sua mobilidade, por forma a prevenir as consequências da imobilidade, uma vez que, como já

seja, cumprir, as metas reguladoras (funcionais ou de desenvolvimento) dos requisitos de autocuidado dos indivíduos” (Orem, 2001, pp.223).

referido em capítulos anteriores, o idoso apresenta uma elevada propensão para desencadear mais rapidamente efeitos secundários à imobilidade (Apêndice IV).

Como futura EEER, com base nos Padrões de Qualidade dos cuidados de EEER da OE (Regulamento nº 350/2015) e à luz de Orem pretendeu-se responder às necessidades de autocuidado do idoso através da seleção e aplicação dos Sistemas de enfermagem na promoção da readaptação funcional do idoso na preparação do regresso a casa. Assim, pretendeu-se capacitar o idoso/cuidador informal para o autocuidado e maximizar a sua capacidade funcional para a readaptação ao domicílio, através: da redução dos requisitos de autocuidado a um patamar que permitisse ao idoso satisfazê-los; aumentar a sua capacidade de resposta à necessidade de autocuidado; foi prestado apoio ao agente de autocuidado dependente (cuidador informal), consoante o grau de dependência do idoso - Sistema parcialmente compensatório; e foi realizado ensino/instrução/treino das atividades de autocuidado tanto ao idoso como ao cuidador informal – Sistema parcialmente compensatório e Sistema de apoio-educação.

Pretendeu-se sempre fazer com o idoso e não o fazer para o idoso, pois considera-se este aspeto essencial na promoção da sua autonomia e capacitação para o autocuidado, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal. No entanto, ao longo deste período, realizou-se uma prática de cuidados centrada na pessoa e por esse motivo, e uma vez que alguns utentes apresentavam, em simultâneo, necessidade de intervenção do EEER nos três Sistemas, o Sistema totalmente compensatório também foi aplicado, no sentido em que a ação foi totalmente levada a cabo pelo enfermeiro, concretizando o autocuidado do idoso.

Enquanto futura EEER pretendeu-se capacitar e maximizar a funcionalidade do idoso com o objetivo de este recuperar a sua máxima independência possível nas AVD e no autocuidado por forma a preparar o regresso a casa com base nos métodos de ajuda identificados por Orem (2001): atuar ou fazer por outrem; orientar e dirigir com ênfase no ensino que contribuiu para que o idoso fosse capaz da gestão da sua própria saúde ou doença de forma mais autónoma e mais informada; fornecer apoio físico ou psicológico, proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal e ensinar a maneira de enfrentar a sua dependência, através do uso de meios de adaptação no sentido de facilitar o idoso na realização dessas atividades da forma mais independente possível, promovendo estratégias

para recuperar ou tornar-se independente. E conseqüentemente contribuir para ter potencial para exercer o seu papel social e produtivo na sociedade, colocando de parte a ideia de representar um peso social e financeiro.

No âmbito dos requisitos de autocuidado por desvio de saúde, procurou-se atingir os objetivos do plano de reabilitação através de ações de autocuidado a realizar pelo idoso, tais como: a consciencialização da doença e dos seus efeitos e de alterações decorrentes do envelhecimento, a procura e garantia de assistência adequada (ex: continuidade de cuidados, produtos de apoio), o cumprimento de prescrições terapêuticas e de reabilitação (ex: inaloterapia, atividades terapêuticas), a aceitação do seu novo autoconceito e autoimagem (ex: articulação com psicólogo, manter vida social), e a adoção de medidas que promovam uma melhoria do seu estado de saúde (ex: evicção tabágica, caminhadas) (Orem, 2001).

Enquanto futura EEER, desenvolveu-se competências na elaboração e implementação de programas de treino motor, cardiorrespiratório, sensorial, cognitivo, a nível da alimentação e eliminação, realizou-se ensino/instrução/treino ao idoso/família de exercícios de reeducação funcional das funções alteradas avaliando posteriormente a sua adesão, reformulando o programa de treino, sempre que necessário. Também se avaliou e interveio na redução do risco de alterações a esses níveis. Procedeu-se assim, á monitorização da sua evolução, tendo em conta a adaptação necessária às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia, independência e a sua participação (Regulamento nº 125/2011, 2011).

De acordo com Cazeiro & Peres (2010) a imobilidade pode ser mais prejudicial do que a própria doença e por essa razão questionou-se sempre a indicação de repouso absoluto no leito, bem como se avaliou a necessidade de obstáculos à mobilidade (ex: algália). Realizaram-se intervenções com o objetivo de prevenir o declínio funcional, promover a mobilidade e a atividade física do idoso, entre elas: facilitação cruzada, atividades terapêuticas (rolar, ponte e/ou rotação controlada da coxofemoral, auto mobilizações, carga no cotovelo), estimulação propriocetiva, levante precoce e diário, estimular o idoso a realizar períodos de posição ereta, incentivar a ida ao WC, realizar levante para os cuidados de higiene e para as refeições, promover o autocuidado (incentivando a alimentar-se, vestir-se/despir-se, e a realizar cuidados de higiene de forma independente) e subir e descer escadas por forma a aumentar a força muscular e coordenação, com intuito do idoso retomar

o mais precocemente possível o nível de atividade habitual, com o intuito de reduzir a duração da situação de dependência e imobilidade no hospital e no regresso a casa.

Tendo em conta as características do envelhecimento, considerou-se fundamental uma escolha pertinente dos exercícios para que fossem motivantes para o idoso. Também se teve em atenção a tolerância a determinados exercícios, pela limitação da função cardiovascular, que não permite sessões de treino intensivo, e com necessidade de reajustamentos, como por exemplo: na amplitude de movimento pretendida e a possível de alcançar e a combinação de dois ou mais segmentos articulares em apenas um único movimento, para um gasto mais reduzido de energia (Hoeman, 2011; Carvalho & Mota, 2012; Preto et al., 2016).

A flexibilidade tem um contributo importante na qualidade de vida dos idosos, pois esta é essencial para a realização de várias tarefas de vida diárias como por exemplo pentear o cabelo, calçar os sapatos, subir e descer escadas, entre outros (Carvalho & Mota, 2012), por isso realizaram-se exercícios de mobilização articular por forma a prevenir a limitação articular e alongamentos, com aumento progressivo do tempo destes. A inatividade, o sedentarismo, como referido por Veríssimo et al. (2014) e Sequeira (2018), também comprometem a flexibilidade, por essa razão realizaram-se mobilizações passivas no idoso acamado, ou com estado de consciência comprometido.

À medida que as mobilizações já eram mais ativas, desenvolveram-se estratégias para aumentar a força muscular, introduzindo resistências nas mobilizações, uso do bastão e bola e o uso de pedaleira. As alterações da massa muscular e a diminuição da ativação neuronal dos músculos são significativas com o envelhecimento, com redução da força muscular com o avançar da idade (Carvalho & Mota, 2012), motivo pelo qual se realizaram exercícios isométricos e isotónicos dos membros superiores e inferiores, com ou sem resistência. A escrita é um processo motor que depende de habilidades manuais pré-existentes, desta forma também se implementou o treino da caligrafia maximizando a coordenação da motricidade fina e do controlo da força. As intervenções ao nível da motricidade fina consideram-se importantes, pois a força de pinça digital e preensão manual são importantes para tarefas como apertar um botão ou rodar uma chave (Preto et al., 2016).

A capacidade do idoso para se equilibrar tende a estar afetada, pois esta envolve várias estruturas contribuindo para um maior risco de queda no idoso (Muller, Tavares, e Schneider 2016). Desta forma, desenvolveu-se e aplicaram-se estratégias para o treino de equilíbrio como: treino de equilíbrio sentado dinâmico; em pé estático, com recurso a espelho, e dinâmico para corrigir alterações posturais; e treino de apoio uni podal, importantes para uma marcha segura.

Também a componente de treino de deambulação foi desenvolvida, quer sob apoio unilateral ou com recurso a produto de apoio (andarilho, canadiana), com obstáculos e como treino de reeducação ao esforço, no idoso com DPOC, com realização de períodos de repouso no percurso, associados a dissociação dos tempos respiratórios e respiração diafragmática. No treino de deambulação teve-se em atenção o calçado e vestuário adequado, bem como a remoção de potenciais obstáculos do caminho.

Ao longo do internamento, procurou-se dotar o idoso/família de um corpo de conhecimentos e capacidades. Desta forma destacam-se ações que vão ao encontro da uniformização da linguagem no âmbito dos cuidados de enfermagem através da CIPE – versão 2015, do tipo: ensinar (transmitiram-se conhecimentos e foi realizado reforço da necessidade de medidas de proteção individual; realizou-se promoção de saúde e cuidados com terapêuticas específicas, prevenindo complicações, como por exemplo a inaloterapia); instruir (forneceu-se informação sistematizada sobre os procedimentos técnicos realizados); e treinar (desenvolveram-se capacidades em cuidados como a higiene, o posicionar, o transferir, conservação de energia e a gestão da medicação) (OE, 2016).

Desenvolveu-se competências no âmbito do treino das AVD, onde se teve em consideração os hábitos pessoais, a definição de estratégias facilitadoras e o estímulo do grau de participação do idoso, com o principal objetivo de retornar o mais possível à sua rotina anterior, tendo em conta o seu potencial. No treino da AVD: alimentação realizou-se primeiramente uma avaliação da deglutição, através do *Gugging Swallowing Screen* e implementaram-se medidas como exercícios de reeducação dos músculos da face e estratégias compensatórias de deglutição (posicionamentos da cabeça e pescoço, massagem da face). Relativamente ao treino da AVD: cuidados de higiene, vestir e despir foi possível promover a participação do idoso na sua higiene, ensinou-se/instrui-se/treinou-se alguns

cuidados importantes para garantir a segurança (ex: utilização de cadeira sanitária, avaliar a temperatura da água na mão do lado do hemicorpo não afetado), algumas estratégias na orientação e disposição da roupa, e sobre material para adaptar o vestuário e calçado, por forma a torná-lo mais fácil de vestir/despir e calçar/descalçar (ex: velcro, elásticos, calçadeira).

Também se realizaram intervenções ao nível do controlo da eliminação, nomeadamente exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, ensino sobre estratégias para estimular a eliminação e da importância da ingestão hídrica, bem como aconselhamento relativamente a produtos de apoio.

Ao longo das atividades desenvolvidas com o idoso incluíram-se estratégias de estimulação cognitiva com o intuito de promover uma neuroplasticidade positiva, tão importante para que se atinja níveis máximos de desempenho (Bastos, Faria, & Moreira, 2012) tais como, a associação de estímulos visuais e auditivos aos exercícios realizados pelo idoso, como por exemplo incentivar o idoso a contar o número de repetições, ou utilizar uma bola/mão como linha final para atingir a altura pretendida. Conseguiu-se desta maneira ter a atenção do idoso, ativando um maior número de áreas corticais em simultâneo, ou seja, a motora (para execução do movimento/exercício); a pré-motora (pensar e planejar previamente o que vai realizar); e a sensitiva (reforço/inibição relacionado com o feedback que recebe, tanto visual como auditivo). Elaborou-se uma caixa 'chuva de cores' (Apêndice V), com o intuito de estimular a capacidade sensorial, a coordenação, motricidade fina e o pinçar e ao mesmo tempo trabalhar a sequência, pedindo-se ao idoso para ir puxando as fitas de acordo com a indicação fornecida (ex: da mesma cor).

Desenvolveu-se o domínio da reeducação funcional respiratória (RFR), aplicando técnicas de permeabilização das vias aéreas (tosse dirigida e assistida e com contenção de sutura abdominal, manobras acessórias, drenagem postural), de promoção da expansão pulmonar (reeducação costal seletiva e global, inspirómetro de incentivo) e de promoção de uma ventilação eficaz (dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática e abdominal com e sem contenção de sutura e treino ao esforço). Tendo em conta o envelhecimento do sistema respiratório, também se realizou educação para a saúde sobre posições de relaxamento facilitadoras da respiração, correção postural, exercício físico em geral, importância da vigilância médica, vacinação e evicção tabágica.

No estágio na ECCI verificou-se que a maioria dos utentes foram referenciados por um agravamento da sua dependência, com um grau de funcionalidade atual inferior ao prévio, como consequência de um internamento hospitalar prolongado ou como resultado de complicações durante o internamento, o que resultou em limitações significativas provocando uma redução das suas capacidades no regresso a casa (ex: marcha), corroborando os estudos de Boltz et al. (2012) e de Buurman et al. (2016). Desta forma o processo de reabilitação neste contexto, implicou não só a recuperação dos 'défices novos', mas também a reaprendizagem de atividades e funções que o idoso dominava previamente. Como resultado desta experiência, quer nos estágios como na prática profissional, refletiu-se na importância de prevenir o declínio funcional associado à hospitalização, principalmente no idoso.

O estágio na comunidade revelou-se imprescindível para uma melhor compreensão da influência dos diferentes contextos no bem-estar físico e psicossocial do idoso, pois permitiu conhecer onde este vive. Deste campo de estágio destacam-se as oportunidades de observação, de conhecimento e de interação com o idoso parcial ou totalmente dependente e seus cuidadores familiares, em situação de doença no contexto domiciliário, bem como com as redes de suporte (ex: família), com os parceiros na comunidade (ex: serviços de apoio domiciliário), recursos (ex: subsídios de apoio) e formas de articulação com outros profissionais (ex: contacto por email com neurologista de um utente), projetos de apoio à população idosa (ex: 'Férias em Saúde'¹¹) e processos de referência para as diferentes tipologias da RNCCI. Para esta referência foi necessário constar: o diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional da Doença, o registo de comorbilidades, a Classificação do grau de funcionalidade segundo a CIF, uma avaliação médica, de enfermagem e do serviço social, o preenchimento da proposta da tipologia da RNCCI e ainda informação dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizadas (Artigo 20º da Portaria nº50/2017).

Também se realizaram intervenções no sentido de adaptar o ambiente ao idoso, como por exemplo regular o plano e altura do leito, reordenação da mobília, e no

¹¹Projeto entre a Câmara Municipal e a ECCI cujo objetivo é ajudar utentes de idade igual ou superior a 65 anos, de ambos os sexos, que sofrem de doenças específicas como depressão, diabetes, hipertensão arterial ou doenças osteoarticulares, inscritos nas unidades de cuidados de saúde personalizados e unidades de saúde familiar do agrupamento de centros de saúde, a viverem melhor com as suas próprias doenças, proporcionando-lhes momentos de carácter cultural, recreativo e social e envolvê-los com outras experiências de relacionamento, de comunicação e lazer.

envolvimento do cuidador informal nos cuidados. De acordo com Ferreira (2011) e Boltz et al. (2012) estas intervenções produzem resultados positivos o que favorece um cuidado adequado na manutenção e otimização do estado funcional do idoso. Assim, orientou-se o idoso/família na otimização do espaço físico, através de adaptações físicas e de mobiliário, por forma a facilitar a realização do autocuidado, e prevenir acidentes no seu domicílio, reintegrando o idoso no seu ambiente. Detetaram-se e dissiparam-se dúvidas, dificuldades e necessidades sentidas pelo idoso/cuidador informal (ex: transferências cama/cadeira).

A realidade experienciada nas VD confirma a perspetiva de Hoeman (2011) quando refere que o EEER encontra um ambiente novo em cada casa. Este aspeto foi muito gratificante, mas ao mesmo tempo é um dos mais exigentes da intervenção do EEER, pois foi necessária criatividade na implementação de intervenções adequadas à singularidade do idoso/família no seu contexto de vida. Pode-se referir como exemplos: contar grão para maximizar a motricidade fina; usar uma garrafa de plástico como peso (resistência nas mobilizações) ou como espirómetro de incentivo quando colocada uma palhinha; utilizar uma vassoura como bastão na reeducação costal global; e usar os degraus da escada, como treino de fortalecimento da musculatura dos membros inferiores, entre outros.

O estágio no contexto hospitalar por ter sido o último, permitiu firmar os conhecimentos adquiridos na comunidade e compreender quais as necessidades de aprendizagem a colmatar. Realizou-se ensino/instrução/treino de intervenções de ER com o intuito de desenvolver a potencialidade do idoso, maximizar a sua capacidade funcional, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal, e que este aceite a responsabilidade de participar no seu processo de reabilitação (Regulamento nº 350/2015), complementando alguma desta informação com suporte escrito (Apêndice III). Estas intervenções foram explicadas ao idoso/família, estimulando-os a pensar o porquê das mesmas com o intuito de perceberem os objetivos destas, o que se verificou ser facilitador da sua adesão, tal como refere Hoeman (2011).

O acesso a suporte escrito sobre os principais procedimentos a realizar é essencial para Petronilho (2007) e Boltz et al. (2012), sendo utilizado como instrumento de reforço na aquisição e na solidificação de conhecimentos e capacidades, parecendo dar um contributo significativo na melhoria das competências do idoso/família no

contexto familiar. Os autores consideram este suporte como um recurso facilitador para uma prática eficaz e como tal deve fazer da preparação do regresso a casa.

Considerou-se essencial a articulação entre os elementos da equipa interdisciplinar para se conseguir promover um planeamento e uma estruturação precoce das intervenções na adaptação eficaz aos problemas de saúde em parceria com o idoso/cuidador informal, capacitando-o para o autocuidado e maximizando a sua funcionalidade (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2004; Regulamento nº 350/2015), principalmente com a equipa de enfermagem, os médicos, assistente social, equipa de gestão de altas (EGA) e enfermeiro da comunidade. Para isso, partilhou-se aspetos inerentes à avaliação do idoso, do plano de reabilitação e intervenção com a equipa interdisciplinar. Esta articulação realizou-se num clima de confiança e respeito, em colaboração e apoio o que permitiu uma intervenção dinâmica e em parceria com todos os elementos, centrando os cuidados no idoso, com o intuito de alcançar objetivos comuns.

A importância da continuidade de intervenções na comunidade, para uma adaptação e gestão da sua nova condição de saúde eficaz, bem como da articulação dos cuidados foi constatada através da observação da prática de cuidados de enfermagem ao idoso na comunidade, pois, algumas intervenções de nada servem se não tiverem continuidade. Verificou-se que a carta de alta de enfermagem hospitalar ao conter uma avaliação dos défices, capacidades e potencialidades do idoso por parte do EEER contribui para que a articulação hospital e enfermeiro da comunidade seja mais eficaz. Este estágio, também, permitiu compreender a dinâmica da complementaridade existente entre as redes de apoio formal (ex: apoio domiciliário) e informal (ex: amigos).

A transmissão de informação de forma pessoal por contato prévio seja por telefone ou email por parte do EEER do hospital será importante para dar uma maior continuidade ao plano que se inicia durante o internamento, o que transmitiria, a meu ver, uma maior confiança ao idoso/família, pois tal como podemos verificar no estudo de Mendes, Gemito, Caldeira, Serra & Casas-Novas (2016) sobre a perspetiva dos utentes relativamente à continuidade dos cuidados, em várias Unidades de Saúde, é a de que o utente dá uma importância elevada à continuidade de informação entre médico de família e médico especialista. Constatou-se que a

metodologia ISBAR¹², recomendada pela DGS (2017) e apoiada pela OE, por ser padronizada, simples, flexível, concisa e clara contribui para uma rápida tomada de decisões, promovendo um pensamento crítico, reduzindo a ocorrência de erros, evitando lacunas na transmissão de informação e consequentemente promove a segurança do utente e diminui a ocorrência de eventos adversos.

Durante as VD foi verbalizado, por parte de alguns idosos/família, a necessidade de receberem mais informação durante o internamento hospitalar, o que em parte corrobora a investigação realizada por Ferreira et al. (2011) sobre aspetos do planeamento de alta. Nesta investigação, 57,6% dos utentes referem que obtiveram informação suficiente sobre a medicação e 75,4% consideram a informação recebida relativa à preparação das AVD também suficiente. No entanto, 39,1% dos cuidadores referem não ter recebido a informação necessária sobre a medicação e 53% não foram sequer informados sobre este aspeto. Relativamente à necessidade do uso de equipamentos, 17,8% dos utentes e 21,6% dos cuidadores referem não ter recebido qualquer informação. Quanto ao nível de preparação do doente para regressar a casa, 59,2% dos utentes e 20,5% dos cuidadores referem que podiam ter sido mais bem preparados.

Também de acordo com alguns utentes/famílias com quem se privou durante este estágio, não houve uma participação efetiva da família durante o internamento no hospital, o que corrobora os autores supracitados, pois apesar de a família/cuidador informal serem considerados um elemento vital na assistência aos utentes após a alta, os profissionais de saúde não os incluíram de uma forma sistemática no processo de tomada de decisão e de planeamento de alta. Importa também referir que apesar de alguns idosos/família terem referido que a informação fornecida no dia do regresso a casa é reduzida, considera-se que também não é o momento apropriado pois tal como Ferreira et al. (2011) salientam este é um momento em que o utente se encontra ansioso para regressar a casa, tendo dificuldade em interiorizar o que lhe é transmitido.

Durante este período, verificou-se que embora exista um horário de visita, este é flexível, o que foi importante para cuidar do idoso e família na promoção da sua readaptação funcional. A presença dos familiares considerou-se um momento

¹²A sigla ISBAR corresponde a: Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendações (DGS, 2017).

privilegiado de intervenção, como parceiros nos cuidados e no processo de reabilitação que aqui se iniciou, capacitando-os para o autocuidado.

Identificou-se o potencial cuidador informal, que conhecimentos possuía, realizando uma avaliação da sua disponibilidade para cuidar e da sua capacidade para desempenhar o papel de prestador de cuidados. De acordo com Petronilho (2007) se os cuidadores receberem a informação necessária para o desempenho adequado do seu papel, demonstram níveis mais reduzidos de ansiedade e uma maior satisfação, uma vez que sentem ter a informação necessária para dar continuidade aos cuidados. Desta forma, interveio-se na promoção da sua participação e através do ensino/instrução/treino nomeadamente nos cuidados de higiene no WC, no apoio na alimentação, nas transferências cama/cadeira de rodas/sanitário, nos posicionamentos no leito e mobilizações ativas assistidas e ativas resistidas, reforçando a importância do incentivo e motivação do seu familiar na realização das mesmas demonstrando como o fazer, apoiando-o no que consegue realizar e não o substituindo, o que revelou ser uma importante estratégia na preparação do regresso a casa.

Com a partilha da experiência com a equipa de enfermagem do hospital, concluiu-se a importância de iniciar a preparação do regresso a casa no momento da admissão do idoso no serviço, no entanto, revelaram que na prática, nem sempre o realizavam pelo estado clínico do utente. Apesar da justificação apresentada incentivou-se a equipa a dar início a este processo nesse momento, através do reforço da importância do preenchimento completo do instrumento de colheita de dados, principalmente ao nível da identificação do cuidador informal, o grau prévio de dependência nas AVD, e os hábitos de vida anteriores à situação atual, com recurso à família/acompanhante sempre que se justificasse. E como futura EEER procurei dar-lhe continuidade ao longo do internamento e no momento da alta clínica.

Informou-se o idoso/família sobre os produtos de apoio mais adequados a cada situação para o desenvolvimento das AVD, numa perspetiva de maior segurança e menor dispêndio de energia do idoso/cuidador informal (ex: cadeira sanitária, alteador de sanita, andarilho) e identificou-se em conjunto com a assistente social os serviços de apoio que podem ser mobilizados. O contexto de estágio na comunidade foi o que permitiu um contacto maior com produtos de apoio, o que possibilitou um

maior conhecimento da variedade existente no mercado, bem como a sua correta mobilização por forma a atingir a melhor rentabilização dos mesmos.

Estes de acordo com o artigo 4º do Decreto-Lei nº 93/2009 (pp. 2276) são definidos como “qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência, especialmente produzido ou disponível que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação”, contribuindo para a salvaguarda da dignidade da pessoa humana contribuindo para a prática do artigo 72º da Constituição da República Portuguesa onde refere que a pessoa idosa tem “direito á segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou marginalização social” (2005). Foi possível verificar em ambos os campos de estágio como estes produtos maximizam a capacidade funcional do idoso tornando-o mais autónomo, sendo a sua prescrição uma competência específica do EEER (Regulamento nº 125/2011, 2011).

Compreendeu-se como é realizada a sua seleção e prescrição, realizaram-se treinos específicos de autocuidado com o apoio destes bem como, ensino e supervisão da sua utilização (ex: higiene com cadeira sanitária, marcha com apoio de andarilho), avaliando-se possíveis dificuldades, minimizando-as. A sua utilização em contexto hospitalar e domiciliário por parte do idoso permite que se verifique se estes são adequados ao utente antes de os comprarem e perceberem quais as dificuldades na sua utilização. Na UCC, existe a possibilidade de o idoso/família pedir empréstimo dos produtos de apoio disponíveis. Assim, ensinou-se/instruiu-se/treinou-se a utilização de produtos de apoio para realizar a sua gestão pessoal com segurança (Hoeman, 2011).

Compete-nos enquanto EEER a promoção da acessibilidade que constitui uma intervenção fundamental na promoção da qualidade de vida do idoso/família, tal como é defendido pelo Programa do XXI Governo Constitucional (Decreto-Lei nº 129/2017), que promove a mudança de atitudes da população em geral face às pessoas com deficiência, bem como a acessibilidade ao meio físico edificado, aos transportes, às tecnologias de informação e de comunicação, considerando estas condições indispensáveis para o exercício dos seus direitos de cidadania. Assim, foi fornecida informação sobre serviços na comunidade que facilitam a deslocação de pessoas com deficiência, por exemplo a atos eleitorais, e avaliou-se a necessidade

de eliminar barreiras arquitetônicas, intervindo na orientação do idoso/família nesse sentido e na implementação das adaptações necessárias na habitação (ex: alterar localização de móveis, retirar tapetes, sugestão de alteração da abertura da porta do WC) no seu contexto de vida, preparando e minimizando o impacto do confronto da nova realidade com o domicílio.

Contribuiu-se com registos completos de informação sobre os resultados obtidos da avaliação sistemática das necessidades do idoso em cuidados de ER, sobre a implementação de intervenções e, também outro tipo de informação necessária, o que permite uma avaliação da eficácia das intervenções. Os registos realizaram-se no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, em linguagem CIPE, diariamente e na ECCI como complemento realizou-se, mensalmente, na plataforma da RNCCI. No contexto hospitalar, as intervenções do EEER no âmbito do cuidador informal foram documentadas em notas livres. Relativamente aos registos da RFR, estes foram efetuados em formulário próprio, onde se assinalou as técnicas realizadas, uma avaliação objetiva pré e pós sessão e um campo de observação para outros aspetos significativos (ex: ensino da posição de cocheiro), o que permitiu como futura EEER aumentar o corpo de conhecimentos das diferentes formas de registo existentes nesta área.

Procurou-se assegurar que os cuidados não seriam interrompidos no regresso a casa, através da continuidade dos planos de intervenção do processo de reabilitação, o que implicou registar informação estruturada no pedido de colaboração da EGA e na carta de alta de enfermagem. A importância que se colocou nestes registos foi resultado da experiência no contexto comunitário, onde se verificou que as cartas de alta de enfermagem são realmente a principal garantia da continuidade desses cuidados, mas são maioritariamente centradas no utente e suas necessidades, sendo a referência que fazem à família/cuidador informal somente o número de contato. Por esta razão na elaboração dos registos da carta de alta de enfermagem hospitalar, registou-se informação completa relativamente às intervenções educativas realizadas, grau de dependência para os cuidados e dificuldades do idoso/cuidador informal.

Considera-se que em ambos os campos de estágio a organização do serviço, bem como a sua estrutura física contribuíram para a capacitação do idoso/família para o autocuidado e AVD. A possibilidade de adaptação das condições físicas tanto no

domicílio como no hospital (ex: alterar a localização de mobílias, regular altura da cama), os produtos de apoio disponibilizados (ex: andarilho) e ainda o fato dos corredores do serviço de medicina serem grandes e largos permitiu uma maior possibilidade de intervenções de ER na funcionalidade da pessoa, favorecendo a sua independência, o que corrobora o estudo de Boltz et al. (2012) ao referir que uma adaptação das condições físicas promove ganhos em saúde.

Nos dois locais existe um trabalho de equipa em que a pessoa/família se encontra no centro dos cuidados, o que para Hoeman (2011) contribui para o sucesso do programa de reabilitação. A articulação entre os vários elementos a que foi possível assistir e participar contribuiu para um aumento da sua eficácia enquanto equipa, pois o conhecimento de cada profissão é importante e deve ser tido em conta. Assim, a preparação do regresso a casa foi realizada em equipa e ao longo do internamento tal como preconizado por Petronilho (2017, 2016) e Rebelo (2012), com os saberes de cada grupo profissional e com o cuidador informal, pois são o principal suporte do idoso no domicílio.

Percebeu-se que o contacto com a EGA do hospital não era uma prática habitual, apesar de estar instituído no artigo 7º da Portaria nº 50/2017 que a pessoa dependente de cuidados de enfermagem em casa deve ser referenciada para a EGA do hospital, sendo a esta que compete iniciar o processo de referenciação do utente para a RNCCI, que tendo por base a dependência e o seu potencial de reconstrução de autonomia o encaminha para uma das diferentes tipologias. Assim, referenciou-se dois idosos para esta equipa, de modo a viabilizar a continuidade da prestação de cuidados e a respetiva adequação de respostas às necessidades dos idosos. Esta atividade permitiu o desenvolvimento de competências ao nível da gestão e prestação de cuidados, possibilitou a promoção da continuidade dos cuidados tanto a nível intra como extra-hospitalar, aumentando a qualidade dos mesmos.

4. AVALIAÇÃO GLOBAL DO TRABALHO DESENVOLVIDO

A avaliação global deste percurso formativo realizou-se através da análise *SWOT*¹³, por ser um instrumento que permite identificar quais os pontos fortes e fracos enquanto futura EEER no desenvolvimento de competências comuns e específicas, e também analisar as oportunidades e ameaças sentidas durante este período.

Considerou-se como alguns **pontos fortes** a consciencialização das alterações estruturais e funcionais decorrentes do processo de envelhecimento e a avaliação funcional sistematizada com ênfase no ambiente que envolve o idoso, nas limitações presentes e nas possíveis de vir a desenvolver. Foi também primordial o desenvolvimento de competências no processo educativo do idoso e do cuidador informal (onde se teve presente os seus percursos de vida), bem como a integração da estimulação cognitiva do idoso nas intervenções de ER na perspetiva da neuroplasticidade positiva. Por último, a motivação e a vontade de aprender como futura EEER, aliada à partilha de saberes e experiências com a professora orientadora e com os enfermeiros orientadores e outros profissionais de saúde foram fatores determinantes na prossecução dos objetivos.

