



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

**Promoção do Autocuidado nas Atividades Básicas de  
Vida Diária na Pessoa com Alteração da Mobilidade de  
Etiologia Neurológica**

**Carina Manuela Mouquinho Andrade**



**Lisboa  
2020**

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

**Promoção do Autocuidado nas Atividades Básicas de  
Vida Diária na Pessoa com Alteração da Mobilidade de  
Etiologia Neurológica**

**Carina Manuela Mouquinho Andrade**

---

Orientador: Professor Doutor Miguel Joaquim Nunes Serra

---

**Lisboa  
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“A nossa maior glória não reside no fato de nunca cairmos, mas  
sim em levantarmo-nos sempre depois de cada queda.”

Oliver Goldsmith (s.d.)

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Doutor Miguel Serra agradeço a paciência, as orientações, o apoio, a disponibilidade e a partilha do saber neste percurso de aprendizagem.

Às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação que me orientaram agradeço a partilha de experiências e conhecimentos nos variados momentos de aprendizagem, a disponibilidade e os esclarecimentos.

A todos os profissionais das equipas dos locais onde o Estágio decorreu agradeço a simpatia e o acolhimento.

Às pessoas e famílias alvo dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação agradeço a experiência e vivências que me permitiram chegar a esta fase do meu percurso profissional.

Aos colegas do meu serviço agradeço a compreensão, o apoio, companheirismo e incentivo ao longo deste percurso.

À minha família e sobretudo aos meus pais, agradeço o apoio incondicional, a compreensão, a motivação e a paciência demonstrada em todos os momentos.

A todos o meu sincero agradecimento!

## RESUMO

As doenças neurológicas detêm a maior contribuição para o impacto global das doenças a nível mundial, estando associadas a uma elevada mortalidade e sequelas cognitivas, comportamentais, motoras, sensitivas e autonómicas, originam elevadas taxas de incapacidade e uma progressiva procura por cuidados de saúde especializados que possibilitem a recuperação com o mínimo de complicações e com qualidade de vida, representando a principal causa de referenciação à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, pelo que se justifica a pertinência da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

A promoção da autonomia da pessoa com alterações na mobilidade de etiologia neurológica na realização das suas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) foi a temática escolhida para a área de projeto e implementada em Estágio, tendo como referência a filosofia de cuidados da Teoria do Autocuidado de Orem.

Foram definidos 10 objetivos que nortearam o percurso em Estágio para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista e EEER preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros assim como para as relacionadas com a temática.

Na abordagem à pessoa com alteração da mobilidade de etiologia neurológica ao longo do processo de reabilitação, a intervenção do EEER promotora do autocuidado e funcionalidade permitiu evidenciar ganhos relativamente à tolerância ao esforço, melhoria do défice neurológico, força muscular, marcha e ao desempenho na realização das ABVD.

As atividades desenvolvidas em Estágio e descritas neste Relatório foram alvo de análise e reflexão, constituindo aprendizagens que contribuíram para a aquisição de competências essenciais para o meu crescimento pessoal e profissional.

**Palavras-chave:** Atividades Básicas da Vida Diária; Autocuidado; Alterações da Mobilidade; Enfermagem de Reabilitação; Alterações Neurológicas.

## **ABSTRACT**

Neurological diseases have the greatest contribution to the global impact of diseases worldwide, being associated with high mortality and cognitive, behavioral, motor, sensitive and autonomic sequelae, resulting in high rates of disability and a progressive demand for specialized health care that enable recovery with the minimum of complications and with quality of life, representing the main cause of referral to the National Network of Integrated Continuous Care, so the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing is justified.

Autonomy promotion of the person with mobility impairment of neurological etiology in performing their Basic Activities of Daily Living was the subject chosen for the project area and implemented in the internship, having as reference