Como **pontos fracos** identificou-se a dificuldade na gestão do tempo, principalmente na definição de prioridades no dia a dia, e na gestão das emoções. O desgaste físico sentiu-se devido a um elevado número de tarefas diárias onde se incluíam as do percurso formativo, familiar e profissional, tendo em consideração situações inesperadas. Também a dificuldade na gestão de emoções pois ainda no decorrer do primeiro estágio ocorreu uma mudança a nível profissional, relativamente ao hospital e área de trabalho, pelo que contribuiu para o desenvolvimento de sentimentos como ansiedade, medo e cansaço, que se teve de englobar na gestão do tempo.

Em termos de **oportunidades** destaca-se o aumento das doenças crónicas e da esperança média de vida a que se tem vindo a assistir em Portugal, pois são dois fatores que condicionam as necessidades de cuidados em saúde, resultando na importância de manter níveis de funcionalidade satisfatórios para que o idoso consiga responder às exigências do quotidiano, o que tornou o trabalho desenvolvido muito pertinente.

¹³Acrónimo com o seguinte significado: (S)trengths, (W)eaknesses, (O)pportunities, (T)hreats (Teixeira, 2011).

Considera-se uma mais valia ter desenvolvido este percurso no âmbito do idoso hospitalizado e a promoção da sua readaptação funcional na preparação do regresso a casa. Tal permitiu a oportunidade de encontrar pontos de ligação nos dois contextos de estágio, recrutando assim uma maior riqueza nas oportunidades de aprendizagem. Ao mesmo tempo proporcionou uma visão global das dimensões envolvidas na prestação de cuidados de ER, e que se encontram interligadas e interdependentes, o que possibilitou a análise da complementaridade, da necessidade de continuidade de cuidados e da articulação entre ambos os contextos.

O corpo de conhecimentos adquirido durante este percurso formativo permitiu a oportunidade de realizar uma ação de formação dirigida aos enfermeiros da instituição da prática profissional, em conjunto com a EEER do departamento de reabilitação, com o tema “A Segurança do Utente e Profissionais na Prestação de Cuidados de Saúde”. Nesta ação de formação os principais objetivos das sessões foram: desenvolver competências sobre os riscos associados à prestação de cuidados; mobilizar competências em ações preventivas de lesões musculoesqueléticas; e utilizar os princípios básicos de segurança na mobilização e posicionamento dos utentes através do ensino/instrução/treino.

Por último, como principais **ameaças** podem-se identificar o tempo de internamento hospitalar do idoso curto dificultando a implementação de todas as intervenções planeadas, a falta de recursos humanos no serviço de medicina e a visão dos profissionais de saúde relativamente ao idoso. Por um lado, a falta de recursos inviabilizou a implementação prática de uma proposta efetuada à equipa do serviço para apoiar uma idosa invisual com mobilidade reduzida na identificação de barreiras arquitetónicas e adaptação do ambiente no dia do seu regresso a casa (neste caso apenas se conseguiu que este tema fosse discutido em equipa). Por outro lado, sobre a visão dos profissionais de saúde relativamente ao idoso, torna-se importante clarificar que o envelhecimento não é sinónimo de dependência, promovendo a adoção de uma postura maximizadora das suas potencialidades.

No global, a reflexão deste percurso formativo de desenvolvimento de uma Enfermagem Avançada realizou-se no decorrer do mesmo, e que culmina com o presente relatório. A multiplicidade de experiências vivenciadas nos dois locais de estágio permitiram atingir os objetivos estabelecidos na fase de projeto, tanto ao

nível da aquisição de competências comuns e específicas, bem como de mestre na área da reabilitação.

Nota: este percurso formativo teve presente uma avaliação contínua formal, onde está incluído um parecer escrito da avaliação dos enfermeiros orientadores dos dois campos de estágio (ANEXO II).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A esperança média de vida tem vindo a aumentar na população mundial, o que é muito positivo. No entanto, torna-se premente melhorar a qualidade de vida desses anos. Assim, a promoção de um envelhecimento ativo e saudável por parte do EE ao longo do ciclo de vida com intervenções ao nível da educação para a saúde e segurança é meio caminho para o desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional do idoso aquando a sua interação com o meio, pois este é reflexo dos hábitos de vida, do suporte e das oportunidades existentes na sociedade.

Considera-se que o EEER desempenha um papel fundamental na redução dos custos do sistema de saúde não só através da promoção do envelhecimento ativo e saudável, mas também promovendo a readaptação funcional do idoso hospitalizado, melhorando a sua dependência, promovendo a sua autonomia. Deve intervir desde a avaliação inicial, planeamento, implementação e avaliação dos programas de ER, tendo em conta as necessidades do idoso/família, otimizando e/ou reeducando as funções a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação e eliminação, maximizando a funcionalidade e capacitando o idoso/família para um regresso a casa seguro e com qualidade.

As intervenções do EEER na promoção da flexibilidade, da força muscular e equilíbrio, tornaram-se essenciais devido ao peso que apresentam na funcionalidade do idoso, garantindo um nível de desempenho satisfatório das AVD no seu quotidiano. Também o treino das AVD ajustado à rotina do idoso com aumento do seu grau de participação nestas, promovem um regresso mais rápido ao seu contexto habitual.

Pelo corpo de conhecimentos específico que o EEER apresenta, este encontra-se numa posição privilegiada para combater o idadismo. Privilegiou-se o cuidar do idoso em situação de doença através da promoção do autocuidado e da capacitação do idoso/família, considerando-os como parceiros nos cuidados, o que revelou ser um estímulo positivo para estes, contribuindo para uma recuperação funcional aceitável do idoso com visíveis progressos na aquisição de autonomia, sendo que por isso, o EEER também deve intervir com estes motivando-os na recuperação do seu familiar.

A comunicação entre todos é fundamental na preparação do regresso a casa, pois só assim se conseguem definir os princípios para uma articulação de cuidados adequada. Este percurso permitiu, assim, uma clareza na definição das diversas metodologias de articulação interdisciplinar que facilitam o processo de reabilitação que se tenta promover no contexto da prática profissional e que vão influenciar os resultados, pois o EE como gestor dos vários recursos tem uma posição privilegiada para esta articulação dos diferentes saberes. Importa referir que a alta clínica é um processo administrativo e que depende principalmente da decisão médica, mas cabe ao EEER desenvolver processos de reeducação funcional tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade para que esta seja efetivada com qualidade e segurança.

Desde o início deste percurso formativo que se realizaram algumas mudanças na prática profissional, tendo sido possível melhorar a intervenção ao nível da prevenção do declínio funcional, tendo em conta os riscos inerentes ao processo de envelhecimento e que podem limitar a atividade e incapacidade. Desta forma, o planeamento das intervenções no dia a dia passou a ter em consideração a readaptação da pessoa ao seu contexto de vida, numa procura de maximizar as suas capacidades funcionais, discutindo com a pessoa/família o seu plano de cuidados, a identificação de barreiras arquitetónicas e produtos de apoio disponíveis, com o objetivo de promover a sua autonomia e melhorar a qualidade de vida.

Deste percurso formativo e profissional conclui-se que a formação é fundamental e que ainda há muito para realizar na prática. Ao contrário de outras áreas de intervenção de ER, constatou-se a existência de um volume reduzido de estudos na temática escolhida. É possível encontrar conhecimento produzido sobre a ER e capacidade funcional do idoso, mas a área da readaptação funcional e preparação do regresso a casa ainda é pouco explorado, pelo que a escolha deste tema também serviu para ampliar e validar o domínio de intervenção do EEER, contribuindo com as experiências vivenciadas.

Como futura EEER pretende-se no local da prática profissional instituir um *follow up* telefónico pós-alta, às 48h-72h, por forma a avaliar o regresso a casa e identificar sinais de alerta. Pretende-se, também aplicar o questionário PREPARED¹⁴, que

¹⁴Acrónimo com o seguinte significado: (P)rescriptions; (R)eady to enter community; (E)ducation; (P)lacement; (A)ssurance of safety; (R)ealistic expectations; (E)mpowerment; (D)irected to appropriate services (Ferreira et al., 2011).

sendo um instrumento de avaliação da qualidade do planeamento da alta, terá como objetivo identificar quais os pontos a melhorar neste planeamento no local de trabalho, para que o regresso a casa seja efetivamente com qualidade e segurança.

No global, o trabalho desenvolvido foi enriquecedor e construtivo, o que permitiu a aquisição e o desenvolvimento das competências propostas, e que no futuro serão consolidadas no contexto de exercício profissional como EEER.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde. (2017). *Monitorização da RNCCI: 2016*. Disponível em: www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/RNCCI-Relatorio-Monitorizacao-Anual-2016.pdf.

Assembleia da República. (2005). *Constituição da república portuguesa: VII revisão constitucional*. Acedido em: 02-03-2018. Disponível em: <https://www.parlamento.pt/legislacao/documents/constpt2005.pdf>.

Bastos, A., Faria, C. & Moreira, E. (2012). Desenvolvimento e envelhecimento cognitivo: dos ganhos e perdas com a idade à sabedoria. In Paúl, C. & Ribeiro, O. (Coords), *Manual de Gerontologia* (pp.107-128). Lisboa: Lidel.

Boltz, M., Resnick, B., Capezuti, E., Shuluk, J. & Secic, M. (2012). Functional decline in hospitalized older adults: can nursing make a difference?. *Geriatric Nursing*. 33 (4), 272-279. **Doi:** 10.1016/j.gerinurse.2012.01.008.

Botelho da Costa, R. (2015). *Functional decline in the hospitalized elder: Review article* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30701/1/Functional-decline-in-the-hospitalized-elder-FMUC-2015-Raquel-Costa%20%281%29.pdf>.

Buurman, B. M., Han, L., Murphy, T.E., Gahbauer, E. A., Leo-Summers, L., Allore, H. G. & Gill, T. M. (2016). Trajectories of disability among older persons before and after a hospitalization leading to a skilled nursing facility admission. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17 (3), 225 – 231. **Doi:** 10.1016/j.jamda.2015.10.010.

Cabete, D. (2005). *O Idoso, a doença e o hospital: O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.

Cameron, I. D. & Kurrle, S. E. (2002). Rehabilitation and older people. *The Medical Journal of Australia*, 177 (7), 387-391. Acedido em: 24-02-2018. Disponível em: <https://www.mja.com.au/journal/2002/177/7/1-rehabilitation-and-older-people>.

Carvalho, J. & Mota, J. (2012). O exercício e o envelhecimento. In Paúl, C. & Ribeiro, O. (Coords), *Manual de Gerontologia* (pp. 71-94). Lisboa: Lidel.

Castilho, A. F. O. M., Parreira, P. M. D. & Martins, M. M. F. P. S. (2016). Cuidados de enfermagem e eventos adversos em doentes internados. *Revista Ibero-Americana de saúde e envelhecimento*, 2 (2), 605 – 623. Acedido em: 11-08-2018. Disponível em:

http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/121/236.

Cazeiro, A. P. M. & Peres, P. T. (2010). A terapia ocupacional na prevenção e no tratamento de complicações decorrentes da imobilização no leito. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 18 (2), 149 – 167. Acedido em: 12-02-2017. Disponível em:

www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/351/282.

Cerezo, P. G., Udina, M. E. J. & Hito, P. D. (2016). Concepts and measures of patient empowerment: A comprehensive review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50 (4), 664-671. **Doi:** 10.1590/S0080-623420160000500018.

Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M.O. & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381 (9868), 752-762. **Doi:** 10.1016/S0140-6736(12)62167-9.

Cordeiro, J., Del Castillo, B. L., Silva de Freitas, C. & Pereira Gonçalves, M. (2014). Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17 (3), 541-552. **Doi:** 10.1590/1809-9823.2014.13006.

Cruz, A. G., Gomes, A. M. T. & Parreira, P. M. S. D. (2017). Focos de atenção prioritários e ações de enfermagem dirigidos à pessoa idosa em contexto clínico agudo. *Revista de Enfermagem de Referência*, IV (15), 73-82. **Doi:** 10.12707/RIV17048.

Direção-Geral da Saúde. (2004). *Circular informativa nº 12/DSPCS*. 2004-04-19. Planeamento da alta do doente com AVC. Acessível em: [file:///C:/Users/Admin/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/i006204%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Admin/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/i006204%20(1).pdf).

Decreto-Lei nº 93/2009 (2009). Sistema de atribuição de produtos de apoio. Assembleia da República. *Diário da República*, I série (N.º 74 de 16-04-2009), 2275-2277. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/93/2009/04/16/p/dre/pt/html>.

Decreto-Lei nº 129/2017 (2017). Institui o programa modelo de apoio à vítima. Assembleia da República. *Diário da República*, I série (Nº 194 de 09-10-2017), 5608-5618. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/129/2017/10/09/p/dre/pt/html>.

Doran, D. (2003). *Nursing outcomes: The state of the science*. (2ª ed.) Canada: Jones & Bartlett Learning.

Estevens, J. (2017). Saúde e despesa em saúde num Portugal envelhecido. *Revista de Estudos Demográficos*, 56 (3), 41 – 63. Acedido em: 28-03-2017. Disponível em: [file:///C:/Users/Admin/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/RED56b%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Admin/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/RED56b%20(4).pdf).

Fernandes, S. & Tareco, E. (2016). Sistemas de informação como indicadores de qualidade na saúde: Uma revisão de níveis de abordagem. *Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, 19, 32 – 45. **Doi:** 10.17013/risti.19.32–45.

Ferreira, P. L., Mendes, A. P., Fernandes, I. R. & Ferreira, R. R. (2011). Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento da alta (PREPARED). *Revista de Enfermagem Referência*, III (5), 121-133. **Doi:** 10.12707/RIII1032.

Ferreira, A. S. M. F. (2011). *Independência funcional em idosos domiciliados: Intervenções de enfermagem de reabilitação* (Dissertação de mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/1660>.

Fontes, A. P. A. (2014). *A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde: Um modelo multidimensional e multideterminado da funcionalidade em idosos assistidos na rede nacional de cuidados integrados da região do algarve* (Tese de Doutoramento). Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/14744/1/Fontes%20Ana%20TD%202014%20.pdf>.

Gabinete de Estratégia e Planeamento da República Portuguesa. (2017). *Relatório de Portugal: Comissão económica das nações unidas para a europa, terceiro ciclo de revisão e avaliação da estratégia de implementação regional do plano*

internacional de ação de madrid sobre o envelhecimento. Disponível em: https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/country_rpts/2017/POR_report_POR.pdf.

Gândara, M. M., Oliveira, C. S. & Lopes, M. A. P. (2013). *A pessoa idosa hospitalizada. O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: Da investigação à prática*. Loures: Lusociência.

Gomes, B. & Martins, M. M. (2016). Funcionalidade, autonomia e dependência. In Martins, T., Araújo, M. F., Peixoto, M. J. & Machado, P.P. (Coords), *A pessoa dependente & o familiar cuidador* (pp. 29-39). Porto: Lusodidacta.

Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.

Hoeman, S.P. (2010). *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo* (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. Loures: Lusodidacta.

Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011 resultados definitivos Portugal*. Lisboa: INE, I. P.

Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na união europeia*. Disponível em: [file:///C:/Users/Admin/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/10Dia_Mundial_Pop_2015%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Admin/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/10Dia_Mundial_Pop_2015%20(1).pdf).

Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Projeções de população residente 2015-2080*. Disponível em: [file:///C:/Users/Admin/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/29ProjPop2015-2080_PT%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Admin/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/29ProjPop2015-2080_PT%20(1).pdf).

Jerónimo, L. (2013). *A Preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua família: A parceria como intervenção de enfermagem* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/15739>.

Lee, S., Staffileno B. A. & Fogg, L. (2013). Influence of staff education on the function of hospitalized elders. *Nursing Outlook*, 61, E2-E8. **Doi:** [10.1016/j.outlook.2012.05.006](https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.05.006).

Lei n.º 156/2015 (2015). Segunda alteração ao estatuto da ordem dos enfermeiros. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (Nº 181/2015 de 16-09-2015), 8059-8105. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>.

Lourenço, M. C. G. (2015). *A Promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado: Um modelo de intervenção de Enfermagem em cuidados continuados* (Tese de doutoramento). Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20685/1/A%20promoção%20da%20autonomia%20da%20pessoa%20dependente%20para%20o%20autocuidado%20modelo%20de%20intervenção%20de%20enfermagem%20em%20cuidados%20continuados.pdf>.

Marriner-Tomey A. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*. (5ª ed.) Loures: Lusociência.

McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: Theory and practice*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.

McCullagh, R., O'Connell, E., O'Meara, S., Perry, I., Fitzgerald, A., O'Connor, K. ...Timmons, S. (2016). A study protocol of a randomized controlled trial to measure the effects of an augmented prescribed exercise programme (APEP) for frail older medical patients in the acute setting. *BMC Geriatrics*, 16 (79), 1-7. **Doi:** [10.1186/s12877-016-0252-z](https://doi.org/10.1186/s12877-016-0252-z).

Menezes, C., Oliveira, V. & Menezes, R. (2010). Repercussões da hospitalização na capacidade funcional de idosos. *Revista Movimenta*, 3 (2), 76-84. Acedido em: 01-04-2017. Disponível em: <http://www.nee.ueg.br/seer/index.php/movimenta/article/viewFile/358/317>.

Mendes, F. R. P., Gemito, M. L. G. P., Caldeira, E. C., Serra, I. C. & Casas-Novas, M. V. (2016). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (3), 841-853. **Doi:** [10.1590/1413-81232017223.26292015](https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015).

Menoita, E.C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Loures: Lusociência.

Ministério da Saúde. (s.d.). *Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019*. Disponível: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI-2016-2019-Oficial-Anexo-III.pdf>

Mudge, A. M., Banks, M. D., Barnett, A. G., Blackberry, I., Graves, N., Green T. ... Young, A. M. (2017). CHERIS (collaboration for hospitalised elders reducing the impact of stays in hospital): protocol for a multi-site improvement program to reduce geriatric syndromes in older inpatients. *BMC Geriatrics*, 17(11), 1-9. **Doi:** 10.1186/s12877-016-0399-7.

Muller, D. V. K., Tavares, G. M. S. & Schneider, R. H. (2016). Análise do equilíbrio corporal em idosos classificados em diferentes faixas etárias através da posturografia dinâmica computadorizada (PDC). *Revista Kairós Gerontologia*, 19(22), 61-83. Acedido em:19-01-2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/31614/22014>.

National Transitions of Care Coalition. (2010). *Improving transitions of care: Findings and considerations of the “vision of the national transitions of care coalition”*. Acedido em 03-06-2018. Disponível em www.ntocc.org/Portals/0/PDF/Resources/NTOCCIssueBriefs.pdf.

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma nº 001/2017*. 2017-02-08. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Acessível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2015). *Acesso aos cuidados de saúde: Um direito em risco? relatório primavera 2015*. Disponível: www.aenfermagemasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2015/06/OPSS-Relatório-de-Primavera-2015-16-06-2015.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Parecer nº 12/2011*. 2010-09-18. Parecer sobre Atividades de Vida Diária. Acessível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEE_R_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia orientador de boa prática. Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade: Posicionamentos, transferências e treino de deambulação. *Cadernos OE*, 1(7), 24-35. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016a). *Classificação internacional para a prática de Enfermagem: Versão 2015*. Lisboa: Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros. (2016b). Instrumentos de colheita de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf.

Orem, D. (2001). *Nursing concepts of practice*. (6ªed.) Missouri: Mosby Inc.

Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Petronilho, F. (2016). Preparação do regresso a casa. In Martins, T., Araújo, M. F., Peixoto, M. J. & Machado, P.P. (Coord.), *A pessoa dependente & o familiar cuidador* (pp. 73-93). Porto: Lusodidacta.

Portaria nº 50/2017 (2017). Portaria que procede à segunda alteração à portaria nº 174/2014. Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. *Diário da República, I série* (Nº 50/2017 de 02-02-2017, 608-629. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/50/2017/02/02/p/dre/pt/html>.

Preto, L. S. R., Gomes, J. R. L., Novo, A. F. M. P., Mendes, M. E. R. & Granero-Molina, J. (2016). Efeitos de um programa de enfermagem de reabilitação na aptidão funcional de idosos institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (8), 55-63. **Doi:** <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15019>.

Rebelo, M.T. (2012). O regresso do doente a casa: Saberes e práticas dos enfermeiros no processo de alta. In Basto, L., M. (Coord.), *Cuidar em enfermagem: Saberes da prática* (189-273). Coimbra: Formasau.

Regulamento nº 122/2011 (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II série* (Nº 122/2011 de 18-02-2011), 8648-8653. Acessível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/3477011/details/maximized?filterEnd=2011-04-01&filterStart=2011-01-01&q=122%2F2011&perPage=25&fq=122%2F2011>

Regulamento nº 125/2011 (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. MCEER. *Diário da República, II série* (Nº 35 de 18-02-2011), 8658-8659. Acessível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf.

Regulamento nº 350/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, II série* (Nº 119 de 22-06-2015), 16655-16660. Acessível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67552234>.

Rodrigues, J. P. & Mendes, E. (2012). *Declínio funcional cognitivo e hospitalização no idoso*. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7248/1/Declínio%20funcional%20cognitivo%20e%20hospitalização%20no%20idoso.pdf>.

Ruipérez, I. & Llorente, P. (1998). *Geriatrics*. Rio de Janeiro: McGraw Hill.

Santos, T. D., Santo, F. H. E., Cunha, K. C., S. & Chibante, C. L. P. (2016). Segurança do paciente idoso hospitalizado: Uma revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 21 (3), 1-10. Acedido em: 7 de janeiro de 2018. Disponível em: file:///C:/Users/Admin/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/44223-188490-1-PB.pdf.

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. (2^{ed}. Ed). Lisboa: Lidel.

Teixeira, S. (2011). *Gestão das organizações*. (2^{ed} Ed). Lisboa: Verlag Dashofer Edições Profissionais, Unip., Lda.

Temudo, A., Westwood, I., Rua, V. & Relhas, L. (2016). *Procedimento nº 6 da DSE*. Ensino ao doente com AVC ou prestador de cuidados do doente com AVC. Acessível em: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental: Hospital de Egas Moniz.

UNECE Ministerial Conference on Ageing 2017. (2017). *2017 Lisbon ministerial declaration “a sustainable society for all ages: Realizing the potential of living longer”*. 4th UNECE Ministerial Conference on Ageing. Lisboa. Acessível em: www.seg-social.pt/documents/10152/1198153/2017_UNECE_Ministerial_Declaration+on+Ageing-22+Sept/3e2d4300-09be-4fe4-8e3f-efc0624dce57.

Veríssimo, R., Barbosa, B. & Veríssimo M., T. (2014). *Geriatrics fundamental: Saber e praticar*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas.

World Health Organization. (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*. Geneva: WHO.

APÊNDICES

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Reabilitação

Trabalho de Projeto

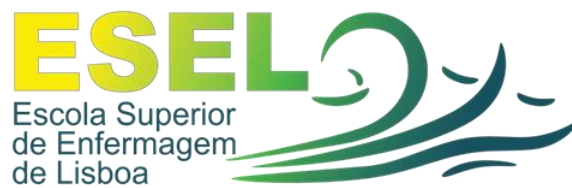
**Preparação do regresso a casa: Intervenções do
Enfermeiro Especialista em Reabilitação na
Promoção da Readaptação Funcional no Idoso
Hospitalizado**

Ana Raquel Silva Teles Rombo

Lisboa

2017





Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Reabilitação
Trabalho de Projeto

**Preparação do regresso a casa: Intervenções do
Enfermeiro Especialista em Reabilitação na
Promoção da Readaptação Funcional no Idoso
Hospitalizado**

Ana Raquel Silva Teles Rombo

Orientadora: Professora Fátima Marques

Lisboa
2017



LISTA DE SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD – Atividades de Vida Diária

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCCo- População, Conceito e Contexto

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

SUMÁRIO	3
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	8
1.1. O Envelhecimento na sociedade atual e a hospitalização do Idoso	8
1.1.1. O processo de envelhecimento e a dependência	10
1.1.2. O declínio funcional no desempenho das ABVD no Idoso Hospitalizado	13
1.2. O Processo de Reabilitação do Idoso Hospitalizado - Intervenção do EEER na Promoção da Readaptação Funcional Para o Regresso a Casa do Idoso Hospitalizado/Família	15
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DE ENFERMAGEM	20
3. COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER	22
CONCLUSÃO	24
BIBLIOGRAFIA	25

SUMÁRIO

A taxa de envelhecimento está a aumentar a nível nacional e internacional. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), idoso é definido como uma pessoa com 60 ou mais anos de idade nos países em desenvolvimento, e com 65 anos ou mais nos países desenvolvidos.

O idoso apresenta várias alterações fisiológicas características do envelhecimento e frequentemente, várias doenças crónicas que contribuem para o aparecimento de um conjunto de condições específicas das faixas etárias mais avançadas (OMS, 2015), que podem ter repercussão na autonomia e capacidade física do idoso e consequentemente impacto no seu bem-estar e qualidade de vida.

O envelhecimento e doença não são sinónimos, no entanto verifica-se que o envelhecimento aumenta a probabilidade do indivíduo apresentar um maior número de doenças (Estevens, 2017), expondo-o à fragilidade. Esta condição conduz o idoso a um estado de vulnerabilidade que reduz a capacidade do idoso para se adaptar aos efeitos causados por eventos stressores (Clegg, Young, Iliffe, Rikkert, Rockwood, 2013, OMS, 2015).

De acordo com Stevens (2017), o Inquérito Nacional da Saúde 2005/2006 evidenciou que a população idosa foi o grupo populacional com maior prevalência de doenças crónicas e com situações de incapacidade temporária ou permanente.

O idoso apresenta habitualmente várias patologias, encontrando-se polimedicado e com problemas que ultrapassam a situação de doença aguda.

O internamento hospitalar, tanto por doença aguda ou crónica agudizada, favorece o declínio funcional que contribui para uma redução da independência e diminuição da qualidade de vida do idoso (Courtney, Edwards, Chang, Parker, Finlayson e Hamilton, 2011). Com o desenvolvimento da tecnologia e inovação nos hospitais, o internamento embora necessário, contribui para mais despesa na saúde (Estevens, 2017). Parece-me assim pertinente que a avaliação do idoso hospitalizado seja realizada multidimensionalmente.

Para além do tratamento específico para a doença aguda é necessário ter em conta áreas onde o idoso habitualmente tem alterações, como a capacidade funcional,

pois na maioria das vezes são estes aspetos que condicionam a qualidade de vida deste.

O envelhecimento é um processo complexo que decorre ao longo do ciclo de vida e ao qual estão inerentes fatores como a diminuição da funcionalidade (Quintana, Ferreira, Santos, Pelzer, Lopes e Barros, 2014), o aumento da necessidade de cuidados específicos e conseqüentemente o aumento do índice de dependência (Estevens, 2017).

O aumento dos níveis de dependência da população idosa é preditivo de maior utilização de recursos e de índice de mortalidade (Chodos et al., 2014). Numa altura em que são contabilizados os custos e ganhos em saúde, parece-me necessário intervir na preparação do regresso a casa, para que se encurte a duração do internamento e se previnam reinternamentos.

Como futura Enfermeira Especialista, é importante uma visão global do complexo biopsicossocial do idoso, uma vez que este grupo de pessoas apresentam problemas ou limitações relacionadas quer com o envelhecimento fisiológico, quer com as doenças que apresentam e ainda com a sociedade onde se encontram inseridos (Burack, Reinhardt e Weiner, 2012).

Será importante realizar uma avaliação do estado de saúde do idoso, dos seus problemas sociais, económicos e familiares ou outros que interfiram no seu comportamento e que podem condicionar a sua autonomia e conseqüentemente a sua qualidade de vida.

Deve-se valorizar áreas onde o idoso é habitualmente deficitário - estado físico, mental, funcional, social e nutricional (Veríssimo, Barbosa, e Veríssimo, 2014), relacionando-as com as incapacidades e necessidades por forma a ser elaborado um plano que responda às reais necessidades do idoso de forma a atingir o bem-estar físico, mental e social.

No envelhecimento verifica-se a diminuição da capacidade aeróbica, da força, da amplitude articular, da flexibilidade, do equilíbrio, da coordenação e um risco acrescido de fadiga na realização da tarefa culminando numa perda funcional, sendo as conseqüências deste declínio uma incapacidade funcional (Kleinpell, Fletcher e Jennings, 2008, Gomes e Martins, 2016), que pode ter impacto na realização do autocuidado nas Atividades de Vida Diárias (AVD).

Perante a evolução da taxa de envelhecimento e as suas características, e o aumento da prevalência de doenças crónicas, parece-me ser importante a capacitação do idoso para se autocuidar em relação às AVD.

Considerando esta problemática, no âmbito do 8º curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização na área da Reabilitação, foi elaborado este projeto de estágio que tem como objetivo desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na promoção da readaptação funcional do idoso hospitalizado na preparação do regresso a casa.

O que se pretende é conseguir dar uma resposta às necessidades do idoso/família no processo do regresso a casa, através da capacitação do idoso no autocuidado para a realização das AVD com o intuito de promover a sua readaptação funcional para que o regresso a casa decorra rápido e com qualidade para esta diáde.

A problemática da preparação do regresso a casa é uma temática que me tem nutrido um particular e crescente interesse, pois exerço a profissão de enfermagem num contexto hospitalar onde os utentes dependentes são maioritariamente idosos.

As palavras-chave utilizadas foram: Idoso, Declínio Funcional, Regresso a Casa, Planeamento da Alta, Hospitalização, Intervenções de Enfermagem, Atividades de Vida Diária, Autocuidado.

Desde a elaboração do pré-projecto que tem sido realizada uma revisão narrativa da literatura para fundamentar a problemática e assim foi possível consolidar vários conceitos. Para a elaboração do projeto final foi realizada uma pesquisa bibliográfica com base na metodologia scoping, tendo como linha orientadora a promoção da readaptação funcional do idoso hospitalizado na preparação do regresso a casa, com o intuito de mapear as intervenções do EEER, com base na evidência científica, tendo como ponto de partida a pergunta de investigação em formato PCCo: “Quais as intervenções do EEER (C) na promoção da readaptação funcional (Co) do idoso hospitalizado (P) na preparação do regresso a casa (Co)?” (The Joanna Briggs Institute, 2015).

Foram utilizadas as bases de dados científicas: B-On e EBSCOHost, tendo sido acedidas neste último às bases de conhecimento científico: MEDLINE with full text e CINAHL with full text. Os termos booleanos utilizados foram os seguintes: Aged, Hospitalized Aged, Dependent Elderly, Nursing, Nursing Care, Nursing Care Plans,

Nursing Interventions, Rehabilitation Nursing, Rehabilitation Geriatric, Recovery Function, Geriatric Functional Assessment, Needs Assessment, Functional Status, Disability Management, Activities of Daily Living, Self-Care, Acute Care, Discharge, Preparing Returning Home, Returning Home.

Através desta pesquisa foram encontrados 23 artigos, pelo que ainda foram colocados critérios de inclusão temporais de 2011-2017, nos quais resultaram em sete artigos na base de dados da CINAHL. No entanto na base de dados da MEDLINE, com este critério não se obtiveram resultados. No entanto desses 7 artigos apenas se conseguiram consultar 3, uma vez que não se conseguiu o acesso aos restantes. O resultado desta pesquisa resumiu-se a 2 artigos, uma vez que um deles não respondia à questão colocada para este projeto. Segue-se a análise dos mesmos.

Num estudo de 2013 sobre a influência da formação dos enfermeiros na funcionalidade dos idosos hospitalizados, foi concluído que os enfermeiros que são sensíveis às necessidades dos idosos hospitalizados previnem o declínio funcional, o que resulta na manutenção da capacidade funcional dos idosos fragilizados e assim contribuir para o regresso a casa (Lee, Staffileno e Fogg).

Num estudo de Boltz, Resnick, Capezuti, Shuluk e Secic (2012) sobre a possibilidade dos enfermeiros interferirem no declínio funcional dos idosos, verificou-se que intervenções centradas na capacidade funcional estão associadas a uma redução do declínio funcional, desde a admissão até à alta. Assim os autores sugerem que intervenções de enfermagem que promovam a independência funcional e a atividade física podem reduzir o risco de declínio funcional relacionado com a hospitalização, e contribuem para a promoção da continuidade de cuidados de reabilitação após a alta. Os resultados deste estudo também referem que a avaliação funcional desde o início do internamento é uma mais-valia no desenvolvimento de planos de intervenção, e conseqüentemente terá ganhos na alta; e que as intervenções iniciadas no início do internamento são uma oportunidade para promover a recuperação funcional e prevenir o declínio funcional. Neste estudo foi evidente a presença de barreiras para a funcionalidade e atividade física do idoso, dando enfoque à necessidade de adaptar o ambiente físico a esta população com limitações na funcionalidade, enquanto se promovem intervenções com enfoque na funcionalidade e que melhorem a atividade física e o desempenho

nas AVD. Concluiu-se que os idosos que receberam este tipo de cuidados tiveram alta para o domicílio e não para outras instituições e que cuidar do doente tendo atenção as suas capacidades e potencialidades funcionais, pode prevenir readmissões, custos e diminuição da qualidade de vida.

Embora nenhum destes artigos faça referência ao EEER, parece-me que se enquadra nas competências específicas de Reabilitação, na medida em que o EEER tem conhecimento e aptidões técnicas que lhe permitem tomar decisões para maximizar o potencial e a independência da Pessoa, deste modo intervém na promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença e suas complicações e na reabilitação (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010, p.1)

a sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida, e minimizar o impacto das necessidades instaladas (...)

1.ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este capítulo compreende o enquadramento teórico que suporta este projeto de estágio, através de uma revisão narrativa da literatura.

É composto por subcapítulos que abordam o envelhecimento como um fenómeno global e como um processo dinâmico com impacto na realização do Autocuidado no contexto de hospitalização, e a sua relação com a (in) dependência no desempenho das Atividades Básicas de Vida (ABVD) dos idosos. Será também desenvolvida a intervenção do EEER na promoção da readaptação funcional do idoso hospitalizado para o regresso a casa, integrando o paradigma de Enfermagem da Teoria do Défice do Autocuidado.

1.1. O Envelhecimento na sociedade atual e a hospitalização do Idoso

A evolução demográfica em Portugal ocorreu de acordo com as premissas do envelhecimento a nível mundial, tendo-se vindo a assistir a um gradual envelhecimento da população portuguesa, como revela o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015), sendo que o índice de envelhecimento em 2014 passou para 31 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa. Na União Europeia 28, em 2013, este índice era de 28 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa. Sendo que a Eslováquia apresentou o índice mais reduzido (19) em contraste com a Itália que revelou o maior índice de envelhecimento da população com um valor de 33 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa.

De acordo com a mesma fonte (2017), o índice de envelhecimento passará de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens, em 2080. E a população em idade ativa diminuirá de 6,7 para 3,8 milhões de pessoas na população portuguesa.

Esta situação decorre devido a uma diminuição dos níveis médios de natalidade, de mortalidade e por um aumento da esperança média de vida (Estevens, 2017).

Em Portugal, o envelhecimento da população fica marcado não apenas por um aumento do número de idosos face às pessoas em idade ativa e à população jovem, mas também, pelo aumento do índice de dependência de idosos (Estevens, 2017).

Nos últimos tempos, o envelhecimento da população é um tema que tem sido discutido nas agendas políticas, quer a nível nacional como a nível europeu, onde foi assinalado o Ano de 2012 como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, com o intuito de colocar novos desafios e oportunidades a vários setores da sociedade, sendo a saúde uma das principais áreas afetadas (Governo de Portugal, 2012).

A World Health Organization também elaborou uma estratégia global e um plano de ação para o envelhecimento e saúde (2016-2020), cujo objetivo é um mundo onde todos possam viver muitos anos com saúde, sendo que para os próximos vinte anos pretende maximizar a capacidade funcional dos idosos através da implementação de evidências existentes e do preenchimento de lacunas de parcerias para que se garanta uma década de Envelhecimento Saudável a partir de 2020-2030 (OMS, 2015).

O envelhecimento é considerado um processo universal, multifatorial, dinâmico e progressivo que conduz a uma deterioração fisiológica e funcional do organismo que vão tornando o idoso mais suscetível a agressões intrínsecas e extrínsecas resultando numa diminuição da capacidade de adaptação às alterações do meio ambiente (Veríssimo et al., 2014), tais como a diminuição da massa, força e elasticidade muscular, a redução da densidade óssea, a diminuição da capacidade aeróbia, insuficiência renal e hepática, instabilidade vasomotora, redução da água total do corpo, a perda da compliance pulmonar e a diminuição das capacidades funcionais, com consequente perda de autonomia e de independência (Kleinpell et al, 2008, Gomes e Martins, 2016).

O internamento tem uma importante influência no idoso que vive uma situação de doença e na sua família, provocando alterações na capacidade de compreensão das situações, na participação no processo de tomada de decisão e na assunção de um papel ativo no processo de cuidados (Gândara, Oliveira e Lopes, 2013).

A hospitalização é uma das principais causas de declínio funcional (Asmus-Szepesi et al., 2011, McCullagh et al., 2016) e os idosos são o grupo que apresenta maiores índices de admissão hospitalar, de tempo de internamento, complicações durante a permanência no hospital e de readmissões (Courtney et al., McCullagh et al, 2016).

1.1.1. O processo de envelhecimento e a dependência

O envelhecimento classifica-se em primário/fisiológico e secundário. O primário resulta do processo fisiológico do envelhecimento e relaciona-se com fatores extrínsecos que intensificam este processo (ex.: má alimentação, sedentarismo). O secundário decorre de um envelhecimento acelerado como por exemplo as doenças crônicas (Cabete, 2005).

Sequeira (2010) descreve o envelhecimento como uma etapa da vida, sendo por isso um processo biológico inevitável e que implica modificações a nível somático e psicossocial. Sendo que as dimensões biológicas, sociais e psicológicas interagem de forma ininterrupta de acordo com a interação humana, onde cada uma afeta e é afetada.

Neste processo, ocorrem alterações a vários níveis, tal como a nível das componentes celulares, que conduz a alterações dos tecidos e órgãos que vão favorecer a doença e incapacidade que são características do idoso (Cabete, 2005) e a alterações da composição corporal de forma progressiva, o que se traduz em diminuição da proporção de massa magra, principalmente músculo, provocando consequências a nível geral. Esta diminuição da massa magra tem origem na redução dos órgãos, da massa muscular, óssea e da água corporal que se encontra associada a situações facilitadoras de doença e fragilidade (Veríssimo et al, 2014).

A imobilidade contribui para a perda de plasma, diminuição da secreção do suco gástrico, redução na tolerância à glicose, diminuição dos movimentos respiratórios e na mobilização de secreções brônquicas, menor afluxo de sangue aos membros inferiores e acelera a atividade catabólica, ocorre uma rápida destruição celular e deficiência proteica. O repouso estimula o sistema parassimpático e provoca dispepsia, anorexia, estase e distensão gástrica, um risco elevado de cálculos e infeções urinárias, obstipação, zonas de pressão e, também, uma alteração no padrão de sono e equilíbrio psicossocial (Cazeiro e Perez, 2010).

A inatividade do idoso promove o descondicionamento físico, que se traduz num processo complexo de mudança fisiológica. Este leva a perdas funcionais no estado mental e na capacidade de realizar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Os efeitos mais previsíveis desta situação são visíveis no sistema músculo-

esquelético e incluem, a perda de massa e força muscular, encurtamento muscular, alterações da densidade óssea e na estrutura periarticular cartilaginosa, com perda evidente a nível dos membros inferiores o que contribui para uma limitação da mobilidade. É um aspeto que condiciona a qualidade de vida dos idosos pois apresentam menos força muscular, o que provoca uma diminuição da sua capacidade funcional que facilita a ocorrência de quedas, de situações de dependência e aumento da fragilidade (Gillis e Macdonald, 2005 e Veríssimo et al, 2014).

A dependência relaciona-se com a adaptação do organismo a uma situação física e/ou psicológica (Gomes e Martins, 2016).

Com o envelhecimento ocorre um aumento da resistência elástica da parede torácica o que se traduz numa diminuição da capacidade vital, de reserva inspiratória e expiratória e volume expiratório máximo por segundo, e num aumento do volume residual. Nos brônquios, a mucosa torna-se mais espessa, há uma maior produção de muco e diminuição da atividade ciliar. E também uma diminuição do reflexo da tosse e das defesas imunológicas do idoso (Veríssimo et al, 2014).

De acordo com os mesmos autores, com o envelhecimento é expectável que os idosos tenham perdido cerca de 20% das suas capacidades cognitivas, isto porque o cérebro diminui, bem como os neurónios, as sinapses, os neuromediadores, a mielina, o débito sanguíneo e a extração da glicose e assim se traduza numa lentificação dos processos mentais e diminuição da memória recente, atenção, concentração, inteligência fluída e pensamento abstrato. Também se verifica uma diminuição da coordenação neuromuscular e dos reflexos o que pode ter impacto nas quedas, na independência e qualidade de vida.

A comunicação também é afetada pelo envelhecimento e esta tem um papel fundamental na capacidade de adaptação nas modificações do meio e na integração de acontecimentos. Com o envelhecimento ocorre uma diminuição da acuidade auditiva, lentificação do discurso, com repetições e fuga ao conteúdo do tema, levando assim mais tempo a exprimir uma ideia (Cabete, 2005).

Existem várias definições de fragilidade do idoso, podendo esta ser definida como um estado multidimensional (físico, psicológico e social) de transição, onde está presente uma vulnerabilidade acrescida com perda de resistência após um evento,

que pode provocar mudanças desproporcionais no estado de saúde. A síndrome do idoso frágil associa-se a um risco mais elevado de ocorrência de eventos adversos em saúde, incluindo o difícil restabelecimento da doença e dependência. No entanto nem todos os idosos são frágeis, da mesma maneira que nem todos os frágeis são idosos. A fragilidade surge como resultado de uma espiral de declínio dos sistemas fisiológicos durante o ciclo de vida, que vai esgotando as reservas homeostáticas, reduzindo a reserva funcional e condiciona disfunções de diversos sistemas orgânicos (Clegg et al, 2013).

De acordo, com Fontes (2014) é importante perceber qual o impacto que estas características têm na funcionalidade do idoso hospitalizado, mais especificamente no grau de dependência no desempenho das ABVD.

A funcionalidade é de extrema importância para a manutenção da qualidade de vida (Veríssimo et al, 2014, Fontes, 2014), por isso a manutenção da capacidade de realizar algo pelos seus próprios meios deverá ser um objetivo primordial a manter no idoso.

A dependência resulta da instalação de uma limitação física, psíquica ou intelectual permanente ou temporária, que vai limitar o idoso na realização das AVD e na sua funcionalidade, em consequência de um processo patológico ou um acidente, necessitando de ajuda de outros (Sequeira, 2010, Gomes e Martins, 2016).

A dependência do idoso poderá implicar o recurso a um cuidador que pode ser familiar ou não, por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, tendo necessidade de assistência para a realização das atividades, de modo particular as atividades relacionadas com o cuidado pessoal.

1.1.2. O declínio funcional no desempenho das ABVD no Idoso Hospitalizado

A hospitalização no idoso conduz a uma situação de vulnerabilidade e de acontecimentos adversos, que podem afetar a sua funcionalidade (Boltz et al., 2012, Fontes 2014).

No contexto do envelhecimento e do binómio saúde-doença, a funcionalidade engloba o processo de desenvolvimento de uma atividade, o que exige um

comportamento para a ação por parte do idoso e está relacionada com o estado de saúde deste. Indica os aspetos positivos da interação entre um indivíduo e os seus fatores contextuais (Fontes, 2014, Gomes e Martins, 2016).

A avaliação funcional baseia-se na análise e medida de comportamentos específicos que ocorrem em ambiente real e que os indivíduos consideram relevantes para a vida ou para a concretização de objetivos. A funcionalidade do idoso é avaliada em duas áreas: AIVD e ABVD. As AIVD referem-se a requisitos adicionais para a vida em comunidade e as ABVD englobam requisitos básicos como a higiene pessoal, vestir, transferência, alimentação e continência de esfíncteres (Cabete 2005, Botelho da Costa, 2015).

Através da avaliação funcional conseguimos ter uma noção do estado cognitivo da pessoa, da força física e destreza, e assim consegue-se compreender a capacidade que o idoso apresenta para a realização do seu autocuidado e das AVD, que são importantes para a manutenção de uma vida autónoma (Cabete, 2005).

A funcionalidade é avaliada através da taxonomia universal da Classificação Internacional da Funcionalidade (Botelho da Costa, 2015). Esta é um quadro de referência para a OMS relativamente à saúde e incapacidade, constituída por um sistema classificativo, que facilita a identificação do perfil funcional (Gomes e Martins, 2016).

A capacidade é a aptidão de um indivíduo para executar uma tarefa ou ação e indica o nível máximo expectável de funcionalidade que o indivíduo pode atingir numa tarefa/ação num momento específico de forma ajustada ao ambiente e a incapacidade resulta da relação entre a deficiência e as barreiras do meio e engloba deficiências, limitações das atividades ou restrição da participação ativa da pessoa. A deficiência é inerente ao corpo, à condição física ou intelectual da pessoa. Assim, a funcionalidade e incapacidade do idoso será concebida como uma interação dinâmica entre o estado de saúde e os fatores contextuais (Fontes, 2014, Gomes e Martins, 2016).

No entanto, para avaliar a capacidade funcional na subdimensão ABVD destacam-se o Índice de Barthel e o Índice de Katz, sendo o primeiro instrumento sugerido pela Direção Geral da Saúde (Norma 054/2011, 2011).

Num estudo de 2013 sobre a influência da formação dos enfermeiros sobre a funcionalidade dos idosos hospitalizados, concluiu-se que 26% dos doentes idosos tiveram alta com uma deterioração funcional na realização das AVD, comparativamente à data de admissão. Dos que não apresentaram alterações na funcionalidade, 63% mantiveram o seu nível básico e 11% apresentaram melhorias na alta. Os autores referem que o problema maior é a falta de formação e experiência dos enfermeiros em cuidados geriátricos (Lee et al.).

O declínio funcional tem uma estreita ligação com a qualidade de vida, pois pode comprometer a independência e o futuro. Parece-me assim importante manter a independência nas AVD.

A incapacidade funcional não decorre apenas do envelhecimento, mas pode, também, estar relacionada com a doença aguda ou acidente (Botelho da Costa, 2015).

Num estudo de Boltz et al. (2012) vem referido que cerca de 58% dos idosos hospitalizados apresentaram um declínio no desempenho das suas ABVD no momento da admissão, sendo que 85% destes não recuperaram o seu nível funcional basal, sugerindo que intervenções centradas na capacidade funcional são preditivas de obter ganhos em saúde, por isso devem ser realizadas ao mesmo tempo que se trata a causa aguda do internamento.

Em outro estudo de 2017 de Buurman et al., cujo objetivo foi o de identificar as incapacidades nos idosos antes e depois da alta, também foi concluído que independentemente do tipo de incapacidade, os idosos apresentam uma deterioração destas.

1.2. O Processo de Reabilitação do Idoso Hospitalizado - Intervenção do EEER na Promoção da Readaptação Funcional Para o Regresso a Casa do Idoso Hospitalizado/Família

A Reabilitação contempla um corpo de conhecimentos e ações específicas que permite ajudar os indivíduos com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a recuperar uma função ou capacidades perdidas por forma a maximizar o seu potencial funcional e independência na interação com o ambiente (OE, 2010).

A Ordem dos Enfermeiros (2010) artigo 4º, define três competências específicas do EEER: Cuidar, Capacitar e Maximizar.

Pela competência de Cuidar, compreende-se a avaliação da funcionalidade e diagnóstico de alterações que delimitam as atividades e incapacidades. O EEER concebe planos de intervenção com o objetivo de promover a adaptação da pessoa/família à nova situação de saúde/doença e ou incapacidade.

Na competência de Capacitar, pretende-se que o EEER capacite a pessoa para a adaptação às limitações, proporcionando a promoção da autonomia e uma melhor qualidade de vida. O EEER deverá promover a mobilidade, acessibilidade e a integração social.

Por fim, na competência Maximizar, compreende-se que o EEER maximize a funcionalidade da pessoa, desenvolvendo as suas capacidades, articulando o plano de intervenção de acordo com os resultados esperados.

Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação ajudam os doentes no desenvolvimento das suas potencialidades, na otimização das funções e na aceitação das suas responsabilidades na participação do processo de reabilitação (Hoeman, 2011), tendo como foco de atenção “a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades” (Regulamento nº350/2015, 2015).

A Reabilitação Geriátrica tem como objetivo a recuperação funcional do idoso com doença aguda, crónica ou que apresenta alguma incapacidade. Ou seja, pretende-se conseguir a máxima recuperação e independência funcional do idoso, bem como

a sua máxima integração no meio familiar e social, dotando-o dos meios necessários (Ruipérez e Llorente, 1998, Hoeman, 2011).

O ambiente hospitalar na sua maioria não se encontra adaptado aos objetivos terapêuticos dos idosos, pois centram-se no controlo específico da doença aguda que levou à hospitalização (Boltz et al, 2012). Ou seja, não existe uma adaptação das condições físicas do idoso que são importantes para a satisfação das suas necessidades, a sua funcionalidade e independência não são estimuladas, pois os cuidados de saúde hospitalares encontram-se projetados para uma entrega rápida e eficaz dos cuidados (Menezes, Oliveira, e Menezes, 2010, Boltz, 2012).

É importante que se tenha em atenção o impacto da hospitalização no estado funcional dos idosos, na medida em que este pode ser facilitador ou inibidor da sua funcionalidade. Desta forma, deve-se dar enfoque à interação entre a disfunção e o contexto ambiental (Fontes, 2014), o poderá ser minimizador das barreiras e potencializador dos recursos facilitadores.

O plano de reabilitação deverá ser pouco exigente, variado e motivante devido às características do envelhecimento, onde o nível terapêutico dos exercícios, o tipo e a independência nestes sejam regulados por forma a conservar a energia e a evitar a fadiga. É importante que seja considerado preferencialmente o desempenho de AVD, através de um exercício regular, que se estimule aquisições e destrezas simples e que se previna o aparecimento de mais incapacidades (Ruipérez e Llorente, 1998, Hoeman, 2011).

As intervenções de Enfermagem de Reabilitação têm como finalidade proporcionar ao doente o máximo de autonomia, independência, através da elaboração de um plano de cuidados com intervenções de enfermagem adequadas para que se atinjam objetivos ajustados à situação individual do idoso, promovendo a sua qualidade de vida (Hoeman, 2011), e deve-se ter em consideração o nível educacional e económico do idoso/família, bem como as características do seu domicílio.

No entanto, é importante referir que o objetivo da reabilitação, antes do doente estar clinicamente estabilizado, passa pela prevenção de contraturas e atrofia, por evitar a dor ou lesões articulares, pela manutenção do tónus muscular, a força e a função.

O autocuidado nas AVD é composto por várias componentes e estratégias para que a pessoa complete a tarefa (Hoeman, 2011).

O EEER deverá monitorizar os doentes que necessitam de utilizar dispositivos de adaptação, para garantir que são capazes de cuidar da sua higiene, do uso do sanitário e da alimentação.

Hoeman (2011) defende o exercício como autocuidado. Os exercícios aeróbicos e os de treino de força podem prevenir ou reverter as alterações da função muscular relacionadas com a idade, bem como aumentar a resistência e o estado de saúde geral. Os exercícios de carga melhoram a força e a estabilidade postural, e ainda a capacidade de controlo, vigilância e a atenção, o que contribui para a prevenção das quedas associadas ao declínio funcional do idoso. O treino de marcha melhora a estabilidade postural dinâmica.

A enfermagem deve centrar-se na reabilitação do idoso e na promoção de estilos de vida saudáveis para que nada comprometa o seu estado funcional. A equipa de saúde deve prestar cuidados centrados no idoso, cuidando-o na sua globalidade por forma a capacitá-lo para assumir o controlo do autocuidado ou que o seu cuidador o assuma por si. Deve-se identificar as suas necessidades, potencializar as suas capacidades e promover a sua independência. Assim, para a avaliação do idoso ser a mais correta deve ser realizada através da combinação da sua avaliação clínica e funcional (Cabete, 2005).

A preparação do regresso a casa tem sido abordada por vários autores. Este tema é descrito como um processo contínuo e gradual que deve ser iniciado aquando a admissão do idoso até à sua integração no contexto familiar. Deve ser um processo rigoroso e com o envolvimento da equipa multidisciplinar, incluído está o enfermeiro (Petronilho, 2007, 2016, Rebelo, 2012).

Este processo deve ser realizado de forma sistemática para ter resultados efetivos na satisfação e capacitação dos doentes e familiares cuidadores, para uma melhor referenciação, na diminuição do tempo de internamento, menos complicações após a alta hospitalar e conseqüentemente menos readmissões e, assim este processo contribui para uma diminuição dos custos financeiros do sistema de saúde (Petronilho, 2007, 2016).

Compreende-se como principal objetivo da preparação do regresso a casa ajudar o idoso hospitalizado e família a adaptar-se à nova situação de saúde, por forma a assegurar a continuidade de cuidados com qualidade quando regressam ao contexto familiar.

Os cuidados de saúde centrados nas respostas humanas à doença e aos processos de vida, com vista à promoção da adaptação encontram-se na matriz conceptual da nossa profissão. A OE (2011) acrescenta uma vertente multidisciplinar à especialidade de reabilitação com conhecimentos, metodologias e procedimentos específicos e próprios que permitem alcançar o objetivo central, de ajudar a pessoa no seu processo de doença ou saúde.

O EEER tem assim um papel muito importante no processo de preparação do regresso a casa, nomeadamente na readaptação funcional do idoso. É um enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação sendo que se pretende que o EEER desenvolva

“processos de adaptação eficazes aos problemas de saúde, passando os seus cuidados especializados pelo planeamento de intervenções de Enfermagem de Reabilitação para a readaptação ao domicílio, otimizando os recursos existentes, procurando maximizar as capacidades funcionais do cliente; envolver o cliente e pessoas significativas no processo de cuidados, ensinando e treinando, tendo em conta os recursos existentes no domicílio; a conceção e desenvolvimento de planos e programas que permitam maximizar as capacidades funcionais da pessoa, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal” (Regulamento nº250/2015).

Um dos focos de atenção do EEER é o desenvolvimento de processos adaptativos através de uma relação interpessoal, sendo assim importante que este dê o seu contributo em cuidados que dependem da sua conceção e tomada de decisão, ajudando na promoção da sua qualidade de vida.

O EEER deve contribuir para a aquisição de estratégias que permitam uma adaptação eficaz ao domicílio. Deve assumir a liderança na preparação do regresso a casa, dando resposta às necessidades individuais e dificuldades dos idosos/família no seu contexto habitual e estilo de vida, através da mobilização dos recursos necessários para a sua capacitação no autocuidado (Rebelo, 2012).

A promoção do autocuidado deve ser um processo coletivo realizado pelo indivíduo conjuntamente com o enfermeiro e restante equipa multidisciplinar, com o principal objetivo de melhorar a sua qualidade de vida (Petronilho, 2012).

No contexto familiar, o idoso dependente pode necessitar que o familiar cuidador se adapte e que adquira conhecimentos, capacidades e habilidades para lidar com a sua situação de dependência, que vai afetar o autocuidado e o bem-estar. Assim, o Enfermeiro tem um papel primordial na transferência dos conhecimentos necessários para promover a readaptação funcional do idoso dependente (Menoita, 2014).

De acordo com Menoita (2014), o EEER deve assumir as seguintes funções: Interpretar as características envolventes de cada situação, por forma a definir objetivos para níveis máximos de interdependência funcional; Consolidar, promovendo o autocuidado, prevenindo complicações e limitações; Conservar, reforçando comportamentos de adaptação positiva, assegurando a continuidade de cuidados e minimizando o impacto da incapacidade; e Integrar, com os contributos da restante equipa multidisciplinar.

O EEER é primordial na avaliação e melhoria dos resultados, conseguindo níveis mais elevados de capacidade funcional, promovendo um *coping* eficaz, uma melhoria na qualidade de vida e na satisfação do idoso/família.

O enfermeiro também deve garantir a continuidade de cuidados através da articulação com os cuidados de saúde primários, ou com outros recursos na sociedade, por forma a assegurar a transição do hospital para a comunidade (Rebelo, 2012), através de registos de enfermagem individualizados e completos, da partilha de informação entre a equipa multidisciplinar e através da articulação com os recursos na comunidade (Jerónimo, 2013).

De acordo com Petronilho (2016), existe um conjunto de terapêuticas de enfermagem que têm como objetivo serem facilitadoras da experiência de transição da pessoa/família para o domicílio e que se encontram relacionadas com: 1. antecipação do suporte necessário à família, através da demonstração de disponibilidade do enfermeiro em tempo útil, de forma sistematizada e com especial atenção no momento imediato ao regresso a casa da pessoa dependente; 2. Promoção da coesão familiar, da consciencialização e do envolvimento dos

cuidadores familiares no período de transição para o exercício do novo papel; 3. Identificar e ajudar no desenvolvimento de um sentimento mais positivo dos familiares cuidadores em relação ao seu novo papel; 4. Promoção da capacitação dos familiares cuidadores sobre os cuidados que vai assegurar; 5. Apoio nas decisões familiares; 6. Informar sobre a utilização de equipamentos adaptativos e de recursos na comunidade, que sejam promotores da reconstrução da autonomia do utente e facilitadores do exercício do papel do familiar cuidador.

Capacitar alguém para alguma coisa significa preparar ou instruir para tornar a pessoa capaz de fazer, saber ou decidir por algo (Sousa e Bastos, 2016).

2.ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DE ENFERMAGEM

O modelo conceptual de Dorothea Orem contribui para a resolução da problemática deste projeto de estágio.

A Teoria do Défice do Autocuidado de enfermagem é uma teoria geral composta por três teorias que se relacionam entre si: a Teoria do Autocuidado, que se baseia no pressuposto de que a pessoa tem capacidade para cuidar de si e que desempenha atividades e comportamentos para se manter saudável e para o seu desenvolvimento pessoal e bem-estar; a Teoria do Défice do Autocuidado, que reconhece as necessidades em autocuidado, apresentado a pessoa um défice de autocuidado, sendo que descreve e explica por que razão as pessoas podem ser ajudadas pelos enfermeiros; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as ações realizadas pelos enfermeiros no sentido de colmatar as limitações no desempenho do autocuidado, e que podem ser dirigidas à pessoa ou familiar cuidador com necessidades terapêuticas de autocuidado. (Martins e Rocha, 2016).

O Autocuidado é o conceito central desta teoria e de acordo com Orem (2001, p43) refere-se à “prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar”, e é considerado um dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo que desta forma a sua avaliação é importante para evidenciar a efetividade destes cuidados (Doran, 2003).

Este projeto assenta nesta Teoria, nomeadamente, na Teoria dos Sistemas de Enfermagem, com base nas necessidades de autocuidado e na capacidade do idoso hospitalizado para a execução das atividades do autocuidado. Nesta teoria está incluído o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação. Para a implementação deste projeto serão utilizados o sistema parcialmente compensatório, em que o enfermeiro realiza cuidados terapêuticos por forma a compensar algumas limitações do idoso, e o sistema de apoio-educação, que abrange o idoso que tem capacidade para se cuidar, mas necessita de apoio, orientação e instrução da equipa de enfermagem/do familiar cuidador, para a realização de atividades de autocuidado.

Para uma prática de cuidados de excelência em enfermagem é importante adequar intervenções, agir ou fazer pela pessoa, guiar e orientar, proporcionar apoio físico e

psicológico e proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal e sua capacitação (Orem, 2001).

A aquisição de competências por parte do idoso e familiar cuidador deverá passar pelo que se denomina de Ensinos. Estes ensinos necessitam de um envolvimento ativo por parte dos elementos e devem ser realizados individualmente (Petronilho, 2016).

Relativamente ao processo ensino-aprendizagem deve-se incidir na informação teórica (ex.: gestão da medicação) e em aspetos mais técnicos (ex.: vestir-se). Este processo caracteriza-se por 3 momentos distintos: 1. intervenções do tipo ensinar/educar, adequadas ao nível cognitivo do idoso/familiar cuidador; 2. intervenções do tipo instruir, em que o enfermeiro faz de modelo e explica e demonstra as técnicas e o idoso/família observam e 3. intervenções do tipo treinar, em que o enfermeiro coloca o idoso ou cuidador familiar a fazer sob a sua supervisão, esclarecendo as dúvidas. Este processo de ensino-aprendizagem deve ser repetido várias vezes durante o internamento (Petronilho, 2016).

O ensino pode ser definido como uma transferência de conhecimentos e capacidades para o idoso/família, tendo por foco as respostas humanas que requerem cuidados de enfermagem ao idoso hospitalizado, com enfoque na aquisição de saberes e saber-fazer.

A informação acerca dos recursos disponíveis na comunidade pode ser importante para a promoção de um desempenho adequado. A informação personalizada relativamente às necessidades do idoso hospitalizado/família também poderá ser considerada uma estratégia na promoção da continuidade dos cuidados em articulação com a equipa de enfermagem dos cuidados de saúde primários (Petronilho, 2016).

3.COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER

O presente projeto tem como objetivo ser a base e o planeamento das intervenções de enfermagem com o intuito de desenvolver competência de EEER nos campos de estágio.

Foi definido como objetivo geral: “Desenvolver competências de EEER na promoção da Readaptação Funcional no Idoso Hospitalizado”.

Os objetivos específicos:

- Integrar conhecimentos na área da Enfermagem de Reabilitação sobre a readaptação funcional do idoso hospitalizado/família;
- Analisar as necessidades específicas de intervenção de Enfermagem de Reabilitação ao idoso hospitalizado, considerando a complexidade e singularidade da Pessoa enquanto ser único, nomeadamente no que diz respeito ao seu processo de adaptação eficaz ao domicílio;
- Planear cuidados de Enfermagem de Reabilitação integrados no plano global de cuidados ao Idoso, com vista a otimizar as suas capacidades funcionais para um regresso a casa eficaz;
- Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Idoso/Família, integrados no plano global de cuidados com rigor técnico-científico, considerando todos os recursos existentes;
- Analisar o papel do EEER como gestor da continuidade de cuidados com vista ao regresso a casa do Idoso Hospitalizado, para um processo de adaptação eficaz aos problemas de saúde.

Em apêndice (I) encontra-se o planeamento de atividades com as competências e os domínios de EEER que pretendo desenvolver nos campos de estágio.

A nível de cuidados na comunidade irei estagiar com a Equipa de Cuidados Continuados [REDACTED] que utiliza a metodologia de Gestor de Cuidados a pessoas em situação de dependência transitória ou permanente no ciclo de vida, e a faixa etária mais comum é o adulto idoso dependente com necessidades de reabilitação motora e respiratória, treino de AVD, ensinos à família e prevenção de complicações da imobilidade e de úlceras de pressão.

Penso que será enriquecedora esta experiência quer pela diversidade de áreas de especialidade de enfermagem na equipa, mas também por projetos que têm, nomeadamente o “Grupo de trabalho à pessoa idosa”, que envolve parceria com a câmara municipal de [REDACTED]

Em relação ao estágio hospitalar, irei para o serviço de [REDACTED] [REDACTED], cuja taxa de internamento da população idosa é elevada. Utilizam a metodologia individual de trabalho e têm um leque de patologias muito variado. Os familiares são convidados a participar nos programas de reabilitação e o EEER tem impacto na decisão da alta do doente.

Em apêndice (II) encontra-se o cronograma de atividades.

CONCLUSÃO

A pesquisa bibliográfica realizada demonstrou que a evolução demográfica e o aumento do número de idosos em situação de dependência no autocuidado torna a preparação do regresso a casa, com enfoque na promoção da sua readaptação funcional, um processo multidimensional e complexo, e ainda com algumas fragilidades.

As necessidades gerais do doente idoso implicam mais tempo na sua avaliação e profissionais de saúde com formação adequada.

Conclui-se que os enfermeiros apresentam um papel estratégico na partilha de informação com o doente/família, de modo a que estes consigam adaptar-se aos desafios de saúde com que se deparam após a alta hospitalar, contribuindo para a qualidade de vida de todos os intervenientes.

A preparação do regresso a casa deverá passar pela identificação das necessidades, planeamento de intervenções, execução e sua avaliação. Para tal, será necessário uma boa colheita de dados inicial em que o enfermeiro deverá aprofundar as necessidades reais, tendo em conta as condições socioeconómicas do idoso e família, recursos materiais disponíveis, rede de suporte e quais as necessidades do cuidador para adquirir competências como cuidador, se for necessário e nestes casos será pertinente envolver o familiar na prestação de cuidados.

A minha experiência profissional parece confirmar a literatura existente, quando se faz referência à grande limitação do processo do regresso a casa ser o facto da decisão da alta hospitalar estar ainda muito centrada na equipa médica.

Espero durante os estágios vir a cumprir com todos os objetivos definidos, mas principalmente desenvolver as competências de EEER na promoção da readaptação funcional para um regresso a casa eficaz do idoso hospitalizado/família.

BIBLIOGRAFIA

Asmus-Szepesi, K., de Vreede, P., Nieboer, A., van Wijngaarden, J., Bakker, T., Steyerberg, E., & Mackenbach, J. (2011). Evaluation design of a reactivation care program to prevent functional loss in hospitalized elderly: a cohort study including a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 11:36.

Boltz, M., Resnick, B., Capezuti, E., Shuluk, J.; Secic, M. (2012). Functional Decline in Hospitalized Older Adults: Can Nursing Make a Difference? *Geriatric Nursing*, 33 (4), 272-279.

Botelho da Costa, R. (2015). *Functional Decline in the Hospitalized Elder – Review article*. Dissertação de Mestrado. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30701/1/Functional-decline-in-the-hospitalized-elder-FMUC-2015-Raquel-Costa%20%281%29.pdf>

Burack, O. R., Reinhardt, J. P., Weiner, A. S. (2012). Person-Centered Care and Elder Choice: A Look at Implementation and Sustainability. *Clinical Gerontologist*. 35: 390 – 403.

Buurman, B. M., Han, L., Murphy, T.E., Gahbauer, E. A., Leo-Summers, L., Allore, H. G., Gill, T. M (2016). Trajectories of disability among older persons before and after a hospitalization leading to a skilled nursing facility admission. PMC. HHS Public Access.

Cabete, D. (2005). *O Idoso, a Doença e o Hospital - O Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*. Loures: Lusociência.

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

Chodos, A. H., Kushel, M.B., Greysen, S. R., Guzman, D., Kessel, E. R., Sarkar, U., Goldman, L. E., Critchfield, J.M., Pierluissi, E. (2015). Hospitalization-Associated Disability in Adults Admitted to a Safety-Net Hospital. *J Gen Inter Med* 30(12), 1765 – 1772.

Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M., O. Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *Lancet*, 381: 752-762.

Courtney, M et al (2011). A randomized controlled trial to prevent hospital readmissions and loss of functional ability in high risk older adults: a study protocol. *BMC Health Services Research*, 11:202, 1-7.

Direção-Geral da Saúde (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação – nº 054/2011.

Doran, D. (2003). *Nursing Outcomes: The State of the Science*. (2nd ed.) United States of America: Jones & Bartlett Learning.

Estevens, J. (2017). Saúde e despesa em saúde num Portugal envelhecido. *Revista de Estudos Demográficos*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. 56 (3), 41 – 63.

Fontes, A. P. A. (2014). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – Um Modelo Multidimensional e Multideterminado da funcionalidade em Idosos Assistidos na Rede Nacional de Cuidados Integrados da Região do Algarve. Tese de Doutoramento. Disponível em NMS – FCM – Teses de Doutoramento.

Gândara, M., Oliveira, C. e Lopes, M. (2013). *A Pessoa Idosa Hospitalizada. O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa – da Investigação à prática*. Loures: Lusociência, 177-185.

Gillis, A., e MacDonald, B. (2005). Deconditioning in the hospitalized elderly. *Canadian Nurse*, 101 (6), 16-20.

Gomes, B. e Martins, M. M. (2016). Funcionalidade, autonomia e dependência. *A Pessoa Dependente & o Familiar Cuidador*. Porto: Lusodidacta, 29-39.

Governo de Portugal (2012), Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações – Programa de Ação, 2012, Portugal. Disponível em <http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.pdf>

Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. Loures: Lusodidacta.

Instituto Nacional de Estatística (2015). *Dia Mundial da População 11 Julho 2015*. In Destaque- Informação à comunicação social.

Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Projeções de População Residente 2015-2080*. In Destaque- Informação à comunicação social.

Jerónimo, L. (2013). *A Preparação do Regresso a Casa da Pessoa Idosa submetida a Gastrectomia e sua Família – A Parceria como Intervenção de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Disponível no Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/15739>

Kleinpell, R; Fletcher, K; Jennings, B. (2008). Reducing Functional Decline in Hospitalized Elderly. In: Hughes, *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, (1). Rockville: HRQ Publication, 251-265.

Lee, S., Staffileno B. A., Fogg, L. (2013). Influence of staff education on the function of hospitalized elders. *Nursing Outlook*. Elsevier.

Martins, T. e Rocha, M. C. (2016). Autocuidado – foco central para a prática de enfermagem. *A Pessoa Dependente & o Familiar Cuidador*. Porto: Lusodidacta, 13-28.

Menezes, C., Oliveira, V., Menezes, R. (2010) Repercussões da hospitalização na capacidade funcional de idosos. *Revista Movimenta*, 3 (2), 76-84.

Menoita, E.C. (2014). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Idosa com AVC. *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC*. Loures: Lusociência, 25 -39.

McCullagh, R., O'Connell, E., O'Meara, S., Perry, I., Fitzgerald, A., O'Connor, K, Horgan, N.F., Timmons, S. (2016). A study protocol of a randomized controlled trial to measure the effects of an augmented prescribed exercise programme (APEP) for frail older medical patients in the acute setting. *BMC Geriatrics*. 16:79.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação – nº 35/2015. Lisboa.

Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. (6ªed), Missouri. Mosby Inc.

Organização Mundial da Saúde (2015). *Resumo – Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Suíça: Organização Mundial da Saúde.

Petronilho, F. (2007). *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: Formasau.

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

Petronilho, F. (2016). Preparação do Regresso a Casa. *A Pessoa Dependente & o Familiar Cuidador*. Porto: Lusodidacta, 73-93.

Quintana, J. M., Ferreira, E. Z., Santos, S.S.C., Pelzer, M., T., Lopes, M. J., Barros, E. J. L. (2014). A utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde no cuidado aos idosos. *Referência (IV) 1*, 145 – 152.

Rebelo, M.T. (2012). O regresso do doente a casa: saberes e práticas dos enfermeiros no processo de alta. *Cuidar em Enfermagem – Saberes da prática*. Coimbra: Formasau.

Ruipérez, I. e Llorente, P. (1998). *Geriatrics*. Rio de Janeiro: McGraw Hill.

Sequeira, C., (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.

Sousa, M. R., Bastos, F. (2016). A Gestão do Regime Terapêutico pelo Familiar Cuidador. *A Pessoa Dependente & o Familiar Cuidador*. Porto: Lusodidacta, 161-182.

The Joana Briggs Institute (2015). *Joanna Brigs Institute Reviwers'Manual:2015 edition /Supplement*. Australia: The Joanna Briggs Institute.

Veríssimo, R., Barbosa, B. e Veríssimo M., T. (2014). Particularidades clínicas do doente idoso. *Geriatrics Fundamental*. Lidel – Edições técnicas, 129-135.

World Health Organization (2002). Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. *Health statistics and information systems*. Disponível em (<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefolder/en/>).

APÊNDICES

APÊNDICE I

Planeamento de Atividades

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>A – Responsabilidade profissional, ética e legal A1.Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de Intervenção; A2.Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>B – Melhoria da Qualidade B3. Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro;</p> <p>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1.Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p>	<p>1. Analisar a organização e dinâmica dos campos de estágio, e o modo como se articulam com outros serviços de saúde</p>	<p>1. Visita ao Serviço de Medicina 1-C do Hospital Santa Maria 1.1. Realização de reunião informal com a enfermeira chefe e EEER orientador/a (aplicação de guião de entrevista)</p> <p>2. Visita ao Centro de Saúde de Oeiras Ocidental – ECCI Saudar 2.1. Realização de reunião informal com a enfermeira chefe e EEER orientador/aa (aplicação de guião de entrevista)</p> <p>3. Consulta de manuais e documentos dos serviços e da instituição</p> <p>4. Identificação de recursos humanos, físicos e materiais existentes nos campos de estágio</p> <p>5. Recolha de informação pertinente que permita a</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros chefes • EEER orientador/a (campos de estágio) • Equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guias de integração e acolhimento • Normas, protocolos e projetos do serviço • Registos de informações: instrumentos de colheita de dados, de alta/transferência e encaminhamento para a comunidade <p>Físicos: Centro de Saúde [redacted] Hospital [redacted]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ver cronograma (Objetivo 1). 	<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter efetuado visita aos campos onde se desenvolverá o estágio; • Ter realizado reunião informal com enfermeira chefe e EEER orientador/a; • Ter consultado documentos do serviço existentes: guias de integração e acolhimento, protocolos, normas, instrumentos de registo; • Ter conhecimento sobre o funcionamento dinâmico do serviço em termos estruturais, funcionais e organizacionais; • Ter conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais existentes no serviço que possam ser mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação; • Ter informação sobre a articulação hospital/comunidade e outros serviços que contribuem para a continuidade nos programas de reabilitação. <p>Critérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para o conhecimento da organização e dinâmica dos campos de estágio e o modo como se articulam com outros serviços de saúde; • Reflete nas atividades utilizadas e na sua

		articulação com outros serviços e com a comunidade, e desenvolvimento de programas de reabilitação		importância para atingir o objetivo
--	--	--	--	-------------------------------------

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>A – Responsabilidade profissional, ética e legal A1.Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de Intervenção; A2.Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>B – Melhoria da Qualidade B3. Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro;</p> <p>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1.Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p>	<p>2. Analisar a atuação do EEER na dinâmica funcional do serviço: sua prática, articulação com a equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e comunidade/hospital nos campos de estágio</p>	<p>1. Observação da intervenção do EEER e a sua dinâmica com a equipa de enfermagem e com a equipa multidisciplinar; 2. Identificação das funções do EEER na prestação de cuidados ao idoso hospitalizado/família; 3. Identificação de instrumentos/procedimentos de colheita de dados inicial e de preparação para o regresso a casa; 4. Observação da articulação do EEER com os recursos na comunidade; 5. Desenvolvimento do autoconhecimento para a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa/família e/ou com a equipa multidisciplinar; 6. Observação do processo de tomada de decisão da equipa multidisciplinar. /Gestão de cuidados do EER</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EEER orientador/a (campos de estágio) • Docente orientadora • Equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normas, protocolos e projetos do serviço • Registos de informações: instrumentos de colheita de dados, de registo, de alta e encaminhamento para a comunidade/hospital <p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro de Saúde [REDACTED] • Hospital [REDACTED] <p>Temporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ver cronograma 	<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter observado a intervenção e dinâmica do EEER no seio da equipa multidisciplinar, como elemento dinamizador; • Ter identificado as principais funções do EEER na prestação de cuidados ao idoso hospitalizado/família em situação de dependência física; • Ter identificado principais instrumentos/procedimentos de colheita de dados inicial e de preparação para o regresso a casa; • Ter conhecimento da articulação dos EEER com os recursos existentes na comunidade; • Ter identificado principais fatores que possam interferir no relacionamento com a pessoa/família e /ou equipa multidisciplinar; • Ter colaborado nas decisões da equipa multidisciplinar. <p>Critérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para a compreensão da atuação do EEER na dinâmica

			(Objetivo 2).	funcional do serviço: sua prática, articulação com equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e comunidade/hospital; • De que modo compreende a atuação do EEER na dinâmica funcional do serviço: sua prática, articulação com equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e comunidade/hospital; • Reflete nas atividades utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo
--	--	--	---------------	---

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>A – Responsabilidade profissional, ética e legal A1.Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de Intervenção; A2.Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>B – Melhoria da Qualidade B3. Cria e mantém ambiente terapêutico e seguro;</p>	<p>3. Desenvolver uma prática profissional baseada em princípios éticos e deontológicos na área de Enfermagem de Reabilitação.</p>	<p>1. Realização de entrevistas ao idoso hospitalizado/família com o objetivo de perceber as suas expectativas, medos, e dificuldades, de forma estabelecer uma relação de parceria com estes na tomada de decisão e na elaboração do planeamento de reabilitação, tendo em conta a sua singularidade e capacidade funcional</p> <p>2. Reflexão e participação na construção de tomada de decisão como EEER e restante equipa de enfermagem, com base em princípios éticos e no código deontológico;</p> <p>3. Respeito pelos princípios de individualidade, justiça e liberdade, presentes no código deontológico, na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiras Chefes • EEER orientador/a (campos de estágio) • Docente orientadora • Equipa de enfermagem • Idoso hospitalizado / família <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Código deontológico; • Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER • Livros, revistas ou publicações da área da ética ou deontologia <p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hospital [redacted] ■ [redacted] ■ Centro de Saúde [redacted] ■ [redacted] <p>Temporal:</p>	<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter envolvido o idoso/família na elaboração do plano de reabilitação tendo em conta os seus objetivos, prioridades, valores, costumes e crenças; • Ter tomado decisões que refletem a mobilização de princípios éticos e morais; • Ter participado na tomada de decisão em equipa; • Ter promovido uma prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação em parceria com o idoso hospitalizado/família baseada em princípios éticos e deontológicos. <p>Critérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para o desenvolvimento de uma relação de parceria com o idoso hospitalizado/família e uma prática baseada em princípios éticos e deontológicos na área de Enfermagem de Reabilitação; • De que modo desenvolve uma prática profissional baseada em princípios éticos e deontológicos na

			<ul style="list-style-type: none">• Ver cronograma (Objetivo 3).	<p>área de Enfermagem de Reabilitação;</p> <ul style="list-style-type: none">• Reflete nas atividades utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.
--	--	--	--	--

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>D2.Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p> <p>D2.1.Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade;</p> <p>D2.2.Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade</p>	<p>4. Integrar conhecimentos na área da Enfermagem de Reabilitação sobre a readaptação funcional do idoso hospitalizado/família</p>	<p>1. Identificação das necessidades formativas pessoais e da equipa multidisciplinar;</p> <p>2. Utilização de técnicas de informação e métodos de pesquisa bibliográfica adequados;</p> <p>3. Realização de pesquisa bibliográfica sobre temas como: alterações fisiológicas do envelhecimento; declínio funcional do idoso hospitalizado e consequências; etapas da relação de parceria; estratégias e programas de Enfermagem de Reabilitação ao idoso hospitalizado, ganhos em saúde...</p> <p>4. Rentabilização das oportunidades de aprendizagem;</p> <p>5. Aplicação de conhecimentos adquiridos, mobilizando-os na prestação de cuidados de enfermagem especializados, ao idoso hospitalizado/família, de forma maximizar as suas capacidades funcionais</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EEER orientador/a (campos de estágio) • Docente orientadora • Equipa de enfermagem • Equipa multidisciplinar <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Computador com acesso à Internet e às bases de dados; • Livros, trabalhos académicos; artigos científicos, teses de mestrado e doutoramento sobre a área temática <p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro de Saúde <p>Temporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ver cronograma (Objetivo 4). 	<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter identificado necessidades formativas pessoais e da equipa multidisciplinar; • Ter utilizado tecnologias de informação e métodos de pesquisa bibliográfica adequados; • Ter rentabilizado as oportunidades de aprendizagem; • Ter aplicado os conhecimentos adquiridos, mobilizando-os para a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao idoso hospitalizado; • Ter partilhado saber e experiência, com referência à evidência científica, com a docente orientadora, EEER orientador e outros elementos da equipa multidisciplinar; • Ter participado em uma ação de formação acerca da área temática em estudo; • Ter realizado uma ação de formação à equipa de enfermagem em um campo de estágio <p>Critérios de Avaliação:</p>

		<p>6. Partilha de saber e experiências, principalmente referentes à evidência científica, com a docente orientadora, EEER orientador e outros elementos da equipa multidisciplinar;</p> <p>7. Participação em ações de formação que possam surgir acerca da temática;</p> <p>8. Realização de uma sessão de informação dirigida à equipa de enfermagem tendo em conta as suas necessidades formativas</p>	<ul style="list-style-type: none">• Demonstra conhecimentos na área das alterações fisiológicas do envelhecimento, dos fatores de risco de declínio funcional do idoso e complicações que daí advêm;• Demonstra conhecimentos em etapas da relação de parceria e em estratégias e programas de reabilitação ao idoso hospitalizado/família para a sua readaptação funcional eficaz;• Demonstra conhecimentos sobre as implicações da hospitalização no idoso/família na adaptação aos problemas de saúde;• De que modo assume a responsabilidade de autoformação;• De que modo aprofunda conhecimentos na área da Enfermagem de Reabilitação sobre readaptação funcional do idoso hospitalizado/família;• De que modo evidencia a importância do conhecimento teórico na prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação;• De que modo promove a partilha e discussão de conhecimentos em contexto de estágio;• Reflete nas atividades utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.
--	--	--	--

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>B – Melhoria da Qualidade</p> <p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais a longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnóstica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade</p>	<p>5. Analisar as necessidades específicas de intervenção de Enfermagem de Reabilitação ao idoso hospitalizado, considerando a complexidade e singularidade da Pessoa enquanto ser único, nomeadamente no que diz respeito ao seu processo de adaptação eficaz ao domicílio</p>	<p>1. Procurar e analisar de forma pertinente informações que permitam conhecer a singularidade e complexidade da Pessoa idosa hospitalizada, as suas necessidades em cuidados de Enfermagem de Reabilitação bem como o seu potencial funcional;</p> <p>2. Preenchimento do instrumento de colheita de dados referente à Pessoa idosa/família, de forma a recolher dados subjetivos, objetivos, históricos e atuais relativos às necessidades, bem como relativos a fatores inibidores ou facilitadores para a satisfação das mesmas;</p> <p>3. Estabelecimento de uma relação de parceria com o idoso hospitalizado/família;</p> <p>4. Observação sistemática do idoso hospitalizado, que inclua o exame físico e neurológico;</p> <p>5. Pesquisa e preenchimento de escalas e instrumentos de avaliação da capacidade funcional do idoso para realização das ABVD's;</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EEER orientador/a (campos de estágio) • Docente orientadora • Equipa de enfermagem • Idoso Hospitalizado / família <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Computador com acesso à Internet e às bases de dados; • Bibliografia sobre escalas e instrumentos de avaliação; • Instrumentos de colheita de dados; • Escalas de avaliação em uso no serviço (ex. Braden, Morse, Barthel,...) • Processo clínico da pessoa doente <p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospital ██████████ 	<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter identificado informação pertinente relativa a necessidades do Idoso Hospitalizado/família e fatores inibidores ou facilitadores para a satisfação das mesmas; • Ter estabelecido uma relação de parceria com o Idoso Hospitalizado/Família; • Ter observado o Idoso Hospitalizado de forma clara e sistemática incluindo o exame físico e neurológico; • Ter pesquisado escalas e instrumentos de avaliação passíveis de serem utilizados, tendo em conta a especificidade de cada Pessoa; • Ter adequado os instrumentos de avaliação, preenchendo-os corretamente; • Ter analisado a informação pertinente de acordo com a especificidade de cada situação para um programa de Reabilitação do Idoso Hospitalizado; • Ter identificado as necessidades de intervenção do EEER para otimizar as capacidades funcionais do idoso para que regresse a casa

		<p>6. Identificação das necessidades de intervenção no Idoso Hospitalizado e sua família de modo a otimizar as suas capacidades funcionais para que possa regressar a casa da forma mais independente possível;</p> <p>7. Identificação dos requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde do Idoso Hospitalizado que podem condicionar o seu autocuidado.</p>	<p>Temporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ver cronograma (Objetivo 5). 	<p>da forma mais independente possível;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter identificado os requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde alterados de pelo menos a três pessoas às quais tenha prestado cuidados. <p>Crítérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para a identificação das necessidades específicas de intervenção de Enfermagem de Reabilitação ao Idoso Hospitalizado, considerando a complexidade e singularidade da pessoa enquanto ser único, nomeadamente no que diz respeito à preparação para o regresso a casa; • De que modo demonstra capacidade para estabelecer uma relação de parceria com o Idoso Hospitalizado/Família; • De que modo demonstra capacidade para identificação das necessidades específicas de cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Idoso Hospitalizado, considerando a complexidade e singularidade da pessoa enquanto ser único, tendo em conta todos os recursos existentes;
--	--	---	--	---

				<ul style="list-style-type: none">• Reflete nas atividades utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.
--	--	--	--	---

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>B – Melhoria da Qualidade B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais a longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnóstica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade</p> <p>J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade</p>	<p>6. Planear cuidados de Enfermagem de Reabilitação integrados no plano global de cuidados ao Idoso, considerando-o como parceiro nos cuidados, com vista a otimizar as suas capacidades funcionais para um regresso a casa eficaz</p>	<p>1. Identificação de fatores condicionantes do Idoso, internos e externos, para o autocuidado, assim como os facilitadores ou inibidores para a realização das ABVD da forma mais independente possível no contexto de vida da pessoa;</p> <p>2. Planeamento dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação a prestar através da elaboração de planos de cuidados individualizados em função das necessidades do Idoso Hospitalizado/família, com base numa relação de parceria, tendo em conta os recursos existentes no domicílio, utilizando os métodos de ajuda propostos por Orem;</p> <p>3. Avaliação das intervenções efetuadas ao Idoso Hospitalizado e família e atualização do plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, de forma a permitir uma adaptação eficaz ao domicílio.</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EEER orientador/a (campos de estágio) • Docente orientadora • Equipa de enfermagem • Idoso Hospitalizado / família <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos de colheita de dados; • Escalas de avaliação em uso no serviço (ex. Braden, Morse, Barthel,...) • Processo da pessoa doente <p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro de Saúde [redacted] • Hospital [redacted] <p>Temporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ver cronograma (Objetivo 6). 	<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter identificado os fatores condicionantes, internos e externos, para o autocuidado, assim como os facilitadores ou inibidores para a realização das ABVD da forma mais independente possível no contexto de vida do Idoso; • Ter elaborado planos de intervenção/treino de AVD com base numa relação de parceria com o Idoso, utilizando os métodos de ajuda propostos por Orem, com vista a uma adaptação eficaz aos problemas de saúde (satisfação das necessidades de autocuidado do Idoso/família; à promoção da saúde; à prevenção de complicações e à maximização da sua autonomia e qualidade de vida), tendo em conta os recursos existentes no domicílio; • Ter avaliado intervenções efetuadas e atualizado plano de cuidados de enfermagem de reabilitação. <p>Critérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elabora planos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação,

				<p>integrados no plano global de cuidados do Idoso dependente com base numa relação de parceria;</p> <ul style="list-style-type: none">• Adequa a prestação dos cuidados planeados, aplica os conhecimentos apreendidos, estabelece prioridades, estrutura e fundamenta o planeamento e implementação do programa de Reabilitação que promova a readaptação ao domicílio, considerando o Idoso como parceiro de cuidados e todos os recursos existentes no domicílio;• Ter avaliado intervenções efetuadas e atualizado plano de cuidados de enfermagem de reabilitação;• Reflete nas atividades utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.
--	--	--	--	---

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>A – Responsabilidade profissional, ética e legal A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>B – Melhoria da Qualidade B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de</p>	<p>7. Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação em parceria com o Idoso / Família, integrados no plano global de cuidados com rigor técnico-científico, considerando todos os recursos existentes</p>	<p>1. Demonstração de conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do processo de ensino aprendizagem e da pesquisa acerca da avaliação e intervenção ao Idoso Hospitalizado;</p> <p>2. Realização da neuroavaliação do Idoso Hospitalizado;</p> <p>3. Prestação de cuidados em parceria com o Idoso/Família, recorrendo aos sistemas de enfermagem propostos por Orem, avaliando em qual a Pessoa se situa, podendo ser num sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio/educação, de modo a que possa ter um maior rendimento e desenvolvimento pessoal;</p> <p>4. Prestação de cuidados ao Idoso Hospitalizado e família tendo por base os princípios presentes no código deontológico (Realização de posicionamentos específicos,</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EEER orientador/a (campos de estágio) • Docente orientadora • Equipa de enfermagem • Idoso Hospitalizado / família • Equipa multidisciplinar <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conteúdos lecionados nas unidades curriculares do curso; • Bibliografia sobre escalas e instrumentos de avaliação, planeamento de cuidados e intervenções do EEER ao idoso • Planos de cuidados elaborados; • Código deontológico; • Processo da pessoa doente 	<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter demonstrado conhecimentos científicos atuais acerca da avaliação e intervenção ao Idoso Hospitalizado; • Ter prestado cuidados baseados nos princípios presentes no código deontológico; • Ter realizado a neuroavaliação do Idoso de forma a adequar os cuidados a prestar; • Ter prestado cuidados ao Idoso numa relação de parceria recorrendo aos sistemas de enfermagem propostos por Orem, avaliando no qual a Pessoa se situa, de modo a ter um maior rendimento e desenvolvimento pessoal • Ter realizado posicionamentos específicos, transferências, exercícios de mobilidade articular e treino de equilíbrio e marcha, adequados à situação do Idoso; • Ter utilizado os métodos de ajuda propostos por Orem para maximizar as capacidades funcionais do Idoso; • Ter selecionado produtos de

conhecimento;

J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais a longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados

J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;
J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas;

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

J2.1. Elabora e implementa plano de treino de AVD's visando

transferências, exercícios de mobilidade articular e treino do equilíbrio e de marcha adequados à situação do Idoso);

5. Utilização dos métodos de ajuda propostos por Orem para maximizar todo o potencial do Idoso, tendo em conta os seus objetivos individuais, de modo a que este e a sua família consigam realizar intervenções adequadas às suas necessidades no domicílio;

6. Seleção e ensino sobre a utilização de produtos de apoio/dispositivos de compensação adaptados às limitações e necessidades do Idoso, bem como às suas condições habitacionais e contextos de vida social, com vista a um processo de adaptação eficaz aos problemas de saúde;

7. Implementação de planos e programas que permitam maximizar as capacidades funcionais do Idoso, potenciando o seu rendimento na promoção do autocuidado;

8. Avaliação das intervenções efetuadas ao Idoso

Físicos:

Centro de Saúde

Hospital

- Biblioteca ESEL

Temporal:

- Ver cronograma (Objetivo 7).

apoio/dispositivos adequados às necessidades do Idoso, bem como às suas condições habitacionais e contextos de vida social, com vista a um processo de adaptação eficaz aos problemas de saúde;

- Ter implementado planos de intervenção/treino de AVD, utilizando os métodos de ajuda propostos por Orem, com vista a uma adaptação eficaz aos problemas de saúde (satisfação das necessidades de autocuidado do Idoso/família; à promoção da saúde; à prevenção de complicações e à maximização da sua autonomia e qualidade de vida), tendo em conta os recursos existentes no domicílio;

- Ter avaliado intervenções efetuadas e atualizado plano de cuidados de enfermagem de reabilitação;

Crítérios de Avaliação:

- Avalia a consecução dos objetivos estabelecidos no programa de Reabilitação, reformulando o plano de cuidados quando necessário

- Assume responsabilidade na implementação do planeamento de intervenção do EEER que promovam uma relação de

<p>a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;</p> <p>J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório; J3.2. Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados.</p>		<p>Hospitalizado e família e atualização do plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, de forma a permitir a continuidade dos cuidados</p>	<p>parceria no autocuidado e maximizem as capacidades funcionais da Idoso e sua família;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reflete nas atividades utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo.
--	--	--	--

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>B – Melhoria da Qualidade B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>C – Gestão dos Cuidados C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</p> <p>J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p>	<p>8. Analisar o papel do EEER como gestor da continuidade de cuidados com vista ao regresso a casa do Idoso Hospitalizado, para um processo de adaptação eficaz aos problemas de saúde</p>	<p>1. Identificação das funções/intervenções do EEER em contexto hospitalar e na comunidade.</p> <p>2. Avaliação da situação do Idoso e sua família, identificando as necessidades de continuidade de cuidados para articulação de cuidados com vista a uma adaptação eficaz aos seus problemas de saúde;</p> <p>3. Referenciação/encaminhamento do Idoso e sua família para outros prestadores de cuidados de saúde/recursos na comunidade;</p> <p>4. Realização de notas de transferência/referenciação de enfermagem de reabilitação com o intuito de melhorar a articulação do EEER do contexto hospitalar com o da comunidade tendo como base o Modelo de Enfermagem de Orem;</p> <p>5. Estabelecimento de contato telefónico prévio com as Instituições de Saúde, se existir, com o Enfermeiro de Reabilitação;</p> <p>6. Realização de pesquisa sobre a legislação, normas e técnicas promotoras da integração e participação cívica, com o intuito de</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EEER orientador/a (campos de estágio) • Docente orientadora • Equipa de enfermagem • Idoso / família • Enfermeiros generalistas e EEER da comunidade <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrumento de registo de transferência/alta e encaminhamento para outros recursos de saúde; • Protocolos de Qualidade em vigor; Legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica; • Telefone e fax para articulação com o hospital/comunidade. 	<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter referenciado/encaminhado o Idoso e sua família para outros prestadores de cuidados de saúde/recursos de saúde; • Ter realizado notas de transferência/referenciação de enfermagem de reabilitação com vista a melhorar a articulação do EEER do contexto hospitalar e da comunidade tendo como base o Modelo de Enfermagem de Orem; • Ter efetuado contatos telefónicos prévios com a comunidade/hospital e de preferência com enfermeiro de reabilitação da comunidade/hospital; • Ter pesquisado acerca da legislação, normas e técnicas promotoras da integração e participação cívica, com vista a informar o idoso/família acerca dos seus direitos e deveres; • Ter identificado funções/intervenções do EEER em contexto hospitalar e na comunidade.

		<p>informar o Idoso e sua família acerca dos seus direitos e deveres.</p>	<p>Físicos: [redacted] Centro de Saúde [redacted] [redacted] Hospital [redacted] [redacted]</p> <p>Temporal: • Ver cronograma (Objetivo 8).</p>	<p>Crterios de Avaliao:</p> <ul style="list-style-type: none">• De que modo as atividades planejadas e desenvolvidas foram fundamentais para promover a continuidade de cuidados, atravs da articulao hospital/comunidade, com vista a promoo do autocuidado e no regresso a casa da Pessoa Idosa dependente e sua famlia;• Reflete nas atividades utilizadas e na sua importncia para atingir o objetivo;
--	--	---	---	--

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividades/Estratégias	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>D1.Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p>D2.Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;</p> <p>D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade;</p> <p>D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.</p>	<p>9. Elaborar o Relatório Final do Projeto de Formação.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desenvolvimento de momentos de reflexão e esclarecimento de dúvidas, com EEER orientador; 2. Reflexão sistemática, crítica e construtiva com recurso a diários de aprendizagem, semanalmente; 3. Partilha das reflexões realizadas com a docente orientadora; 4. Procura de momentos de aprendizagem cada vez mais complexos ao longo dos estágios; 5. Realização de análise crítica e reflexiva relativamente aos fatores inibidores e facilitadores para o alcance dos objetivos traçados; 6. Justificação das opções, prioridades e do planeamento dos cuidados definidos; 7. Elaboração de análise crítica e construtiva do processo de ensino e aprendizagem, refletindo sobre o projeto desenvolvido em função das experiências desenvolvidas; 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros chefes • EEER orientador/a • Docente orientadora • Equipa de enfermagem <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Computador com acesso à Internet e às Bases de Dados • Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER • Código deontológico • Diários de aprendizagem <p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro de Saúde [redacted] • Hospital [redacted] <p>Temporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ver cronograma 	<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter desenvolvido momentos de reflexão e esclarecimento de dúvidas com o EEER orientador; • Ter realizado diários de aprendizagem todas as semanas; • Ter partilhado reflexões críticas com a docente orientadora; • Ter procurado momentos de aprendizagem com grau de complexidade cada vez mais elevado ao longo dos estágios; • Ter realizado análise crítica e reflexiva relativamente aos fatores inibidores e facilitadores para o alcance dos objetivos traçados; • Ter justificado as opções, prioridades e o planeamento dos cuidados definidos; • Ter elaborado análise crítica e construtiva do processo de ensino aprendizagem, através de reflexão sobre o projeto desenvolvido em função das experiências vivenciadas; • Ter realizado o relatório final do projeto de formação; • Ter identificado competências que considera necessárias a desenvolver no futuro na instituição onde exerce

		<p>8. Realização do relatório final do projeto de formação;</p> <p>9. Identificação de competências a desenvolver numa perspetiva futura</p>	<p>(Objetivo 9).</p>	<p>funções;</p> <p>Critérios de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none">• De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram importantes para o desenvolvimento de uma análise crítica, reflexiva e construtiva, contribuindo para a realização do relatório Final do Projeto de Formação;• Reflete nas atividades utilizadas e na sua importância para atingir o objetivo;• De que forma elabora o relatório de estágio baseado nas aprendizagens efetuadas, refletindo sobre o projeto desenvolvido e as experiências vivenciadas, sujeito a discussão pública e avaliação final formal
--	--	--	----------------------	--

APÊNDICE II

Cronograma

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Reabilitação

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estágio na Equipa de Cuidados Continuados Integrados ████████

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Ana Raquel Silva Teles Rombo

Nº 7377

Lisboa

Novembro 2017



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Reabilitação

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estágio na Equipa de Cuidados Continuados Integrados [REDACTED]

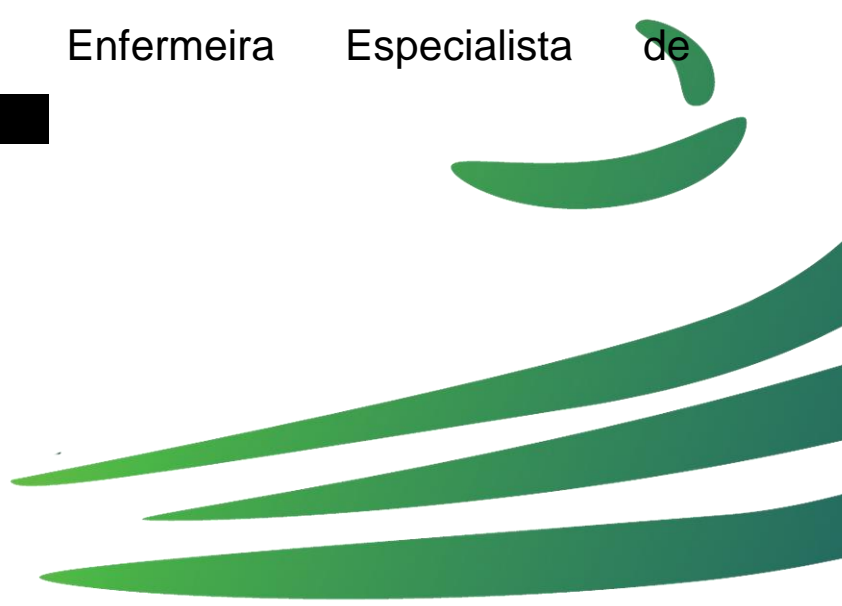
Jornal de Aprendizagem

Ana Raquel Silva Teles Rombo

Nº 7377

Professora Orientadora: Professora Fátima Marques

Enfermeira Orientadora: Enfermeira Especialista de
Reabilitação [REDACTED]



JORNAL DE APRENDIZAGEM

No início da semana 5 deu entrada na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) [REDACTED] uma senhora vítima de TCE em 2016 por queda no domicílio que esteve internada no meu serviço no hospital na altura, e que tinha sido transferida para o Centro de Reabilitação de [REDACTED].

Reencontrei-a agora numa Visita Domiciliária (VD) de acolhimento que realizei, em conjunto com outra enfermeira de reabilitação da ECCI, a Enf^a A. Quando observei a utente verifiquei que se mantinha no mesmo estado clínico de quando teve alta do meu serviço (emite sons, responde a questões simples com a cabeça e apresenta tetraparésia), apesar de já ter estado em Alcoitão e de ter permanecido numa Unidade de Média Duração (UMDR), não apresentou ganhos em saúde. O marido é o principal cuidador e vivem com uma filha em comum de 2 anos.

Nesta VD estive responsável pela confirmação da história clínica e medicação de ambulatório e pude observar o estado de exaustão em que o cuidador se encontra. Quando chegamos ao domicílio da utente, o cuidador começou a verbalizar em modo agressivo e irónico que a ECCI demorou muito a receber a utente na sua carteira de utentes.

Importa referir que a referenciação desta senhora já é um assunto bastante falado na equipa, uma vez que existem suspeitas de maus tratos e por isso foi necessária uma avaliação domiciliária da utente por parte da médica de família para realizar uma avaliação sobre essa suspeita, mas a médica não partilhou da mesma opinião do enfermeiro de família (situação de maus tratos presente).

Enquanto lá estivemos e após várias queixas do cuidador relacionadas com os serviços de saúde públicos, a Enf^a A. acabou por lhe dizer que o processo tinha demorado a ser aceite porque existia suspeita de maus tratos. Perante esta informação, o marido perguntou o que então estaríamos a fazer pela utente se havia essa suspeita? E a verdade é que nada. Foi informado o marido de que a ECCI, com as VD para reabilitação funcional da utente, estaria atenta a sinais de maus tratos.

Desta situação retiro como contributo para futura enfermeira de reabilitação de que quando existem suspeitas de maus tratos, deve-se fazer de imediato alguma coisa e que a situação deve ser encaminhada para outra entidade competente na área o mais rápido possível. A postura da Enf^a A. também foi de louvar, pois o tom irónico e

agressivo com que o marido falava com ela, manteve-a numa postura calma e serena e com respostas assertivas. O que eu poderia ter feito? Ajudado na argumentação da suspeita que existe. Mas nunca estive perante nenhuma situação idêntica ou semelhante pelo que apenas ajudei a reforçar qual o papel da ECCI neste momento.

Na reunião semanal foi discutido este caso e eu partilhei das suspeitas que tivemos quando a utente permaneceu internada no meu serviço, mas que nunca presenciámos nada por isso nunca encaminhámos para nenhuma entidade. Foi decidido, após todos terem dado a sua opinião e partilhado casos semelhantes, que se deveria encaminhar a utente para a Equipa de Prevenção da Violência no Adulto (EPVA) por risco de exaustão do cuidador. O contributo desta situação como futura enfermeira de reabilitação é de que quando existem suspeitas de maus tratos, mesmo que por simples intuição, como foi o caso quando a senhora esteve internada no meu serviço, que se deve investigar. Passou-se um ano desde que a utente esteve internada no meu serviço e as suspeitas mantiveram-se, e só agora o processo foi encaminhado para a EPVA.

Esta situação também teve impacto na visão como futura enfermeira especialista de reabilitação. Ou seja, ao longo destas semanas de estágio, a família tem sido a nossa parceira nos cuidados aos nossos utentes. Se não existir uma continuidade de cuidados quando nós não estamos, se não houver alguém que assegure os cuidados quando nós não estamos, o nosso plano de intervenção de reabilitação não terá sucesso.

É necessário que para além do utente, a família também se encontre motivada na reabilitação do seu familiar para que se atinjam os ganhos em saúde. No entanto, como verificada na situação descrita anteriormente, também pode ser uma ameaça para os nossos utentes. Como futura enfermeira especialista em reabilitação, a avaliação da situação familiar torna-se muito importante para que o programa de reabilitação seja um sucesso.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Reabilitação
Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estágio no Serviço de Medicina XXXXXXXXXX

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Ana Raquel Silva Teles Rombo

Nº 7377

Lisboa
Dezembro 2017



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Reabilitação
Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estágio no Serviço de Medicina [REDACTED]

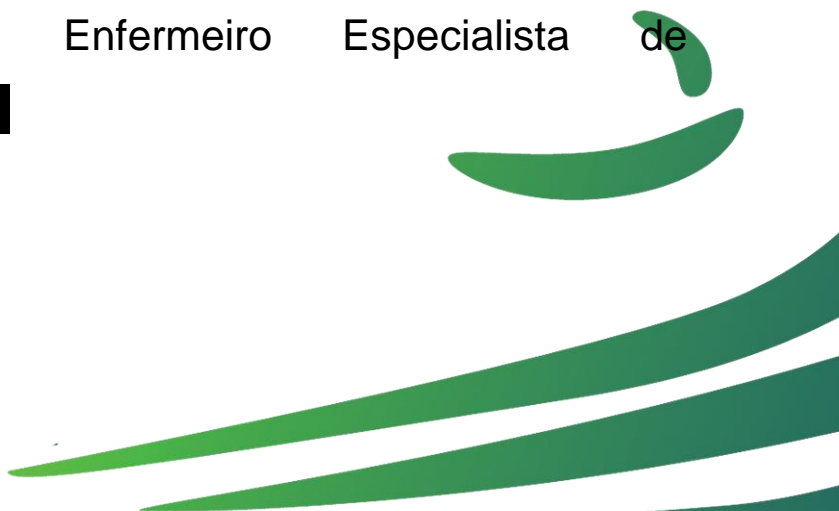
Jornal de Aprendizagem

Ana Raquel Silva Teles Rombo

Nº 7377

Professora Orientadora: Professora Fátima Marques

Enfermeira Orientadora: Enfermeiro Especialista de
Reabilitação [REDACTED]



JORNAL DE APRENDIZAGEM

Este jornal de aprendizagem pretende ser uma reflexão sobre a duração do tempo médio de internamento no hospital e a preparação necessária para o regresso a casa do utente/família.

A Sra. C. permaneceu internada de 7 a 19 de dezembro. Deu entrada através do serviço de urgência (S.U.) do Hospital [REDACTED] no dia 7, por episódio de lipotimia, sem pródromos ou perda completa do conhecimento. À chegada ao S.U. apresentava-se hipertensa, com um discurso lentificado, obedecia a ordens simples, mas não complexas e hemiparesia direita. Realizou TAC CE que revelou um Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico no hemisfério esquerdo, e foi ativada a via verde do AVC. Ficou internada na medicina [REDACTED] para avaliação da evolução e estudo etiológico. Deste internamento foi referenciada para a Rede Nacional de Cuidados Continuados (tipologia de média duração - UMDR). Teve alta a aguardar vaga na UMDR para uma clínica particular de reabilitação.

Nos dias de hoje, em que os internamentos na sua maioria são curtos, a duração do tempo de internamento desta utente até pode ser considerado como razoável. Mas, nesta situação identifiquei alguns problemas: 1.a equipa médica abordou a família para os informar que a Sra. C tinha alta no dia anterior ao dia pretendido; 2. que coincidiu com o dia do primeiro levante da utente para o cadeirão após o AVC; 3. e a utente teve alta clínica algaliada. Desde essa abordagem por parte da equipa médica até à alta efetivada foram 3 dias. Não se verificou nenhuma abordagem da equipa de enfermagem com o objetivo da preparação do regresso a casa.

Quando conheci a Sra. C foi no 4º dia de internamento. Apresentava-se consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa e com força muscular de grau 1 nos segmentos do hemicorpo direito. Iniciei um plano de reabilitação motora com esta utente e uma das minhas preocupações era o seu regresso a casa, pois vivia sozinha com o marido de 70 anos, e que neste momento necessitava de ajuda de terceira pessoa nas Atividades de Vida Diária. Têm o apoio do filho de 40 anos que reside perto dos pais, mas que trabalha durante o dia. No primeiro dia de contacto com esta família, questionei-os sobre as condições existentes no domicílio e assim dei inicio ao processo de preparação do regresso a casa. Quando abordei o marido para saber estas informações, fui questionada com: “Mas já estão a pensar dar alta à minha esposa? Ainda é muito cedo.”

Realmente é muito cedo para a família pensar no futuro, para planearem o regresso a casa mesmo quando a situação aguda acabou de acontecer. É difícil falar com a família quando a utente apresenta sequelas após a situação que motivou o internamento, pois a Sra. C e a sua família ainda nem deram início ao processo de adaptação às novas alterações de saúde. Mas é a realidade dos nossos dias: tratar a causa do internamento. Neste caso foi o diagnóstico da etiologia do AVC, instituir nova medicação para prevenção de novas ocorrências, sugerir marcar consulta no médico de família e alta para o domicílio.

O que tenho verificado nesta e em outras situações é de que o processo de preparação do regresso a casa dos utentes, não é iniciado na admissão destes. É cedo realmente, mas por isso é necessário que se crie uma relação terapêutica de confiança com os utentes/família logo no primeiro dia de internamento. O que farei como futura enfermeira especialista em reabilitação, é ser verdadeira com esta díade, e dizer-lhes que entendo que é tudo novo, compreendo as preocupações reais com o imediato, mas que infelizmente os internamentos são cada vez mais curtos, e que quanto mais cedo iniciarem a preparação do regresso a casa, melhor e de forma mais adequada este se realiza.

Durante o processo de preparação do regresso a casa, fui questionada sobre as possibilidades existentes fora do hospital relacionadas com a continuação do processo de reabilitação. Informei-os sobre a Rede Nacional dos Cuidados Continuados, que lhes era desconhecida, nomeadamente das várias tipologias, e que a mais indicada para a Sra. C era a de média duração, pois a Sra. C apresenta uma perda de funcionalidade que resultou na sequência de doença aguda, necessitando de continuidade de reabilitação funcional e apoio social e que pela sua complexidade ou duração, não podem ser assegurados no domicílio, com previsão de ganhos funcionais atingíveis em 90 dias consecutivos e que necessitem de reabilitação funcional intensiva.

Ainda bem que o fiz, pois quando foram abordados pelo médico para que a Sra. C tivesse alta no dia seguinte, o marido e o filho pediram para que a utente fosse referenciada para uma UMDR. Por esta razão a alta da utente foi protelada mais 4 dias para se realizar o processo de referenciação. O que foi bom pois consegui trabalhar mais uns dias com a Sra. C, inclusive realizar treino de AVD – higiene, vestir/despir; e treino de marcha e assim obter mais ganhos em saúde.

Relativamente á Sra. C ter alta algaliada, importa referir que durante o internamento foram realizadas 2 tentativas de desalgaliação, mas a utente apresentou sempre retenção urinária. Foi-lhe diagnosticada uma infeção urinária 3 dias antes da alta, e por esse motivo iniciou antibioterapia. Se o internamento tivesse sido mais longo poderíamos ter tentado retirar a algália uma última vez, para realmente se identificar o motivo da retenção urinária. Mais do que os défices motores resultantes do episódio agudo (hemiparesia direita), a preocupação da utente era necessitar da algália no domicílio.

O que poderia ter feito de diferente nesta situação? Como futura enfermeira especialista em reabilitação, deveria ter questionado a equipa médica mais cedo sobre a possibilidade da Sra. C poder realizar o levante para o cadeirão, para iniciarmos outras atividades terapêuticas mais cedo e assim obter mais ganhos em saúde. Relativamente ao timing da minha abordagem à família para saber as condições existentes no domicílio para o regresso a casa, a meu ver foi adequado. Uma vez que foi no primeiro contacto com estes, o que demonstrou interesse da minha parte sobre o futuro desta família.

Apêndice III – Suporte escrito:

“Pessoa Amputada: Cuidados no domicílio”

“Vestir /Despir e Higiene no utente com AVC”

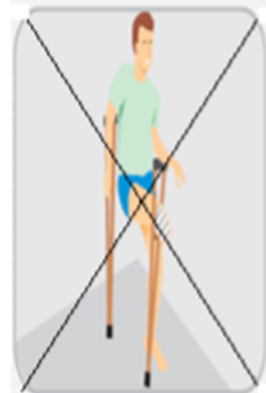
“Inaloterapia para a alta”



Não se deve sentar na cadeira com a perna cruzada;



Não se deve sentar na cadeira com o coto pendente;
Utilizar uma superfície de apoio na cadeira de rodas;



Não apoie o coto dobrado nas canadianas.

ACES Oeiras—UCC
Endereço:
Telefone:
Correio Electrónico:

Bibliografia:

Pinto, M. D. T.; Ribeiro, M. J. L.. Reabilitar a pessoa amputada. Sinais Vitais nº 116 (2014). P. 58- 63

Direção Geral de Saúde (2001). Guia para as Pessoas Idosas. Viver com amputação dos Membros inferiores

Pessoa Amputada: Cuidados no domicílio



Cuidados ao coto depois de estar cicatrizado:



- ◆ Faça uma higiene diária com água e sabão neutro ao coto, seque-o suavemente e aplique creme hidratante;



- ◆ Observe o coto com um espelho diariamente para ver se a pele está íntegra



- ◆ Deve consultar o seu médico caso apresente diferentes alterações como: prurido, eritema, dores, feridas, etc.

Posicionamento adequado do membro:

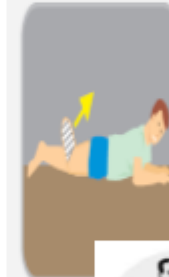
- ◆ Deitado de barriga para cima deve levantar as nádegas
- ◆ Realizar movimentos como coto: flexão e extensão, rode para dentro e para fora, afaste e aproxime da outra perna ou coto



- ◆ De barriga para baixo elevar o tronco com a ajudados braços esticando o membro inferior amputado



- ◆ Fortaleça os músculos dos membros superiores como recurso a um pacote de arroz em cada mão (por ex.)



- ◆ Caso seja amputado de um só membro inferior deve utilizar canedianas para andar e tentar manter o equilíbrio no membro inferior são



Posicionamentos a evitar:



Não deve colocar almofadas debaixo do coto nem entre os membros inferiores



Não deve colocar almofadas debaixo da região nadegueira



Deve evitar a posição de sentado por longos períodos;

As Atividades de Vida Diárias

O utente com AVC pode ficar com algumas sequelas para fazer a sua vida diária, dependendo do local da lesão.

É habitual haver diminuição da força e alterações da motricidade fina (capacidade de preensão e alterações da sensibilidade).

Promover a autonomia provoca aumento de auto-estima e qualidade de vida das pessoas.

A família tem um papel fulcral na sua adaptação à sua nova condição.

A utilização dos dispositivos e técnicas para facilitar estas atividades são fundamentais.

O grau de autonomia pode ir aumentando progressivamente, e deve a família e utente felicitar-se pelos progressos.

A reabilitação é longa mas fundamental para a reintegração no seu quotidiano.



ESTUDANTE DO Mestrado em ENFERMAGEM—ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO—8º CMEER, ESEL

Ana Raquel Rombo

Enf^o Orientador Especialista em Reabilitação :

Professora Orientadora: Fátima Marques

Referências Bibliográficas: Menoita, E. (2014). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

HOSPITAL DE MEDICINA

Vestir / Despir e Higiene no utente com AVC



Vestir



A camisa deve começar por ser vestida pela manga do lado afetado,

As calças podem-se vestir sentado, deitado, com ou sem ajuda. Deve vestir primeiro a perna do lado afetado, cruzando a mesma para sustentar o membro inferior afetado.

Utilizar calças com fecho em velcro facilita esta tarefa.



Vestir

Para calçar meias é facilitador que estas estejam dobradas ao meio.

A utilização de calçadeiras de cabo longo é útil para esta tarefa.



Para facilitar o calçado, os atacadores podem estar colocados com a extremidade do atacador dentro do sapato ou substituí-los por velcro.

Despir a camisola, inicia-se pelo lado NÃO afetado, porque é necessária maior amplitude de movimento, ficando o lado afetado para último, quando já quase toda a camisola foi retirada.



Colocar o soutien, requer que realize a atividade em vários passos. Inicia por abotoar o mesmo e com a ajuda do lado NÃO afetado colocando a alça no lado afetado, prosseguindo depois para o outro lado.

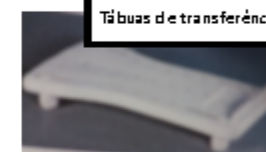


Higiene :Ajudas técnicas

Existem vários dispositivos que podem facilitar esta atividade, potenciando a autonomia e a privacidade da pessoa.



Cadeiras sanitárias



Tábuas de transferência



Escova de cabo longo para lavar as costas



Sanita com barras de apoio e alterador



Corta-unhas específico



Pente de cabo longo

COMO UTILIZAR OS SEUS INALADORES

QUANDO?

De acordo com a prescrição médica

COMO?



Fonte: <https://consultaremedios.com.br/fostair/bu1a>

SEQUÊNCIA DOS SEUS BRONCODILADORES:



**AGUARDE ENTRE 30 SEGUNDOS A 1 MINUTO ANTES DE REPETIR
OUTRA INALAÇÃO**

**APÓS A INALOTERAPIA LAVE A CAVIDADE ORAL E/OU
BOCICHE COM ÁGUA E DEITE FORA, NÃO ENGULA; GUARDE OS
INALADORES**

ESTUDANTE DO MESTRADO EM ENFERMAGEM—ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO—
8º-CMEER, ESEL

Ana Raquel Rombo

En^o Orientador Especialista em Reabilitação:

Professora Orientadora: Fátima Marques

1. PERMANEÇA DE PÉ, SENTADO OU SEMI- SENTADO

RETIRE A TAMPA E AGITE O INALADOR

É importante para ativar a
correta suspensão do
fármaco

2. COLOQUE O INALADOR NA POSIÇÃO VERTICAL (EM FORMA DE L), COM O INDICADOR NA PARTE SUPERIOR E O DEDO POLEGAR NA PARTE INFERIOR DO MESMO

Com ligeira inclinação da
cabeça para trás, realize
uma expiração lenta

3. Coloque o aplicador entre os lábios fechados

4. COMEÇE A INSPIRAR LENTAMENTE E ATIVE O INALADOR

Para maximizar a
expansão do fármaco no
tecido pulmonar

5. Sustenha a respiração durante 10 segundos— maximiza a penetração do fármaco mais profunda

Realize uma expiração
forçada

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Reabilitação
Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estágio na Equipa de Cuidados Continuados Integrados ██████████

Processo de Enfermagem da Sr. J.J.P.P.

Ana Raquel Silva Teles Rombo

Nº 7377

Lisboa

Outubro 2017



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Reabilitação

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estágio na Equipa de Cuidados Continuados Integrados [REDACTED]

Processo de Enfermagem da Sr. J. J. P. P.

Ana Raquel Silva Teles Rombo

Nº 7377

Professora Orientadora: Professora Fátima Marques

Enfermeira Orientadora: Enfermeira Especialista em Enfermagem
de Reabilitação [REDACTED]

Lisboa

Outubro 2017



ÍNDICE

1.COLHEITA DE DADOS	5
1.1.Identificação da Utente	5
1.2.Antecedentes Pessoais	6
1.3.Diagnóstico Clínico	6
1.4.Último internamento	7
1.5.Medicação de ambulatório	7
2.AVALIAÇÃO DO EEER	8
2.1.Avaliação Geral	8
2.2.Exame Neurológico	9
2.3.Neuroavaliação por Pares Cranianos	10
2.4.Motricidade	12
2.4.1.Avaliação da Força Muscular	12
2.4.2.Avaliação do Tónus Muscular	15
2.5.Equilíbrio e Marcha	16
2.6..Sensibilidade	17
2.7.Segurança / Risco de Queda	19
2.8.Escala de Barthel	18
3.PLANO DE INTERVENÇÃO DE REABILITAÇÃO	22
4.PLANO DE CUIDADOS DO SR. J.P.	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

Índice de quadros

Quadro 1 – Escala de Comas de *Glasgow*

Quadro 2 – Escala de *Lower*

1. COLHEITA DE DADOS

1.1. Identificação da Utente

Nome: J. J. P. P.

Nome preferido: J.

Idade: 76 anos

Estado Civil: Casado

Nacionalidade: Portuguesa

Raça: Caucasiana

Nível de escolaridade: 4ª Classe

Profissão: Eletricista

Agregado familiar: O Sr. J. reside no domicílio com a esposa de 71 anos (cuidadora informal, Sra. M. P.), uma neta e seu companheiro ambos de 20 anos e uma bisneta de 6 meses. Têm dois filhos que residem próximo dos pais.

Situação habitacional: Reside em habitação própria, num 1º andar. Apartamento composto por três assoalhadas, com saneamento básico e condições de habitabilidade. O prédio apresenta barreiras arquitetónicas no acesso (vários degraus), sem elevador, tem áreas boas que permitem que o Sr. J. deambule com o apoio de andarilho/canadianas.

O utente permanece durante o dia na sala de estar, deitado num sofá, a ver televisão com a companhia do agregado familiar.

Dorme com a esposa numa cama de casal não articulada, num quarto ao lado da sala de estar. Tem uma casa de banho com um banco no poliban, onde são prestados os cuidados de higiene pela esposa; a casa de banho tem área que permite que o Sr. J. deambule com apoio de andarilho. Tem alteador de sanita.

O apartamento apresenta-se limpo, bem cuidado e arejado, não apresenta problemas ambientais.

Condições Socioeconómicas: O Sr. J. e a esposa encontram-se reformados, e vivem da sua reforma.

Centro de Saúde: Unidade de Saúde Familiar de [REDACTED]

Unidade de Referência: Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) [REDACTED]

Apoios: Não tem; a esposa é a cuidadora informal.

1.2. Antecedentes Pessoais

- Doença cerebrovascular com 2 acidentes vasculares cerebrais isquémicos; o primeiro em 2002 do qual resultaram como sequelas hemiparesia esquerda espástica moderada, disartria, depressão, disfunção cognitiva e labilidade emocional, e o segundo em 2016, com agravamento sintomático;
- Doença de Parkinson, diagnosticada em 2013, que provoca rigidez, bradicinesia e tremor, com resposta à medicação instituída;
- Hipertensão Arterial;
- Status pós fratura do colo do fémur direito, subcapital, em junho de 2016, submetido a colocação de prótese bipolar;
- Status pós hernioplastia inguinal em dezembro de 2010;
- Status pós cirurgia joelho direito em janeiro de 2017; encontrava-se em programa de fisioterapia no hospital de Sant'Ana que foi interrompido pela queda atual.

1.3. Diagnóstico Clínico: Fratura subcapital Garden IV do fémur esquerdo após desequilíbrio

1.4. Último internamento

Permaneceu internado no serviço de [REDACTED] do Hospital São Francisco Xavier de [REDACTED] [REDACTED] onde foi submetido, no dia [REDACTED], a hemiartroplastia bipolar com haste Muller cimentada. Intra e pós-operatório decorreram sem intercorrências.

Analiticamente: Apresenta défice de ácido fólico: 5.85 nmol/l e insuficiência de Vitamina D: 30 nmol/l.

1.5. Medicação de ambulatório

- Glucosamina 625 mg (0+1+0+0+0+0);
- Enalapril 10 mg + Lercanidipina 10mg (0+0,5+0+0+0+0);
- Clopidogrel 75 mg (0+0+0+0+1+0);
- Bupropiom 300 mg (0+1+0+0+0+0);
- Donepezilo 10 mg (0+0+0+0+1+0);
- Levodopa + Carbidopa 25/100 mg (1,5+0+1,5+0+1,5+0);
- Folifer 1 comprimido meia-hora antes do almoço;
- Vigantol 2 gotas ao almoço;
- Carbonato de Cálcio 1250 mg (0+0+1+0+0+0).

2. AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO (EEER)

Sr. J. deu entrada na ECCI a 11 de maio de 2017. A primeira Visita Domiciliária (VD) que realizei a este utente foi a 26 de setembro. Nesta VD foi realizada uma avaliação da situação por mim, para a elaboração de um plano de intervenção individualizado como proposto pela unidade curricular. Foram elaborados os diagnósticos de enfermagem seguindo-se o planeamento das intervenções com o objetivo de se obterem ganhos em saúde, tanto para o utente como para a sua família, tendo em conta os focos de atenção identificados.

2.1. Avaliação Geral – 26/09/2017

Tensão arterial: 127/75 mmHg;

Pulso radial: 74 bat/min; apresenta pulso cheio e rítmico;

Temperatura axilar: 36,3°C; temperatura mantida nas extremidades;

Dor: Avaliação realizada através da Escala Numérica da Dor; apresenta intensidade 0;

Padrão respiratório: Eupneico sem aporte de oxigénio. Apresenta respiração toracoabdominal, pouco profunda, regular, 18 ciclos/min; não apresenta sinais de dificuldade respiratória; SatO₂ de 97-98%. Na auscultação pulmonar: murmúrio vesicular audível em todos os campos pulmonares, sem ruídos adventícios.

Abdómen: Apresenta-se mole e depressível à palpação;

Altura: 1,65 cm

Peso: 75 Kg

Pele e tegumentos: Apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas; integridade cutânea mantida; avaliado o risco de úlcera por pressão através da Escala de *Braden*, tendo sido identificado baixo risco de úlcera por pressão, apresenta score 20 (não apresenta nenhuma limitação na perceção sensorial – 4; pele raramente húmida – 4;

anda ocasionalmente – 3; encontra-se ligeiramente limitado na mobilidade – 3; nutrição excelente – 4; e apresenta problema potencial na fricção e forças de deslizamento - 2).

2.2. Exame Neurológico – 26/09

Consciência: Para avaliação do estado de consciência, foi utilizada a escala de *Glasgow*; o Sr. J. apresenta score 15 (abertura de olhos espontânea – 4, resposta verbal orientada – 5, obedece a ordens na resposta motora (ex: abre e fecha as mãos) – 6).

Quadro 1: Escala de comas de *Glasgow*

Escala de Coma de Glasgow		
Abertura ocular	Espontânea	4
	Estimulação	3
	Dor	2
	Sem abertura	1
Resposta verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Inapropriada	3
	Incompreensível	2
	Sem resposta	1
Resposta motora	Obedece comando	6
	Localiza dor	5
	Movim. inespecíficos (reflexo de retirada)	4
	(Flexão à dor)	3
	(Extensão à dor)	2
	Sem resposta	1

Mínimo 3 Máximo 15

Fonte: <http://enfermagem-na-saude.blogspot.pt/2010/01/escala-de-coma-de-glasgow.html>

Orientação: O Sr. J. apresenta-se orientado no tempo, espaço e pessoa.

Atenção: Não apresenta alterações da atenção voluntária e involuntária.

Memória: Não apresenta alterações na memória sensorial, imediata, recente e remota.

Linguagem: Apresenta ligeira disartria, com discurso espontâneo e coerente, compreende a informação, nomeia e repete; não apresenta alterações a nível da leitura.

2.3. Neuroavaliação por Pares Cranianos

I – Olfativo: O Sr. J. conseguiu identificar a presença de odores bilateralmente com os olhos fechados, ocluindo uma narina e depois a outra; foi testado com perfume; não apresenta rinorráquia.

II – Ótico: Não apresenta alterações da acuidade visual; consegue contar os dedos a várias distâncias, bilateralmente.

Foi pedido ao Sr. J. para encerrar um dos olhos para saber até que nível consegue observar um dedo; apresenta um campo visual normal bilateralmente (começa externamente 60º em relação à linha média e a 40º da linha nasal para dentro).

III -Oculomotor; IV – Patético; VI – Motor Ocular Externo: Estes três pares cranianos avaliam-se em simultâneo.

Não apresenta nistagmo, nem ptose pálpebral; as pupilas apresentam-se isocóricas de tamanho 4 mm e isoreativas a estímulo luminoso; apresenta movimentos conjugados e simétricos do globo ocular; a avaliação foi realizada pedindo ao utente para seguir o dedo a desenhar um “H” no espaço.

V- Trigémio: Realizada pesquisa bilateralmente da sensibilidade táctil (com folha de papel), dolorosa (uso de um clip) e térmica ao frio (água gelada) nas três divisões do nervo craniano (oftálmica, maxilar e mandibular); não apresenta alterações.

Não foi realizada a avaliação da sensibilidade térmica ao calor por falta de material no domicílio do Sr. J.

Avaliada a presença do reflexo córneo-pálpebral através do toque com a ponta de compressa na superfície temporal da córnea; apenas apresentou o pestanejar que é uma reação normal.

Foi pedido ao utente para encerrar e mover a mandíbula bilateralmente, e realizar movimentos de mastigação; capacidade de encerrar e mover a mandíbula bilateralmente mantida.

VII- Facial: Foi pedido ao Sr. J. para sorrir e franzir o sobrolho, encerrando com força as pálpebras; apresenta apagamento do sulco nasogeniano a esquerda, verificando-se ligeira parésia facial esquerda.

Reconheceu vários sabores de olhos fechados nos 2/3 anteriores da língua (ex: açúcar e sal).

Não apresenta hiperacusia/fonofobia.

VIII – Acústico: Foi pedido ao utente para fechar os olhos e identificar o estalar dos dedos bilateralmente; não apresenta alterações.

Não apresenta tonturas nem vertigens. Foi avaliado o equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé; apresenta alterações a nível do equilíbrio estático e dinâmico em pé.

IX – Glossofaríngeo: Identifica sabores (ex: açúcar e sal) no terço posterior da língua.

Não apresenta alterações da elevação do palato, nem desvio da úvula; pesquisa realizada com uma espátula na parte posterior da língua.

X- Vago: Apresenta reflexo de vômito quando se toca com uma espátula na porção posterior da língua; não apresenta rouquidão, disfonia, fadiga vocal ou dor localizada este nível. Apresenta acessos de tosse eficazes.

XI – Espinhal: Avaliada força muscular do esternocleidomastóideo e do trapézio bilateralmente contra uma resistência; foi exercida resistência e foi solicitado ao Sr. J. que contraísse os músculos e realizasse movimentos a nível dos ombros e da cabeça. Apresenta uma fração de 4/5 na escala de *Lower* (realiza rotação bilateral da cabeça e elevação bilateral dos ombros contra resistência moderada e contra a gravidade). Não apresenta depressão escapulo-umeral.

XII – Hipoglosso: Não apresenta desvios ou tremores na língua; realiza diferentes movimentos da língua passivos e contra a resistência de uma espátula.

2.4. Motricidade

2.4.1. Avaliação da Força Muscular

Foi avaliada a força em todos os planos de movimentos e nos segmentos corporais com recurso á escala de *Lower* através do uso da força e resistência, traduzindo-se por uma fração (numerador: desempenho do doente e denominador representa o desempenho do enfermeiro).

Quadro 2: Escala de *Lower*

Valor	Avaliação da Força Muscular
5/5	Movimento normal contra a gravidade e resistência
4/5	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra a gravidade
3/5	Raio de movimento completo apenas contra a gravidade, não contra a resistência
2/5	Tem movimento das extremidades, mas não contra a gravidade, o doente consegue mover o membro na base da cama
1/5	Observa-se contração palpável e / ou visível sem movimento
0/5	Sem contração muscular e sem movimento

Fonte: Adaptado de Pinto, V. M. (2001). Papel do Enfermeiro na Neuroavaliação do Doente com alterações do Nível de Consciência. In Departamento de edições da Formasau, Formação e Saúde, Lda. (Coordenação). *Enfermagem em Neurologia* (pp. 45-56). Coimbra: Formasau

Segue-se a avaliação da força em todos os planos de movimentos e nos segmentos corporais com recurso á Escala de *Lower*, do Sr. J.

Não foi avaliada a força muscular no movimento de rotação externa e interna da coxo-femural por status pós-fratura trocantérica esquerda e direita.

		Data: 26/09		31/10	
Segmento Corporal	Movimento	Força Muscular		Força Muscular	
Cabeça e Pescoço	Flexão	4/5		5/5	
	Extensão	4/5		5/5	
	Flexão lateral esquerda	4/5		4/5	
	Flexão lateral direita	4/5		4/5	
	Rotação	4/5		4/5	
Membros Superiores		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Escápulo-Umeral	Flexão	4/5	4/5	5/5	5/5
	Extensão	4/5	4/5	5/5	5/5
	Abdução	4/5	4/5	4/5	4/5
	Adução	4/5	4/5	5/5	5/5
	Rotação Interna	3/5	3/5	3/5	3/5
	Rotação Externa	4/5	4/5	5/5	5/5
Cotovelo	Flexão	4/5	4/5	5/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5	5/5	4/5
Antebraço	Pronação	4/5	4/5	5/5	4/5
	Supinação	4/5	4/5	5/5	4/5
Punho	Flexão palmar	4/5	4/5	5/5	4/5
	Dorsiflexão	4/5	4/5	5/5	4/5
	Desvio radial	4/5	4/5	4/5	4/5
	Desvio cubital	4/5	4/5	4/5	4/5
Dedos	Flexão	4/5	4/5	5/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5	5/5	4/5
	Abdução	4/5	4/5	4/5	4/5

	Adução	4/5	4/5	4/5	4/5
	Circundação	4/5	4/5	4/5	4/5
	Oponência do polegar	3/5	3/5	4/5	3/5
Membros Inferiores		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Coxo-Femural	Flexão	4/5	4/5	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5	4/5	4/5
	Abdução	4/5	4/5	4/5	4/5
	Adução	4/5	4/5	4/5	4/5
	Rotação Interna	-	-	-	-
	Rotação Externa	-	-	-	-
Joelho	Flexão	3/5	3/5	3/5	4/5
	Extensão	3/5	3/5	3/5	4/5
Tibiotársica	Flexão plantar	4/5	4/5	4/5	4/5
	Flexão dorsal	3/5	3/5	4/5	4/5
	Inversão	3/5	3/5	4/5	3/5
	Eversão	3/5	3/5	4/5	3/5
Dedos	Flexão	3/5	3/5	4/5	3/5
	Extensão	4/5	4/5	4/5	4/5
	Abdução	3/5	3/5	3/5	3/5
	Adução	3/5	3/5	3/5	3/5

2.4.2.Avaliação do Tónus Muscular – 26/09

Foi avaliado o tónus muscular nos vários segmentos corporais, bilateralmente, através da mobilização passiva dos grupos musculares, em todos os planos de movimento, com recurso a Escala de *Ashworth* modificada.

O Sr. J. apresenta a nível do membro superior e inferior esquerdo espasticidade; apresenta ligeiro aumento do tónus muscular, manifestado por mínima resistência no

final da amplitude de movimento, quando se mobiliza os segmentos do hemicorpo esquerdo em extensão, o que representa na Escala de *Ashworth* modificada um score de 1; restantes segmentos corporais apresentam um tónus muscular normal, que de acordo com a Escala de *Ashworth* modificada representa um score 0.

2.5. Equilíbrio e Marcha

Foi avaliado o equilíbrio estático e dinâmico, sentado e em pé. Foi sentado o utente na beira do sofá, com os pés apoiados (com sapatos fechados) e mãos apoiadas no cadeirão bilateralmente e foi, também, aplicada uma força externa de ambos os lados; equilíbrio estático e dinâmico sentado mantido. Apresenta equilíbrio estático e dinâmico em pé diminuído; esta alteração foi identificada pois o Sr. J. não é capaz de se manter de pé sem apoio, e foi exercida uma força externa de ambos os lados, verificando que o Sr. J. apresenta dificuldade em readquirir o equilíbrio.

Apresenta um total de 15/56 na Escala de Equilíbrio de Berg a 26 de setembro (capaz de se levantar utilizando as mãos após diversas tentativas; capaz de permanecer em pé por 2 minutos com apoio; capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos; utiliza a parte posterior das pernas contra a cadeira para controlar a descida; capaz de se transferir com segurança com o uso das mãos; necessita de ajuda para não cair quando permanece em pé sem apoio com os olhos fechados; necessita de ajuda para se posicionar e é incapaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos; pode avançar a frente, com supervisão quando se encontra com os braços estendidos; necessita de ajuda para não perder o equilíbrio ou cair para se virar e olhar para trás por cima dos ombros; necessita de ajuda enquanto gira (volta de 360°); necessita de ajuda para não cair para posicionar os pés alternadamente no degrau sem apoio; perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé; incapaz de tentar permanecer em pé sobre uma perna).

A 31 de outubro apresenta um total de 24/56 (capaz de se levantar independentemente utilizando as mãos; capaz de permanecer em pé por 2 minutos com apoio; capaz de permanecer sentado com segurança e com firmeza por 2 minutos; controla a descida da posição em pé para a posição de sentado utilizando as mãos; capaz de se transferir

com segurança com o uso das mãos; capaz de permanecer em pé por 10 segundos com supervisão; necessita de ajuda para se posicionar, mas é capaz de permanecer com os pés juntos durante 15 segundos; pode avançar a frente, com supervisão quando se encontra com os braços estendidos; vira somente para os lados, mas mantém o equilíbrio, quando lhe é pedido para olhar para trás por cima dos ombros; necessita de ajuda enquanto gira (volta de 360°); necessita de ajuda para dar um passo, mas permanece de pé por 15 segundos; perde o equilíbrio ao tentar dar um passo ou ficar de pé; incapaz de tentar permanecer em pé sobre uma perna).

Realiza marcha com apoio de andarilho distâncias médias, e com apoio bilateral de canadianas distâncias curtas.

2.6. Sensibilidade

Pesquisa da sensibilidade superficial (dolorosa, táctil e térmica) realizada do distal para o proximal.

Sensibilidade dolorosa foi avaliada através do pinçar entre o polegar e o indicador a massa muscular do bíceps, e com o pinçar do polegar e dois dedos cerca de 5cm da grande massa do trapézio, bilateralmente. O utente apresenta sensibilidade superficial dolorosa diminuída do lado esquerdo.

A sensibilidade táctil foi avaliada com uma folha de papel; não apresenta alterações da sensibilidade superficial táctil.

A sensibilidade térmica ao frio foi realizada com um copo de água gelada; sensibilidade superficial térmica ao frio mantida. Não foi possível avaliar a sensibilidade térmica ao calor por falta de material no domicílio do utente.

Relativamente à sensibilidade profunda/proprioceptiva (postural e vibratória) foi avaliada a sensibilidade postural fazendo a pesquisa em diferentes movimentos e com diferentes amplitudes, analisando os segmentos distais em primeiro lugar; foi explicado ao utente o que se pretendia e com os olhos fechados foi elevado um dedo da mão direita e flexão do dedo do pé direito alternadamente, e de seguida a elevação e extensão do

cotovelo esquerdo e do joelho direito e foi questionado o Sr. J. em que posição os membros se encontravam; sensibilidade profunda mantida.

Não foi realizada a avaliação da sensibilidade vibratória por não ter acesso a um diapasão.

A sensibilidade de sentido de pressão foi realizada através da comparação do peso entre uma caneta e um comando de televisão, em que foi pedido ao utente para os comparar, conseguindo identificar o mais leve e o mais pesado; sensibilidade de sentido por pressão mantida.

Foi também avaliada a percepção discriminatória (estereognosia) através da oferta de uma caneta e de uma garrafa de água, tendo reconhecido os objetos através do toque e de olhos fechados; percepção discriminatória mantida.

2.7.Segurança / Risco de Quedas – 26/09

De acordo com a Escala de Quedas de *Morse* o Sr. J. apresenta risco elevado de queda, com uma pontuação de 75 (Tem história de quedas nos últimos três meses - 25; tem outros diagnósticos secundários - 15; necessita de apoio de andarilho para caminhar - 15; não faz terapêutica endovenosa - 0; apresenta-se dependente de ajuda no andar e na transferência – 20; e encontra-se consciente das suas capacidades - 0). No final do programa mantém a mesma avaliação.

2.8.Escala de *Barthel*

A avaliação do grau de dependência do Sr. J. na realização de atividades de vida diária foi realizada através da Escala de *Barthel*. A pontuação da escala varia entre 0 (máxima dependência) a 100 (independência total), sendo que o utente apresenta uma pontuação de 50, o que se traduz num grau de dependência elevado para a realização das suas atividades de vida diária, como demonstra a Escala de *Barthel* preenchida com a pontuação do utente:

			Data	26/09	31/10
Higiene Pessoal	Necessita de ajuda com o cuidado pessoal	0	0	5	
	Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	5			
Evacuar	Incontinente (ou precisava que lhe fizessem um enema)	0	10	10	
	Acidente ocasional (uma vez por semana)	5			
	Continente	10			
Urinar	Incontinente ou cateterizado e incapacitado para o fazer	0	10	10	
	Acidente ocasional (máximo uma vez em 24h)	5			
	Continente (por mais de 7 dias)	10			
Ir à casa de banho	Dependente	0	0	5	
	Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinha	5			
	Independente	10			
Alimentar-se	Incapaz	0	5	5	
	Precisa de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.	5			
	Independente (a comida é providenciada)	10			
Deslocações	Incapaz não tinha equilíbrio ao sentar-se	0	5	10	
	Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, conseguia sentar-se	5			
	Pequena ajuda (verbal ou física)	10			
	Independente	15			
Mobilidade	Imobilizado	0	10	10	
	Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc	5			
	Andava com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)	10			
	Independente (alguns têm ajuda de uma bengala)	15			
Vestir-se	Dependente	0	5	5	
	Precisava de ajuda, mas fazia cerca de metade sem ajuda	5			
	Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	10			
Escadas	Incapaz	0	5	5	
	Precisava de ajuda (verbal, física, ajuda carregando)	5			
	Independente para subir e descer	10			
Tomar banho	Dependente	0	0	0	
	Independente (ou no chuveiro)	5			
TOTAL				50	65

3. PLANO DE INTERVENÇÃO DE REABILITAÇÃO

Na primeira VD que realizei a este utente, o Sr. J. apresentou períodos de labilidade emocional, muito preocupado com a sua situação de maior dependência. Aparentemente tem uma ótima relação com a esposa (cuidadora principal) que se encontra muito presente.

O projeto de vida do utente é o de manter a sua independência o mais possível.

Foi recolhida informação pertinente e foram utilizados instrumentos de medida/escalas, de maneira a avaliar as funções: cardio-respiratória; motora, sensorial e cognitiva; eliminação vesical e intestinal (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010, p.3).

A escolha dos instrumentos de avaliação esteve relacionada com as escalas utilizadas na ECCL e que são científicas, universais e que se encontram validadas para a população portuguesa para que as decisões em saúde tenham por base evidências científicas e que a sua avaliação seja mensurável e uniforme para todos os profissionais de saúde. Estas avaliações foram registadas e partilhadas para que os cuidados ao utente e família sejam continuados.

Partindo da avaliação global realizada foi elaborado um plano de cuidados/intervenções com o intuito “de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade” (OE, 2010, pp.3), foi realizada a sua monitorização e avaliação dos progressos no processo de saúde.

Os registos das intervenções do EEER foram realizados em versão SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem. Para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem e realizar os cuidados de enfermagem, foi utilizada o padrão documental da OE, de 2015. A avaliação dos resultados é importante para a reorganização do plano de intervenção, para a produção de saber, bem como para a visibilidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação

O plano de reabilitação do Sr. J. tem como objetivos:

- Aumentar a força muscular dos músculos afetados;

- Aumentar a mobilidade da articulação coxo-femural e do joelho direito sem dor, com o intuito de ser uma articulação estável para o apoio do peso e deambulação;
- Amplitude de movimento e força adequada de todos os segmentos para atividades funcionais, reduzindo os riscos que advém da diminuição da imobilidade para que o utente retome as Atividades de Vida Diária o mais precocemente possível e alcance a melhor qualidade de vida possível de acordo com o seu potencial e projeto de vida.

O plano de intervenção de reabilitação contempla todos estes fatores em consonância com a avaliação do utente realizada na primeira VD.

A mobilização física do adulto idoso promove e maximiza a sua autonomia. As VD são realizadas 2 vezes por semana, com uma duração de cerca de 1h, o que permite um nível de regularidade e intensidade que beneficiam o Sr. J. A esposa encontra-se sempre presente, o que lhe permite acompanhar os ensinamentos e o treino de marcha com recurso ao andarilho e canadianas. A esposa, tem um papel fundamental para a evolução positiva do utente.

Nesta situação os cuidados de enfermagem de reabilitação centraram-se na promoção da autonomia da Sr. J. tendo em conta as suas potencialidades, bem como o seu habitat natural, envolvendo e capacitando a esposa, que ao longo do programa mostrou interesse e aptidão para tal.

No dia 31 de outubro o utente teve alta por terem sido cumpridos os objetivos do programa de reabilitação. Aguarda início de fisioterapia no Hospital de Sant'Ana.

4.PLANO DE CUIDADOS DO SR. J.P.

Diagnósticos de Enfermagem	Objetivos	Intervenções	Avaliação
<p>- Mobilidade comprometida relacionada com Status pós fratura do colo do fémur direito, fratura subcapital Garden IV do fémur esquerdo e cirurgia ao joelho direito manifestada por dificuldade na marcha</p>	<p>Mobilidade melhorada em 5 semanas</p>	<p>- Monitorizar a força muscular através da Escala de <i>Lower</i>, uma vez por mês; <u>Reabilitação funcional motora (RFM):</u> - Informar, ensinar e treinar o utente e cuidadora, sobre exercícios isométricos, duas séries de 10 e ir aumentando gradualmente conforme tolerância do Sr. J., em todas as VD: . contração abdominal; . contração dos glúteos; . contração do quadríceps; . contração isquiotibiais; - Informar, ensinar e treinar o utente e cuidadora, sobre exercícios isotónicos, duas séries de 10 e ir aumentando</p>	<p>26/09 Avaliada a força muscular através da escala de <i>Lower</i> (ver 2.4.1. da avaliação do EEER); Realizados exercícios de RFM, 2 séries de 10 repetições: o Sr. J. tolera e realiza de forma correta os exercícios; Realizado ensino do risco de quedas e estratégias de prevenção; o utente e esposa têm conhecimento sobre esta área.</p> <p>12/10 Realizados exercícios de RFM, 2 séries de 10 repetições: o Sr. J. realiza de forma correta os exercícios e tolerou; O utente realizou pedaleira durante 2 minutos de forma correta e tolerou. Foi incentivado a realizar pedaleira nos dias em que não há VD programada.</p> <p>24/10 Realizados exercícios de RFM, 2 séries de 10 repetições: o Sr. J. realiza de forma correta os exercícios. O utente realizou pedaleira durante 4 minutos de forma correta e tolerou.</p> <p>31/10 Realizados exercícios de RFM, 2 séries de 10 repetições: o Sr. J. realiza de forma correta os exercícios, e tolerou. O Sr. J. realizou pedaleira</p>

		<p>gradualmente conforme tolerância do Sr. J., em todas as VD:</p> <ul style="list-style-type: none">. Flexão plantar/Dorsiflexão do pé esquerdo e direito;. Técnica de exercícios musculares e articulares ativo-resistidos dos 2 membros inferiores: Flexão e extensão da coxo-femural esquerda e direita (com extensão/flexão do joelho); abdução e adução da coxo-femural esquerda e direita (até à linha média do corpo)- Instruir e treinar o uso da pedaleira, inicialmente com a duração de 2min, em todas as VD;- Motivar para a realização dos exercícios terapêuticos, em todas as VD;- Ensinar ao Sr. J. e esposa sobre os riscos de queda e estratégias de prevenção.	<p>durante 5 minutos de forma correta e tolerou.</p> <p>Avaliada a força muscular através da escala de <i>Lower</i> (ver 2.4.1. da avaliação do EEER).</p> <p>Objetivo atingido.</p>
--	--	--	--

<p>- Equilíbrio corporal comprometido relacionado com status pós-fratura do cólo do fêmur esquerdo e direito, cirurgia a joelho direito e hemiparesia esquerda manifestado por dificuldade em manter uma marcha segura</p>	<p>Equilíbrio corporal melhorado em 5 semanas</p>	<p>- Avaliar equilíbrio corporal, uma vez por mês; - Monitorizar equilíbrio corporal através da Escala de Equilíbrio de <i>Berg</i>, uma vez por mês; Estimular a manter equilíbrio corporal através da correção postural, em todas as VD; - Executar técnica de treino de equilíbrio, uma série de 10 repetições inicialmente, e ir aumentando conforme tolerância do Sr. J., em todas as VD: . Alternância da carga nos membros inferiores; . Apoio unipodal;</p>	<p>26/09 Apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentado mantido; Apresenta equilíbrio estático e dinâmico em pé diminuído; Apresenta um total de 15/56 na Escala de Equilíbrio de Berg (ver 2.5. na Avaliação do EEER); Não mantém posição ereta de forma correta, pelo que foi estimulado a fazê-lo através da observação pelo espelho e incentivo verbal; Foram realizados exercícios de treino de equilíbrio, duas séries de 10 repetições; a Sr. J. realiza corretamente os exercícios.</p> <p>12/10 Não mantém posição ereta de forma correta, pelo que foi estimulado a fazê-lo através da observação pelo espelho e incentivo verbal; Foram realizados exercícios de treino de equilíbrio, duas séries de 10 repetições; utente realiza corretamente os exercícios.</p> <p>24/10 Apresenta posição ereta um pouco mais verticalizada; foi dado reforço positivo e foi estimulado a fazê-lo através da observação pelo espelho e incentivo verbal; Foram realizados exercícios de treino de equilíbrio, duas séries de 10 repetições; realiza corretamente os exercícios.</p> <p>31/10 Mantém posição ereta correta; foi dado reforço positivo e foi estimulado a fazê-lo através da observação pelo espelho e incentivo verbal; Foram realizados exercícios de treino de equilíbrio, duas séries de 10 repetições; o Sr. J. realiza corretamente os exercícios.</p>
--	---	--	---

			<p>Apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentado mantido;</p> <p>Apresenta equilíbrio estático mantido e dinâmico em pé diminuído;</p> <p>Apresenta um total de 24/56 na Escala de Equilíbrio de Berg (ver 2.5. na Avaliação do EEER);</p> <p>Objetivo atingido.</p>
<p>- Andar comprometido relacionado com diminuição da força muscular nos membros inferiores manifestado por dificuldade em manter uma marcha segura, necessitando de apoio de andarilho</p>	<p>Marcha segura com apoio de andarilho em 5 semanas</p>	<p>- Instruir e treinar a andar com produto de apoio: andarilho, médias distâncias, em todas as VD;</p> <p>- Realizar exercícios para correção da postura corporal, em todas as VD;</p> <p>-Treino de subir e descer escadas com uma canadiana, em todas as VD;</p>	<p>26/09</p> <p>O Sr. J. tem produto de apoio: andarilho e foi reforçado ensino da importância do uso do mesmo para se levantar; foi orientado na sua utilização;</p> <p>Realizado treino de marcha com andarilho, médias distâncias; foi incentivado a adotar uma posição de pé mais verticalizada através da observação ao espelho; o Sr. J. deambulou com apoio de andarilho com supervisão, de forma correta e tolerou;</p> <p>Foi reforçado o ensino das mobilizações ativas dos membros inferiores;</p> <p>Realizado treino de subir e descer escadas com apoio do corrimão da escada e de canadiana do lado contrário; o Sr. Jaime necessita de ajuda parcial para colocar a canadiana de forma segura no chão da escada, bem como os pés.</p> <p>12/10</p> <p>Foi reforçado ensino da importância do uso do andarilho como apoio para se levantar;</p> <p>Realizado treino de marcha com andarilho, médias distâncias; foi incentivado a adotar uma posição de pé mais verticalizada através de incentivo verbal; o Sr. J. deambulou com apoio de andarilho com</p>

			<p>supervisão, de forma correta e tolerou;</p> <p>Realizado treino de subir e descer escadas com apoio do corrimão da escada e de canadiana do lado contrário; o Sr. Jaime necessita de ajuda parcial para colocar a canadiana de forma segura no chão da escada, bem como os pés.</p> <p>24/10</p> <p>Realizado treino de marcha com andarilho, médias distâncias; adota posição correta; o Sr. J. deambulou com apoio de andarilho com supervisão, de forma correta e tolerou;</p> <p>Realizado treino de subir e descer escadas com apoio do corrimão da escada e de canadiana do lado contrário; o Sr. Jaime necessita de ajuda parcial para colocar a canadiana de forma segura no chão da escada, bem como os pés.</p> <p>31/10</p> <p>Realizado treino de marcha com andarilho, médias distâncias; adota posição correta; o Sr. J. deambulou com apoio de andarilho com supervisão, de forma correta e tolerou;</p> <p>Realizado treino de subir e descer escadas com apoio do corrimão da escada e de canadiana do lado contrário; o Sr. Jaime necessita de supervisão e orientação verbal para colocar a canadiana de forma segura no chão da escada, bem como os pés.</p> <p>Objetivo atingido.</p>
--	--	--	---

<p>Baixo risco de úlcera de pressão relacionado com diminuição da mobilidade manifestado aumento de períodos de inatividade</p>	<p>Sem risco de Úlcera de Pressão em 5 semanas</p>	<ul style="list-style-type: none">- Monitorizar risco de úlcera de pressão através da Escala de <i>Braden</i>, 1 vez por mês;- Vigiar sinais de úlcera de pressão, em todas as VD;- Incentivar a posicionar-se, em todas as VD.	<p>4/10 Score de 20 na escala de <i>Braden</i>; não apresenta sinais de úlcera de pressão; integridade cutânea mantida; Foi incentivado a alternar as zonas de pressão enquanto permanece no sofá.</p> <p>31/10 Score de 20 na escala de <i>Braden</i>; não apresenta sinais de úlcera de pressão; integridade cutânea mantida; Objetivo não atingido.</p>
---	--	---	--

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<http://enfermagem-na-saude.blogspot.pt/2010/01/escala-de-coma-de-glasgow.html>.

Acedido a 8/11/2017

http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=5287&fase=imprime. Acedido a

8/11/2017

Menoita, E. (2014). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Enfermagem de reabilitação: Instrumento de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamentos das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa.

Pinto, V. M. (2001). Papel do Enfermeiro na Neuroavaliação do Doente com alterações do Nível de Consciência. In Departamento de edições da Formasau, Formação e Saúde, Lda. (Coordenação). *Enfermagem em Neurologia* (pp. 45-56). Coimbra: Formasau

Rodrigues, D. (2012). Continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas idosas com alterações da mobilidade por fratura do fémur. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Reabilitação

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estágio na Medicina ■ do Hospital ■

Processo de Enfermagem da Sra. C.M.

Ana Raquel Silva Teles Rombo

Nº 7377

Lisboa

Dezembro 2017



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Reabilitação

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estágio na Medicina ■ do Hospital ■

Processo de Enfermagem da Sra. C. M.

Ana Raquel Silva Teles Rombo

Nº 7377

Professora Orientadora: Professora Fátima Marques

Enfermeira Orientadora: Enfermeiro Especialista em Enfermagem
de Reabilitação ■

Lisboa

Dezembro 2017



ÍNDICE

1. COLHEITA DE DADOS	5
1.1. Identificação da Utente	5
1.2. Antecedentes Pessoais	6
1.3. Diagnóstico Clínico	7
1.4. História de Doença Atual	7
1.5. Medicação de ambulatório	8
2. AVALIAÇÃO DO EEER	9
2.1. Avaliação Geral	9
2.2. Exame Neurológico	10
2.3. Neuroavaliação por Pares Cranianos	12
2.4. Motricidade	14
2.4.1. Avaliação da Força Muscular	14
2.4.2. Avaliação do Tónus Muscular	17
2.5. Equilíbrio e Marcha	17
2.6. Sensibilidade	18
2.7. Deglutição	
2.8. Segurança / Risco de Queda	20
2.9. Escala de Barthel	21
3. NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STROKE SCALE	24
4. PLANO DE INTERVENÇÃO DE REABILITAÇÃO	
5. PLANO DE CUIDADOS	27
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

1.COLHEITA DE DADOS

1.1 Identificação da Utente

Nome: C. M.

Nome preferido: C.

Idade: 73 anos

Estado Civil: Casada

Nacionalidade: Portuguesa

Raça: Caucasiana

Nível de escolaridade: 2º ano de liceu

Profissão: Doméstica

Agregado familiar: A Sra. C. reside no domicílio com o esposo de 70 anos (cuidador informal). Têm um filho que reside próximo dos pais.

Situação habitacional: Reside em habitação própria, num 4º andar, numa zona central de Lisboa. É um apartamento composto por três assoalhadas, com saneamento básico. O prédio tem rampa de acesso ao mesmo e elevador e de acordo com a utente e cuidador tem áreas boas que permitem que a Sra. C. se desloque em cadeira de rodas (CR).

Dorme com o esposo numa cama de casal não articulada, num quarto na zona oposta à sala de estar. Tem duas casas de banho, uma com poliban e outra com banheira; de acordo com a utente a casa de banho tem área que permite que a Sra. C. entre com a CR.

De acordo com a utente e cuidador, o apartamento apresenta-se limpo, bem cuidado e arejado, não apresentando problemas ambientais.

Condições Socioeconómicas: A Sra. C. e o marido encontram-se reformados, sendo o rendimento do marido o único do agregado familiar.

Centro de Saúde: Benfica – Unidade de Saúde [REDACTED]

Apoios: Não têm; o esposo é o cuidador informal

1.2. Antecedentes Pessoais

- Hipertensão Arterial não medicada;
- Fibrilhação Auricular (FA) paroxística não anticoagulada; colocou um registador de eventos durante 15 dias no início do ano– ritmo de base sinusal alternado com períodos de FA / Flutter com resposta ventricular controlada e registo de pausas superiores a 2 segundos; Apresenta um bloqueio auriculoventricular 1º grau;
- Doença cerebrovascular com lesão aterosclerótica nos dois sistemas carotídeos;
- Síndrome vertiginoso diagnosticado no início de novembro de 2017;
- Patologia osteoarticular degenerativa da coluna lombar;
- Histerectomia há 30 anos.

1.3 Diagnóstico Clínico: Acidente Vascular Cerebral Isquémico do tipo embólico no Hemisfério Esquerdo

1.4. História de doença atual

Permaneceu internada no serviço de Medicina [REDACTED] do Hospital [REDACTED] de 7 a 19 de dezembro. Deu entrada através do serviço de urgência (S.U.) do [REDACTED] no dia 7 por episódio de lipotimia enquanto passava a ferro, sem pródromos ou perda completa do conhecimento. À chegada ao S.U. apresentava-se hipertensa (198/83 mmHg), com um discurso lentificado, obedecia a ordens simples, mas não complexas e hemiparesia direita.

Realizou TAC CE e foi ativada a via verde do AVC. Foi observada por neurologia (NL) e não apresentava critérios para rtPA por alteração menor. Ficou internada na medicina [REDACTED]

■ para avaliação da evolução e estudo etiológico. Durante o internamento foi observada novamente por NL que deu indicação para iniciar anticoagulação com Apixabano.

No 3º dia de internamento iniciou quadro febril. Colheu urina tipo II e por aumento dos parâmetros inflamatórios foi colhida urina e sangue para cultura e iniciou antibiótico empiricamente com boa resposta.

Neste internamento foi referenciada para a Rede Nacional de Cuidados Continuados (unidade de média duração - UMDR), tendo sido observada pela Equipa de Gestão de Altas a 15/12. Teve alta a aguardar vaga numa UMDR para uma clínica particular de reabilitação.

Exames Auxiliares de Diagnóstico:

- TAC CE (7/12): Não apresenta lesões hemorrágicas intracranianas; Ligeiras alterações microvasculares crónicas periventriculares; Sem sinais de lesão vascular aguda, nomeadamente no território da artéria comunicante média (ACM); Sistema ventricular e cisternas da base permeáveis; Sem alterações ósseas; Ateromatose carotídea mais extensa à esquerda.
- Urina II (10/12): nitritos positivos, sem leucocitúria.
- Urocultura (10/12): negativa
- Hemocultura (10/12): negativa
- TAC CE (11/12): revela sinais de lesão isquémica no território da ACM
- Ecodoppler dos vasos do pescoço (13/2): sem estenoses significativas ou compromissos hemodinâmicos.

Analiticamente (7/12):

- Glicose: 128mg/dl;
- Creatinina: 0,97mg/dl (13/12 – 0,49mg/dl);
- Taxa de filtração glomerular estimada: 57,2ml/min;
- LDH: 252mg/dl (13/12- 226mg/dl);
- Leucócitos: 11,010 U/L (13/12- 12,290U/L);
- PCR: 0,34mg/dl (13/12- 8,62mg/dl)

1.5. Medicação de ambulatório

- Ácido Acetilsalicílico 100mg/dia;
- Bisoprolol 5mg/dia;
- Sinvastatina 20mg/dia;
- Ácido Alendrónico 70mg + Colecalciferol 56 000UI 1x/semana;
- Metoclopramida 10mg 3x/dia;
- Paracetamol 1gr em SOS;
- Diclofenac 50mg em SOS.
- Nova medicação para ambulatório na alta:
 - . Apixabano 5mg 2vezes/dia;
 - . Omeprazol 20mg 1cp/dia;
 - . Amlodipina 1cp/dia;
 - . Losartan 50mg/dia.

2.AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO (EEER)

O primeiro contacto com a utente foi no dia 11 de dezembro de 2017. Foi realizada uma avaliação da situação, dos exames complementares de diagnóstico e elaboração de um plano de intervenção individualizado.

Neste dia realizou-se uma primeira avaliação holística, onde estiveram incluídas necessidades físicas, emocionais, sociais, espirituais e económicas para que se elaborassem os diagnósticos de enfermagem seguindo-se o planeamento das intervenções com o objetivo de se obterem ganhos em saúde, tanto para a utente como para a sua família, tendo em conta os focos de atenção identificados.

2.1. Avaliação Geral -11/12

Altura: 1,50 cm

Peso: 69 Kg

Tensão arterial: 168/69 mmHg;

Pulso radial: 72 bat/min; apresenta pulso filiforme, arritmico;

Temperatura axilar: 36°C; temperatura mantida nas extremidades;

Dor: Avaliação realizada através da Escala Numérica da Dor; apresenta intensidade 0;

Padrão respiratório: Eupneica sem aporte de oxigénio. Apresenta respiração toracoabdominal, regular, 19ciclos/min, de média amplitude; SatO2 de 96-97%. Na auscultação pulmonar: murmúrio vesicular audível, simétrico bilateralmente, sem ruídos adventícios.

Abdómen: Apresenta-se mole e depressível à palpação; sem dor à palpação superficial e profunda e sem massas ou organomegalias.

Pele e tegumentos: apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas; integridade cutânea mantida; avaliado o risco de úlcera de pressão através da Escala de *Braden*, tendo sido identificado baixo risco de úlcera de pressão, apresenta score 17 (não

apresenta limitação da percepção sensorial – 4; pele raramente húmida – 4; está confinada a cama – 1; encontra-se muito limitada na mobilidade – 2; nutrição excelente – 4; e apresenta problema potencial na fricção e forças de deslizamento - 2).

2.2. Exame Neurológico

Estado de consciência e orientação: A Sra. C. apresenta-se vígil, orientada no tempo, espaço e pessoa para avaliação do estado de consciência, foi utilizada a escala de *Glasgow*; a Sra. C. apresenta score 15 (abertura de olhos espontânea – 4, resposta verbal orientada – 5, obedece a ordens na resposta motora (ex: abre e fecha as mãos) – 6). Colaborante e comunicativa.

Atenção: Não apresenta alterações da atenção voluntária e involuntária.

Memória: Não apresenta alterações na memória sensorial, imediata, remota e recente (memória de curto prazo e a longo prazo). Avaliação realizada através de questões específicas, senso que para avaliar a memória a curto prazo a Sra. C. foi questionada sobre as refeições e visitas do dia anterior; na memória a longo prazo foi questionada sobre eventos da vida que foram confirmados pelo marido. Memória não declarativa mantida.

Linguagem: Apresenta discurso espontâneo e coerente, compreende a informação, nomeia e repete; não apresenta alterações a nível da leitura.

Negligência: Não apresenta negligência quando descreve o espaço onde se encontra, na prova de barragem e no desenho espontâneo (relógio).

2.3. Neuroavaliação por Pares Cranianos

I – Olfativo: A Sra. C. consegue identificar a presença de odores bilateralmente com os olhos fechados, ocluindo uma narina e depois a outra; foi testado com perfume; não apresenta rinorréia.

II – Ótico: Não apresenta alterações da acuidade visual; consegue contar os dedos a várias distâncias, bilateralmente.

Foi pedido à Sra. C. para encerrar um dos olhos para saber até que nível consegue observar um dedo; apresenta um campo visual normal bilateralmente (começa externamente 60° em relação à linha média e a 40° da linha nasal para dentro).

III -Oculomotor; IV – Patético; VI – Motor Ocular Externo: Estes três pares cranianos avaliam-se em simultâneo.

Não apresenta nistagmo, nem ptose pálpebral; as pupilas apresentam-se isocóricas de tamanho 4 mm e isoreativas a estímulo luminoso; apresenta movimentos conjugados e simétricos do globo ocular; a avaliação foi realizada pedindo à utente para seguir o dedo a desenhar um “H” no espaço.

V- Trigémio: Realizada pesquisa bilateralmente da sensibilidade tátil (com compressa), dolorosa (uso de um clip) e térmica ao frio e calor (água quente e gelada em tubos de ensaio) nas três divisões do nervo craniano (oftálmica, maxilar e mandibular); não apresenta alterações.

Avaliada a presença do reflexo córneo-pálpebral através do toque com a ponta de compressa na superfície temporal da córnea; apenas apresentou o pestanejar que é uma reação normal.

Foi pedido à utente para encerrar e mover a mandíbula bilateralmente, e realizar movimentos de mastigação; capacidade de encerrar e mover a mandíbula bilateralmente mantida.

VII- Facial: Foi pedido à Sra. C. para sorrir e franzir o sobrolho, encerrando com força as pálpebras; não apresenta apagamento do sulco nasogeniano, verificando-se simetria facial.

Reconheceu vários sabores de olhos fechados nos 2/3 anteriores da língua (ex: açúcar e sal).

Não apresenta hiperacusia/fonofobia.

VIII – Acústico: Foi pedido á utente para fechar os olhos e identificar o estalar dos dedos bilateralmente; não apresenta alterações.

Não apresenta tonturas nem vertigens. Foi avaliado o equilíbrio estático e dinâmico sentada e em pé; apresenta alterações a nível do equilíbrio dinâmico em pé (Nota: o equilíbrio foi avaliado no dia em que a Sra. C realizou levante para o cadeirão – 12/12).

IX – Glossofaríngeo: Identifica sabores (ex: açúcar e sal) no terço posterior da língua.

Não apresenta alterações da elevação do palato, nem desvio da úvula; pesquisa realizada com uma espátula na parte posterior da língua. Não se verifica sialorreia.

X- Vago: Apresenta reflexo de vômito quando se toca com uma espátula na porção posterior da língua; não apresenta rouquidão, disfonia, fadiga vocal ou dor localizada este nível. Apresenta acessos de tosse eficazes.

XI – Espinhal: Avaliada força muscular do esternocleidomastóideo e do trapézio bilateralmente contra uma resistência; foi exercida resistência e foi solicitado à Sra. C. que contraísse os músculos e realizasse movimentos a nível dos ombros e da cabeça. Apresenta uma fração de 4/5 na escala de avaliação de força muscular de Lower na rotação bilateral da cabeça e elevação do ombro esquerdo, e uma fração de 1/5 na elevação do ombro direito, observando-se contração sem movimento do ombro). Apresenta depressão escapulo-umeral direita.

XII – Hipoglosso: Não apresenta desvios ou tremores na língua; realiza diferentes movimentos da língua passivos e contra a resistência de uma espátula.

2.4. Motricidade

2.4.1. Avaliação da Força Muscular

Foi avaliada a força em todos os planos de movimentos e nos segmentos corporais com recurso á escala de avaliação de força muscular de *Lower* através do uso da força e resistência, traduzindo-se por uma fração (numerador: desempenho do doente e denominador representa o desempenho do enfermeiro).

Segue-se a avaliação da força muscular em todos os planos de movimentos e nos segmentos corporais, com recurso á escala de *Lower*, da Sra. C.:

		Data: 11/12		18/12	
Segmento Corporal	Movimento	Força Muscular		Força Muscular	
Cabeça e Pescoço	Flexão	4/5		5/5	
	Extensão	4/5		5/5	
	Flexão lateral esquerda	4/5		4/5	
	Flexão lateral direita	3/5		4/5	
	Rotação	4/5		4/5	
Membros Superiores		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Escápulo-Umeral	Flexão	1/5	5/5	3/5	5/5
	Extensão	1/5	5/5	3/5	5/5
	Abdução	1/5	5/5	3/5	5/5
	Adução	1/5	5/5	3/5	5/5
	Rotação Interna	1/5	5/5	3/5	5/5
	Rotação Externa	1/5	5/5	3/5	5/5
Cotovelo	Flexão	1/5	5/5	3/5	5/5
	Extensão	1/5	5/5	3/5	5/5

Antebraço	Pronação	1/5	5/5	3/5	5/5
	Supinação	1/5	5/5	3/5	5/5
Punho	Flexão palmar	1/5	5/5	3/5	5/5
	Dorsiflexão	1/5	5/5	3/5	5/5
	Desvio radial	1/5	5/5	3/5	5/5
	Desvio cubital	1/5	5/5	3/5	5/5
Dedos	Flexão	1/5	5/5	4/5	5/5
	Extensão	1/5	5/5	4/5	5/5
	Abdução	1/5	5/5	4/5	5/5
	Adução	1/5	5/5	4/5	5/5
	Circundação	1/5	5/5	3/5	5/5
	Oponência do polegar	1/5	5/5	3/5	5/5
Membros Inferiores		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Coxo-Femural	Flexão	1/5	5/5	4/5	5/5
	Extensão	1/5	5/5	3/5	5/5
	Abdução	1/5	5/5	3/5	5/5
	Adução	1/5	5/5	3/5	5/5
	Rotação Interna	1/5	5/5	3/5	5/5
	Rotação Externa	1/5	5/5	3/5	5/5
Joelho	Flexão	1/5	5/5	4/5	5/5
	Extensão	1/5	5/5	4/5	5/5
Tibiotársica	Flexão plantar	1/5	5/5	4/5	5/5
	Flexão dorsal	1/5	5/5	4/5	5/5
	Inversão	1/5	5/5	3/5	5/5
	Eversão	1/5	5/5	3/5	5/5
Dedos	Flexão	1/5	5/5	3/5	5/5
	Extensão	1/5	5/5	3/5	5/5

	Abdução	1/5	5/5	3/5	5/5
	Adução	1/5	5/5	3/5	5/5

2.4.2. Avaliação do Tónus Muscular

Foi avaliado o tónus muscular nos vários segmentos corporais, bilateralmente através da mobilização passiva dos grupos musculares. A Sra. C. apresenta tónus ligeiramente diminuído nos segmentos musculares à direita.

Apresenta grau 0 na avaliação da espasticidade através da Escala de *Ashworth Modificada* e que se encontra no quadro seguinte:

Data	Membro Superior		Membro Inferior	
	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
11/12	0	0	0	0
18/12	0	0	0	0

2.5. Equilíbrio e Marcha

A Sra. C. consegue rodar sobre si para o lado afetado, realiza a ponte com a ajuda do enfermeiro. Não foi possível avaliar outros itens do equilíbrio e a marcha nesta fase de reabilitação pois a utente encontrava-se com indicação médica para repouso no leito.

2.6. Sensibilidade

Pesquisa da sensibilidade superficial (dolorosa, táctil e térmica) realizada do distal para o proximal.

Sensibilidade dolorosa foi avaliada através do pinçar entre o polegar e o indicador a massa muscular do bíceps e com o pinçar do polegar e dois dedos cerca de 5cm da grande massa do trapézio, bilateralmente. A utente apresenta sensibilidade superficial dolorosa mantida.

A sensibilidade táctil foi avaliada com uma compressa; não apresenta alterações.

A sensibilidade térmica ao frio e calor foi realizada com dois tubos de ensaio com água fria e quente; sensibilidade superficial térmica ao frio mantida.

Relativamente à sensibilidade profunda/proprioceptiva (postural e vibratória) foi avaliada a sensibilidade postural fazendo a pesquisa em diferentes movimentos e com diferentes amplitudes, analisando os segmentos distais em primeiro lugar; foi explicado à utente o que se pretendia e com os olhos fechados foi colocado um dedo do pé direito em flexão, e de seguida a elevação e extensão do cotovelo esquerdo e do joelho direito e foi questionada a Sra. C. em que posição os membros se encontravam; sensibilidade profunda mantida.

A sensibilidade de sentido de pressão foi realizada através da comparação do peso entre uma caneta e uma caixa de óculos, em que foi pedido à utente para os comparar, conseguindo identificar o mais leve e o mais pesado; sensibilidade de sentido por pressão mantida.

Foi também avaliada a percepção discriminatória (estereognosia) através da oferta de uma caneta e de uma escova do cabelo, tendo reconhecido os objetos através do toque e de olhos fechados; percepção discriminatória mantida.

2.7. Deglutição

O teste de *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) permite avaliar a disfagia por diferentes graus de severidade. Nas pessoas que sofreram um AVC, por ser frequente apresentarem diminuição da força, do tónus e/ou sensibilidade dos músculos da face, da mandíbula e/ou da língua, a disfagia mais frequente é a orofaríngea relacionada com a dificuldade em iniciar a deglutição (Menoita, 2012).

Através da avaliação neurológica realizada, verificou-se que não existe lesão ao nível dos pares cranianos V (contraí os maceteres bilateralmente), VII (não apresenta assimetria labial e facial, consegue assobiar), IX (não apresenta sialorreia, reconhece os sabores), X (apresenta simetria da úvula, sem alterações do tom de voz), XI (segura

e controla a cabeça e o pescoço) e XII (apresenta simetria da língua). Aplicou-se o teste de GUSS para complementar esta avaliação.

Na primeira secção deste teste (teste de deglutição indireto) verificou-se que a Sra. C. encontra-se vígil e orientada – 1; consegue tossir e pigarrear duas vezes – 1; deglute a saliva com sucesso – 1; não apresenta sialorreia – 1; e não apresenta alterações da voz – 1. O que equivale a um total de 5, pelo que se continuou o teste para a segunda secção (teste de deglutição direto): a Sra. C. apresenta deglutição com sucesso nas três consistências – 2; não apresenta tosse involuntária antes, durante e após a deglutição nas três consistências– 1; não apresenta sialorreia nas três consistências– 1; não apresenta alterações da voz antes e após a deglutição nas três consistências- 1. O que equivale a um total de 5 em todas as consistências. No total apresenta um resultado de 20 o que se traduz na presença de deglutição eficaz para alimentação líquida, semi-sólida e sólida, sem disfagia e com um risco mínimo de aspiração pelo que foi instituída uma dieta geral, tendo sido a primeira refeição sob supervisão.

A utente apresenta prótese dentária superior completa, bem-adaptada e faz a refeição no leito em posição de Fowler.

2.8. Segurança / Risco de Queda

De acordo com a Escala de Risco de *Downton* a Sra. C. apresenta alto risco de queda, com uma pontuação de 4 (Tem história de queda prévia - 1; faz medicação hipotensora – 1; apresenta défice sensorial das extremidades à direita – 1; encontra-se orientada – 0; e apresenta deambulação impossível – 1).

2.9. Escala de *Barthel*

A avaliação do grau de dependência da Sra. C. na realização de atividades de vida diária (AVD) foi realizada através da Escala de *Barthel*, no dia do primeiro levante (11/12). A pontuação da escala varia entre 0 (máxima dependência) a 100 (independência total), sendo que a utente apresenta uma pontuação de 25, o que se

traduz num grau de dependência elevado para a realização das suas AVD, como demonstra a Escala de *Barthel* preenchida com a pontuação da utente:

		ta	11/12	18/12
Higiene Pessoal	Necessita de ajuda com o cuidado pessoal	0	0	5
	Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	5		
Evacuar	Incontinente (ou precisava que lhe fizessem um enema)	0	10	10
	Acidente ocasional (uma vez por semana)	5		
	Continente	10		
Urinar	Incontinente ou cateterizado e incapacitado para o fazer	0	0	0
	Acidente ocasional (máximo uma vez em 24h)	5		
	Continente (por mais de 7 dias)	10		
Ir à casa de banho	Dependente	0	0	5
	Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinha	5		
	Independente	10		
Alimentar-se	Incapaz	0	5	5
	Precisa de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.	5		
	Independente (a comida é providenciada)	10		
Deslocações	Incapaz não tinha equilíbrio ao sentar-se	0	5	5
	Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, conseguia sentar-se	5		
	Pequena ajuda (verbal ou física)	10		
	Independente	15		
Mobilidade	Imobilizado	0	0	10
	Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc	5		
	Andava com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)	10		
	Independente (alguns têm ajuda de uma bengala)	15		
Vestir-se	Dependente	0	0	5
	Precisava de ajuda, mas fazia cerca de metade	5		

	sem ajuda			
	Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	10		
Escadas	Incapaz	0	0	0
	Precisava de ajuda (verbal, física, ajuda carregando)	5		
	Independente para subir e descer	10		
Tomar banho	Dependente	0	0	0
	Independente (ou no chuveiro)	5		
TOTAL			20	45

3.NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STROKE SCALE (NIHSS)

Esta escala permite avaliar e quantificar a severidade e magnitude do déficit neurológico após o AVC, sendo um indicador do tamanho e gravidade da lesão e do prognóstico destes doentes. Engloba 11 itens do exame neurológico que são comumente afetados pelo AVC: nível de consciência, desvio ocular, parésia facial, linguagem, fala, função motora e sensitiva dos membros, ataxia e negligência. A pontuação varia entre 0 (não existe evidência de déficit neurológico nos itens avaliados na escala) e 42 (doentes em coma).

Permite avaliar se existe uma melhoria ou agravamento dos défices neurológicos. Segue-se a aplicação da escala à Sra. C.: encontra-se acordada e responde corretamente às questões colocadas – 0; responde corretamente sobre o mês e idade – 0; a utente abre e fecha os olhos e a mão esquerda – 0; movimentos oculares horizontais mantidos – 0; campos visuais sem alterações – 0; não apresenta parésia facial – 0; o membro superior direito não apresenta movimento – 4; no membro inferior direito não apresenta movimento – 4; ataxia ausente no membro superior e inferior direito – 0; sensibilidade dolorosa mantida – 0; não apresenta afasia – 0; não apresenta disartria – 0; não apresenta negligência – 0. O que equivale a uma pontuação de 8.

Cerca de 60 a 70% dos doentes com AVC isquémico agudo que tenham uma pontuação < 10 apresentam prognóstico favorável após um ano (Brito, R. G., Lins, L. C. R. F., Almeida, D. A., Neto, E. S. R., Araújo, D. P., & Franco, C. I. F. (2013).

4.PLANO DE INTERVENÇÃO DE REABILITAÇÃO

Realizou-se uma avaliação global da utente e identificou-se quais as suas expectativas no futuro. Desde o primeiro contacto com a utente e também com o marido que foi estabelecida uma relação que se quer de confiança, de parceria e foram incentivados a participar nos cuidados e a empenharem-se na sua continuidade após a alta, tal como refere Menoita (2012).

O projeto de vida da utente é o de manter a sua independência o mais possível.

A informação recolhida foi através do contacto com a Sra. C. e marido, da observação física e da consulta de exames complementares de diagnóstico. Foram utilizados

instrumentos de medida/escalas, de maneira a avaliar as funções: motora, sensorial e cognitiva; eliminação vesical e intestinal (OE, 2010, pp.3).

A escolha dos instrumentos de avaliação esteve relacionada com as escalas utilizadas no serviço de Medicina ███. Estes instrumentos de carácter científico permitem tomar decisões em saúde com base na evidência científica, sendo a sua avaliação mensurável e uniforme para todos os profissionais de saúde. Estas avaliações foram registadas e partilhadas para que os cuidados à utente e família tenham continuidade.

Tendo por base o resultado dessas avaliações, elaborou-se um plano de cuidados/intervenção cujo objetivo foi o de “de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade” (OE, 2010, pp.3). Realizou-se a sua monitorização e foram avaliados os progressos no processo de saúde.

Os registos das intervenções do EEER foram realizados no sistema Glintt. Para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem e realizar os cuidados de enfermagem, foi utilizado o padrão documental da OE, de 2015. O plano de intervenção foi alterado sempre que existiram alterações na avaliação dos resultados.

O plano de reabilitação da Sra. C. tem como objetivos:

- Otimizar e reeducar a função motora;
- Reduzir os riscos que advém da diminuição da mobilidade para que a utente mantenha a sua independência para realizar as AVD e alcance a melhor qualidade de vida possível tendo em conta o seu potencial, bem como o seu projeto de vida.

Na intervenção do EEER foi tido em conta a vertente cognitiva e sensorial, através da motivação, do esclarecimento de dúvidas e promovendo a adesão da Sra. C. ao plano de reabilitação, pois o AVC impôs à utente uma alteração na sua condição de saúde com impacto na manutenção do Autocuidado referido na Teoria Geral do Autocuidado de Orem (2001), ao qual por ter sido inesperado ainda se encontra no período de adaptação.

O EEER assume um papel de agente facilitador do Autocuidado através da maximização das potencialidades da Sra. C., otimizando os seus níveis de autocuidado, tendo em conta o seu contexto social e familiar (Orem, 2001).

5. PLANO DE CUIDADOS DA SRA. C.M.

Diagnósticos de Enfermagem	Objetivos	Intervenções	Avaliação
<p>- Mobilidade comprometida relacionada com acidente vascular cerebral manifestada por hemiparesia direita</p>	<p>Mobilidade melhorada em 2 semanas</p>	<p>- Monitorizar a força muscular através da escala de <i>Lower</i>, semanalmente;</p> <p><u>Reabilitação funcional motora (RFM):</u></p> <p>- Instruir e treinar a utente e cuidador, sobre exercícios isométricos, uma série de 10 e ir aumentando gradualmente conforme tolerância da Sra. C.:</p> <ul style="list-style-type: none"> . contração abdominal; . contração dos glúteos; . contração do quadríceps; . contração dos isquiotibiais; <p>- Executar técnica de exercício muscular e articular passivas nos membros superior (MS) e inferior (MI) direito (dto.), iniciar com uma série de 10 repetições e ir aumentando o número de repetições conforme tolerância da</p>	<p>11/12</p> <p>Avaliada a força muscular através da escala de <i>Lower</i> (ver 2.4.1. da avaliação do EEER);</p> <p>Realizada RFM, 1 série de 10 repetições de exercícios isométricos: a Sra. C. realiza de forma correta os exercícios, mas com algum grau de dificuldade (SIC) na contração dos isquiotibiais; 1 série de 10 repetições de exercícios musculares e articulares passivos nos MS e MI dto., com boa tolerância da utente; e 1 série de 10 repetições de exercícios musculares e articulares ativos-resistidos no MS e MI esq., a Sra. C. realiza de forma correta os exercícios;</p> <p>Realizadas as seguintes atividades terapêuticas: rolar para o lado esq. e dto. e rotação controlada da anca, automobilização com ajuda do enfermeiro; a utente colabora e tolera as atividades;</p> <p>Incentivado o repouso após os exercícios;</p> <p>Foram utilizadas as estratégias terapêuticas: facilitação cruzada, foi explicado à Sra. C. a importância do padrão do posicionamento anti-espástico e fica posicionada em decúbito dorsal nesse padrão, que tolera;</p> <p>Realizado ensino do risco de quedas e estratégias de prevenção; a Sra. C. e o marido têm conhecimento sobre esta área.</p> <p>12/12</p> <p>Realizada RFM, 1 série de 10 repetições de exercícios isométricos: a Sra. C. realiza de forma correta os exercícios, mas mantém algum grau de</p>

		<p>utente:</p> <ul style="list-style-type: none"> . dedos da mão: flexão/extensão, adução/abdução; . polegar: flexão/extensão, abdução/adução, oponência; . punho: flexão/extensão, desvio radial/cubital; . antebraço: supinação/pronação; . cotovelo: flexão/extensão; . ombro: rotação interna/externa, adução/abdução, flexão/extensão, elevação/depressão, circundação em decúbito dorsal e lateral; . dedos do pé: flexão/extensão, adução/abdução; . tibiotársica: eversão/inversão, dorsiflexão/flexão plantar; . joelho: flexão/extensão; . coxo-femural: rotação interna/externa, adução/abdução, flexão/extensão, circundação. <p>- Motivar para a realização dos exercícios terapêuticos, em todas as sessões;</p>	<p>dificuldade (SIC) na contração dos isquiotibiais, pelo que foi incentivada a realizá-los durante o dia; 1 série de 15 repetições de exercícios musculares e articulares passivos nos MS e MI dto., com boa tolerância da utente; e 1 série de 15 repetições de exercícios musculares e articulares ativos-resistidos no MS e MI esq., a Sra. C. realiza de forma correta os exercícios;</p> <p>Realizadas as seguintes atividades terapêuticas: rolar para o lado esq. e dto. e rotação controlada da anca, exercício da ponte com ajuda do enfermeiro, automobilização com ajuda do enfermeiro e carga no cotovelo direito, a utente colabora e tolera as atividades;</p> <p>Incentivado o repouso após os exercícios;</p> <p>Realizou levantar para o cadeirão com ajuda total, com contenção venosa dos membros inferiores, descalça. Foi colocada mesa de apoio à frente da Sra. C. e realizou exercícios de motricidade fina com instrumento de porcas. Tolerou cerca de 2h, foi deitada após a refeição e posicionada em decúbito lateral esq. Em padrão anti-espástico.</p> <p>Foram utilizadas as estratégias terapêuticas: facilitação cruzada e posicionamento em padrão anti-espástico.</p> <p>13/12</p> <p>Foi incentivada a realizar 1 série de 15 repetições de exercícios isométricos durante o dia;</p> <p>2 séries de 15 repetições de exercícios musculares e articulares ativos-assistidos nos MS e MI dto., com colaboração e boa tolerância da utente; e 2 séries de 15 repetições de exercícios musculares e articulares ativos-resistidos no MS e MI esq., a Sra. C. realiza de forma correta os</p>
--	--	--	---

		<p>- Atividades terapêuticas: rolar para o lado esq. e dto., ponte com ajuda do enfermeiro, rotação controlada da anca, automobilização com ajuda do enfermeiro, carga no cotovelo direito;</p> <p>- Utilização de estratégias terapêuticas: facilitação cruzada, posicionamento em padrão anti-espástico (decúbito dorsal e lateral);</p> <p>- Ensinar a Sra. C. e esposo sobre os riscos de queda e estratégias de prevenção.</p> <p><u>Sistema de Enfermagem:</u></p> <p>- Totalmente Compensatório</p> <p>- Apoio- Educação</p> <p><u>Métodos adequados de ajuda:</u></p> <p>- Orientação</p> <p>- Apoio</p> <p>- Ensino</p> <p>- Agir ou fazer por</p>	<p>exercícios;</p> <p>Realizadas as seguintes atividades terapêuticas: rolar para o lado esq. e dto. e rotação controlada da anca, exercício da ponte, automobilização com ajuda do enfermeiro e carga no cotovelo direito a utente colabora e tolera as atividades;</p> <p>Incentivado o repouso após os exercícios;</p> <p>Realizou levantar para o cadeirão com ajuda total, descalça. Foi colocada mesa de apoio à frente da Sra. C. e realizou exercícios de motricidade fina com instrumento de porcas. Tolerou cerca de 2h, foi deitada após a refeição e posicionada em decúbito lateral dto. Em padrão anti-espástico; Foram utilizadas as estratégias terapêuticas: facilitação cruzada e posicionamento em padrão anti-espástico.</p> <p>18/12</p> <p>Foi incentivada a realizar 2 séries de 15 repetições de exercícios isométricos durante o dia;</p> <p>Foi realizada RFM: 2 séries de 15 repetições de exercícios musculares e articulares ativos-resistidos no MS e MI dto., com boa evolução da utente (consegue mover o MS dto, na base da cama); e 2 séries de 15 repetições de exercícios musculares e articulares ativos-resistidos no MS e MI esq., a Sra. C. realiza de forma correta os exercícios;</p> <p>Realizadas as seguintes atividades terapêuticas: rolar para o lado esquerdo e direito e rotação controlada da anca, automobilização com ajuda do enfermeiro e carga no cotovelo direito, a utente colabora e tolera as atividades;</p> <p>Incentivado o repouso após os exercícios;</p>
--	--	---	---

		<p>- Propiciar ambiente desenvolvimental</p> <p>A 12/12 acrescenta-se as seguintes intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruir e treinar o levante e transferência para o cadeirão/leito com apoio de andarilho; - Instruir e treinar motricidade fina: instrumento com porcas e exercícios de escrita. <p><u>Sistema de Enfermagem:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Totalmente Compensatório - Parcialmente Compensatório - Apoio- Educação <p><u>Métodos adequados de ajuda:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensino - Agir ou fazer por <p>A 13/12 acrescenta-se as seguintes intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de exercício muscular e articular ativas- 	<p>Foram utilizadas as estratégias terapêuticas: facilitação cruzada;</p> <p>Realizou levante para o cadeirão com apoio do andarilho. Tolerou cerca de 2h e foi deitada no leito após a refeição. Fica posicionada em decúbito lateral esquerdo em padrão anti-espástico;</p> <p>Reforçado ensino do risco de quedas e estratégias de prevenção; a Sra. C. e o marido têm conhecimento sobre esta área;</p> <p>Avaliada a força muscular através da escala de Lower (ver 2.4.1. da avaliação do EEER).</p>
--	--	---	--

		<p>assistidas no MS e MI dto., iniciar com uma série de 10 repetições e ir aumentando o número de repetições conforme tolerância da utente;</p> <p>-Executar técnica de exercício muscular e articular ativas-resistidas no MS e MI esquerdo (esq.), iniciar com uma série de 10 repetições e ir aumentando o número de repetições conforme tolerância da utente e gradualmente aumentar a resistência:</p> <ul style="list-style-type: none">. dedos da mão: flexão/extensão, adução/abdução;. punho: flexão/extensão;. antebraço: supinação/pronação;. cotovelo: flexão/extensão;. ombro: rotação interna/externa, adução/abdução, flexão/extensão;. dedos do pé: flexão/extensão;. tibiotársica: dorsiflexão/flexão plantar;	
--	--	---	--

		<p>. joelho: flexão/extensão; . coxo-femural: rotação interna/externa, adução/abdução, flexão/extensão;</p> <p><u>Sistema de Enfermagem:</u> - Parcialmente Compensatório</p> <p><u>Métodos adequados de ajuda:</u> - Orientação - Apoio</p> <p>A 18/12 foram acrescentadas as seguintes intervenções: - Executar técnica de exercício muscular e articular ativas-resistidas no MS e MI dto, iniciar com uma série de 10 repetições e ir aumentando o número de repetições conforme tolerância da utente e gradualmente aumentar a resistência;</p> <p><u>Sistema de Enfermagem:</u> - Parcialmente Compensatório</p> <p><u>Métodos adequados de ajuda:</u></p>	
--	--	--	--

		<p>- Orientação</p> <p>- Apoio</p>	
<p>- Andar com auxiliar de marcha comprometido relacionado com hemiparesia direita manifestado por dificuldade em manter uma marcha segura, necessitando de apoio lateral</p>	<p>Marcha segura com apoio de andarilho em 2 semanas</p>	<p>- Avaliar capacidade para usar o andarilho para andar;</p> <p>- Instruir e treinar a andar com produto de apoio: andarilho curtas distâncias, várias vezes durante o turno;</p> <p>- Realizar exercícios para correção da postura corporal durante a sessão;</p> <p>- Instruir, treinar e avaliar capacidade do marido para assistir no andar com andarilho;</p> <p>- Ensinar sobre gestão de riscos: adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha (remover carpetes, tapetes e outros materiais que potenciem o risco de queda).</p> <p><u>Sistema de Enfermagem:</u></p> <p>- Parcialmente Compensatório</p>	<p>13/12</p> <p>A Sra. C. encontra-se motivada para utilizar o andarilho; a utente consegue permanecer de pé apoiada no andarilho; controla a extensão máxima do joelho dto. e distribui o peso para os dois MI.;</p> <p>Realizado treino de marcha controlada assistida pelo enfermeiro aquando do levantar do leito, e foram corrigidas alterações posturais; a utente transfere corretamente o peso para a frente e para o lado;</p> <p>Realizado treino de marcha com apoio de andarilho após a refeição para ir para o leito, distância curta e com suporte pélvico;</p> <p>A Sra. C e o marido têm conhecimentos sobre as adaptações necessárias no domicílio para que a utente realize marcha com andarilho segura;</p> <p>Realizado ensino sobre gestão dos riscos no domicílio; a Sra. C. e o marido têm conhecimento sobre esta área.</p> <p>18/12</p> <p>Realizado treino de marcha com apoio de andarilho para o cadeirão e mais tarde para o leito, distância curta e com suporte pélvico;</p> <p>Foi corrigida a postura corporal durante o exercício;</p> <p>Realizado ensino e treino ao marido sobre importância do suporte pélvico durante a marcha com andarilho; embora tenha compreendido é necessária outra sessão de treino;</p> <p>Foi reforçado o ensino sobre gestão dos riscos no domicílio.</p>

		<p>- Apoio- Educação</p> <p><u>Métodos adequados de ajuda:</u></p> <p>- Orientação</p> <p>- Apoio</p> <p>- Ensino</p> <p>- Propiciar ambiente desenvolvimental</p>	
<p>Equilíbrio corporal comprometido relacionado com AVC manifestado por um total de 10/56 na escala de equilíbrio de Berg</p>	<p>Equilíbrio corporal melhorado em 2 semanas para que possa executar a marcha com andarilho de forma independente</p>	<p>- Avaliar equilíbrio corporal, semanalmente;</p> <p>- Monitorizar equilíbrio corporal através da Escala de Equilíbrio de Berg, no início e final do internamento;</p> <p>- Estimular a manter equilíbrio corporal através da correção postural, em todas as sessões;</p> <p>- Executar técnica de treino de Equilíbrio corporal, uma série de 5 repetições inicialmente, e ir aumentando conforme a tolerância da Sra. C., em todas as sessões: exercícios de equilíbrio estático e dinâmico sentada, em todas as sessões;</p>	<p>12/12</p> <p>Apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentado mantido;</p> <p>Apresenta equilíbrio estático e dinâmico em pé diminuído;</p> <p>Apresenta 10/56 na Escala de Equilíbrio de Berg (necessita de ajuda moderada para se levantar – 0; incapaz de permanecer em pé sem apoio por 30 segundos – 0; é capaz de permanecer sentada com segurança e firmeza por 2 minutos – 4; senta-se de forma independente com apoio do andarilho, mas sem controle – 1; necessita de uma pessoa para ajudar nas transferências – 1; necessita de ajuda para não cair ao permanecer em pé sem apoio com os olhos fechados – 0; é incapaz de permanecer em pé sem apoio com os pés juntos por 15 segundos – 0; necessita de apoio para esticar o braço à frente e permanecer em pé – 0; olha para trás de ambos os lados com uma boa distribuição do peso apoiada no andarilho – 4; necessita de ajuda para dar uma volta de 360º - 0; necessita de ajuda para não cair para posicionar os pés alternadamente num degrau enquanto permanece em pé sem apoio -0; perde o equilíbrio ao ficar de pé sem apoio com um pé à frente do outro – 0; necessita de</p>

		<p><u>Sistema de Enfermagem:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Parcialmente Compensatório - Apoio- Educação <p><u>Métodos adequados de ajuda:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientação - Apoio - Ensino - Propiciar ambiente desenvolvimental 	<p>ajuda para ficar em pé em cima do MI esq. e incapaz de tentar com o MI dto. – 0)</p> <p>Não mantém posição ereta de forma correta, pelo que foi estimulada através de incentivo verbal;</p> <p>Foram realizados exercícios de treino de equilíbrio estático e dinâmico sentada, uma série de 5 repetições; a Sra. C. realiza corretamente os exercícios.</p> <p>Cumpriu repouso entre os exercícios.</p> <p>18/12</p> <p>Apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentado mantido;</p> <p>Apresenta equilíbrio estático e dinâmico em pé diminuído;</p> <p>Realizada monitorização da na Escala de Equilíbrio de Berg, mantendo o mesmo total;</p> <p>Realizada correção postural em todos os exercícios através de incentivo verbal;</p> <p>Foram realizados exercícios de treino de equilíbrio estático e dinâmico sentada, uma série de 10 repetições; a Sra. C. realiza corretamente os exercícios.</p> <p>Cumpriu repouso entre os exercícios.</p>
--	--	---	---

<p>Risco de espasticidade relacionado com alterações da força muscular, do tónus e do mecanismo de controlo postural</p>	<p>Não apresente espasticidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar Escala de <i>Ashworth</i> no início e no fim do internamento; - Posicionar a utente, de forma alinhada, em cada sessão em padrão anti-espástico; - Realizar mobilizações ativas e passivas dos MS e MI, em todas as sessões; - Reforçar o ensino e treinar automobilizações, séries de 10 e ir aumentando conforme a tolerância da Sra. C. <p><u>Sistema de Enfermagem:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Totalmente Compensatório - Parcialmente Compensatório - Apoio- Educação <p><u>Métodos adequados de ajuda:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientação - Apoio - Ensino - Agir ou fazer por - Propiciar ambiente desenvolvimental 	<p>11/12</p> <p>Foi realizada monitorização da espasticidade através da escala de <i>Ashworth</i> (ver ponto 2.4.2. da avaliação do EEER);</p> <p>Realizadas mobilizações ativas e passivas dos MS e MI; realiza de forma correta os exercícios e com boa tolerância;</p> <p>Foi realizado treino de automobilizações e foi reforçado o ensino para a sua realização durante o dia.</p> <p>18/12</p> <p>Foi realizada monitorização da espasticidade através da escala de <i>Ashworth</i> (ver ponto 2.4.2. da avaliação do EEER);</p> <p>Realizadas mobilizações ativas e passivas dos MS e MI; realiza de forma correta os exercícios e com boa tolerância;</p> <p>Foi realizado treino de automobilizações e foi reforçado o ensino para a sua realização durante o dia.</p>
--	------------------------------------	--	---

<p>Dependência total na AVD-Higiene e Conforto relacionada com hemiparesia direita manifestada por um total na escala de Barthel 20/100</p>	<p>Dependência parcial na AVD – Higiene e conforto no duche, em duas semanas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o nível de dependência da Sra. C. através da Escala de <i>Barthel</i> semanalmente; - Abordar a utente sempre que possível pelo lado direito; - Nomear as partes do corpo que são tocadas e o respetivo lado durante a higiene; - Incentivar a Sra. C. a lavar o hemicorpo direito; - Otimizar e reeducar a força muscular nos segmentos corporais do hemicorpo direito e manter a força do hemicorpo esquerdo; - Motivar a Sra. C para a aquisição de maior autonomia nesta AVD; - Instruir o marido sobre gestão das adaptações necessárias a adotar no domicílio, tendo em conta as limitações da atividade da Sra. C. <p><u>Sistema de Enfermagem:</u></p>	<p>11/12</p> <p>Avaliado nível de dependência nas ABVD através da escala de Barthel (ver ponto 2.9 e 2.9.1. da avaliação do EEER);</p> <p>Cuidados de higiene e conforto realizados no leito por ainda não ter indicação de levantar pelo lado direito; durante os mesmos foram nomeadas as partes do corpo bem como o respetivo lado; foi incentivada a lavar o hemicorpo direito;</p> <p>Realizados exercícios musculares e articulares dos MS e MI dto. e esquerdo.</p> <p>13/12</p> <p>Cuidados de higiene e conforto realizados no duche em cadeira sanitária; foi incentivada a temperar a água e a lavar e secar o hemicorpo direito e a pentear-se, com boa colaboração por parte da Sra. C.;</p> <p>Realizados exercícios musculares e articulares dos MS e MI dto. e esquerdo.</p> <p>18/12</p> <p>Avaliado nível de dependência nas ABVD através da escala de Barthel (ver ponto 2.9 e 2.9.1. da avaliação do EEER);</p> <p>Cuidados de higiene e conforto realizados no duche em cadeira sanitária; a Sra. C. temperou a água, lavou e secou o hemicorpo direito e genitais, e penteou-se de forma independente;</p> <p>Realizados exercícios musculares e articulares dos MS e MI dto. e esquerdo.</p> <p>Foi realizado ensino ao marido sobre dispositivos de apoio para o banho: cadeira para banheira, tapete antiderrapante e barras de apoio; a utente e</p>
---	--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Totalmente Compensatório - Parcialmente Compensatório - Apoio- Educação <p><u>Métodos adequados de ajuda:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientação - Apoio - Ensino - Agir ou fazer por - Propiciar ambiente desenvolvimental 	<p>o marido ficaram com conhecimentos sobre este assunto; Objetivo atingido.</p>
<p>- Dependência total na AVD: vestir-se relacionado com hemiparesia direita manifestada por um total da escala de Barthel 20/100</p>	<p>Dependência parcial na AVD: vestir-se, em duas semanas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o nível de dependência da Sra. C. através da Escala de <i>Barthel</i>, semanalmente; - Motivar a Sra. C para a aquisição de maior autonomia nesta AVD; - Instruir e treinar esta AVD: vestir; - Instruir a Sra. C. e o marido sobre características do vestário adaptadas aos défices da utente; <p><u>Sistema de Enfermagem:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Totalmente Compensatório - Parcialmente Compensatório 	<p>11/12 Avaliado nível de dependência nas ABVD através da escala de Barthel (ver ponto 2.9 e 2.9.1. da avaliação do EEER); A utente não participou nesta atividade, por limitação física e por falta de motivação para; foi vestida no leito com ajuda total por ainda não ter indicação de levantar; Foi incentivada a realizar esta AVD;</p> <p>13/12 Realizado treino desta AVD no WC; foi incentivada a escolher a roupa; começou a despir o pijama pelo lado esq. e iniciou o vestir do fato-de-treino pelo lado dto.; a Sra. C apresentou um grau elevado de dificuldade nesta AVD;</p> <p>18/12 Avaliado nível de dependência nas ABVD através da escala de Barthel</p>

		<p>- Apoio- Educação</p> <p><u>Métodos adequados de ajuda:</u></p> <p>- Orientação</p> <p>- Apoio</p> <p>- Ensino</p> <p>- Agir ou fazer por</p> <p>- Propiciar ambiente desenvolvimental</p>	<p>(ver ponto 2.9 e 2.9.1. da avaliação do EEER);</p> <p>Realizado treino desta AVD no WC; a Sra. C. apresentou um grau moderado de dificuldade nesta AVD;</p> <p>Foi realizado ensino à utente e marido sobre as características do vestuário adaptadas às limitações da Sra. C.; ambos ficaram com conhecimentos sobre este assunto;</p> <p>Objetivo atingido.</p>
<p>Autocuidado: comer comprometido relacionado com hemiparesia direita manifestada por um total na escala de Barthel 20/100</p>	<p>Dependência parcial no autocuidado: comer, em duas semanas</p>	<p>- Avaliar o nível de dependência da Sra. C. através da Escala de <i>Barthel</i>, semanalmente;</p> <p>- Instruir, treinar e avaliar o treino do autocuidado: comer:</p> <p>. posicionamento correto;</p> <p>. mesa de apoio com altura adequada;</p> <p>. alinhamento do MS dto. sobre a mesa;</p> <p>- Instruir, treinar e avaliar a capacidade para usar dispositivo para autocuidado: comer com a mão direita:</p> <p>. utiliza e coloca os alimentos nos utensílios;</p>	<p>11/12</p> <p>Avaliado nível de dependência nas ABVD através da escala de Barthel (ver ponto 2.9 e 2.9.1. da avaliação do EEER);</p> <p>Por ainda não ter indicação de levantar foi alimentada no leito; posicionada em decúbito dorsal, em padrão anti-espástico com a cabeceira elevada; foi alimentada com ajuda de terceira pessoa;</p> <p>12/12</p> <p>Realizado treino deste autocuidado no cadeirão, a utente necessitou de ajuda para lhe cortar os alimentos e dispor a refeição e alimentou-se com o MS esq.;</p> <p>Realizado reforço positivo.</p> <p>Alterada dieta para mole, para facilitar a autonomia da utente.</p> <p>13/12</p> <p>Realizado treino deste autocuidado no cadeirão; foi adaptada uma colher e colocou os alimentos na boca de forma independente com o MS dto., apresentando um grau de dificuldade moderado;</p>

		<p>. leva os alimentos à boca com os utensílios;</p> <p>. conclui a refeição;</p> <p>- Motivar e dar reforço positivo à utente para a realização deste autocuidado;</p> <p>- Instruir a Sra. C. e o marido sobre dispositivos de compensação para comer adaptadas aos défices da utente.</p> <p><u>Sistema de Enfermagem:</u></p> <p>- Totalmente Compensatório</p> <p>- Parcialmente Compensatório</p> <p>- Apoio- Educação</p> <p><u>Métodos adequados de ajuda:</u></p> <p>- Orientação</p> <p>- Apoio</p> <p>- Ensino</p> <p>- Agir ou fazer por</p> <p>- Propiciar ambiente desenvolvimental</p>	<p>Realizado reforço positivo;</p> <p>Realizado ensino sobre dispositivos de compensação para comer adaptadas aos défices da utente; a Sra. C. e o marido ficaram com conhecimento neste âmbito.</p> <p>18/12</p> <p>Realizado treino deste autocuidado no cadeirão; foi adaptada uma colher e colocou os alimentos na boca de forma independente com o MS dto., apresentando um grau de dificuldade moderado;</p> <p>Realizado reforço positivo;</p> <p>Realizado reforço da importância da utilização de dispositivos de compensação para comer.</p> <p>Objetivo atingido.</p>
--	--	---	---

<p>Baixo risco de úlcera de pressão relacionado com diminuição da mobilidade manifestado score 17 na escala de Braden</p>	<p>Sem úlcera de pressão</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar risco de úlcera de pressão através da Escala de <i>Braden</i>, em dias alternados; - Vigiar sinais de úlcera de pressão, em todas as sessões; - Posicionar em padrão anti-espástico com alternância de decúbitos de 2/2h ou sempre que a utente pedir; - Incentivar a posicionar-se, em todas as sessões. <p><u>Sistema de Enfermagem:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Totalmente Compensatório - Parcialmente Compensatório - Apoio- Educação <p><u>Métodos adequados de ajuda:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientação - Ensino - Agir ou fazer por 	<p>11/12</p> <p>Avaliada escala de Braden (ver ponto 2.1. na Avaliação Geral); foi alternado o posicionamento de 2/2h e sempre que a utente pediu; não apresenta sinais de úlcera de pressão.</p> <p>12/12</p> <p>Avaliada escala de Braden: não apresenta nenhuma limitação na perceção sensorial – 4; pele raramente húmida – 4; sentada – 2; encontra-se muito limitada na mobilidade – 2; nutrição excelente – 4; e apresenta problema potencial na fricção e forças de deslizamento – 2; score total-18;</p> <p>Alternados decúbitos de 2/2h e sempre que a Sra. C pediu; não apresenta sinais de úlcera de pressão; integridade cutânea mantida; Foi incentivada alternar as zonas de pressão enquanto permanece no cadeirão.</p> <p>18/12</p> <p>Avaliada escala de Braden: não apresenta nenhuma limitação na perceção sensorial – 4; pele raramente húmida – 4; anda ocasionalmente com ajuda, permanece a maior parte do turno no cadeirão ou leito – 3; encontra-se muito limitada na mobilidade – 2; nutrição excelente – 4; e apresenta problema potencial na fricção e forças de deslizamento – 2; score total-19;</p> <p>Alternados decúbitos de 2/2h e sempre que a Sra. C pediu; não apresenta sinais de úlcera de pressão; integridade cutânea mantida; Foi incentivada alternar as zonas de pressão enquanto permanece no cadeirão. Objetivo atingido.</p>
---	------------------------------	---	--

<p>Alto risco de queda relacionado com hemiparesia direita manifestada por score 4 na escala de Downton</p>	<p>Sem quedas durante o internamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar risco de queda através da escala de risco de Downton, semanalmente ou sempre existe alteração no estado de saúde da utente; - Adotar medidas de prevenção de queda durante o internamento; - Instruir a Sra. C e o marido sobre adaptação do domicílio para andar com andarilho (remover carpetes, tapetes e outros materiais que potenciem o risco de queda). <p><u>Sistema de Enfermagem:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoio- Educação <p><u>Métodos adequados de ajuda:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientação - Ensino - Propiciar ambiente desenvolvimenta 	<p>11/12</p> <p>Avaliada escala de risco de Downton (ver ponto 2.8. -Segurança / Risco de Queda); adotadas medidas de prevenção de quedas;</p> <p>13/12</p> <p>Avaliada escala de risco de Downton (queda anterior – 1; medicação hipotensora – 1; deficit sensorial das extremidades – 1; orientada – 0; deambulação com ajuda – 1); score total de 4; adotadas medidas de prevenção de quedas;</p> <p>18/12</p> <p>Avaliada escala de risco de Downton (queda anterior – 1; medicação hipotensora – 1; deficit sensorial das extremidades – 1; orientada – 0; deambulação com ajuda – 1); score total de 4; adotadas medidas de prevenção de quedas;</p> <p>Reforçado ensino do risco de quedas e estratégias de prevenção; a Sra. C. e o marido têm conhecimento sobre esta área.</p> <p>Objetivo atingido.</p>
---	--	--	---

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brito, R. G., Lins, L. C. R. F., Almeida, D. A., Neto, E. S. R., Araújo, D. P., & Franco, C. I. F. (2013). Instrumentos de Avaliação Funcional Específicos para o Acidente Vascular Cerebral. *Revista Neurociências*. 21 (4) 593-599. DOI: 10.4181/RNC.2013.21.850.7p

<http://www.acaoavc.org.br/admin/wp-content/uploads/2015/10/6.3.6.d....apostila-pacto-avc-mod3.pdf>. Acedido a 23/12/2017

Menoita, E. (2014). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Enfermagem de reabilitação: Instrumento de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamentos das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa.

Pinto, V. M. (2001). Papel do Enfermeiro na Neuroavaliação do Doente com alterações do Nível de Consciência. In Departamento de edições da Formasau, Formação e Saúde, Lda. (Coordenação). *Enfermagem em Neurologia* (pp. 45-56). Coimbra: Formasau

<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2013/RN2104/revisao/850revisao.pdf> Acedido a 20/12/2017

Apêndice V – Caixa ‘Chuva de cores’



Anexo I - Instrumentos mobilizados na Avaliação do Idoso

Escalas	Objetivos
Escala de Equilíbrio de <i>Berg</i>	Avaliar o equilíbrio funcional, estático e dinâmico; Predizer o risco de queda em adultos e idosos.
Índice de <i>Barthel</i>	Avaliar o nível de independência do idoso para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas.
<i>Gugging Swallowing Screen</i>	Avaliar a deglutição/despiste de disfagia; Fornecer indicações sobre a dieta recomendada.
Escala de <i>Ashworth</i> Modificada	Avaliar o tónus/espasticidade.
<i>COPD Assessment Test</i>	Medir o impacto que a DPOC tem no bem-estar e no quotidiano do indivíduo.
Escala de <i>Borg</i> Modificada	Avaliar em tempo real o grau de dispneia e permite determinar limites seguros para o treino/atividades.
Questionário para avaliação do grau da dispneia	Avaliar o impacto da dispneia nas AVD; Avaliar o efeito de intervenções (farmacológicas ou de reabilitação).

Anexo II – Avaliação dos enfermeiros orientadores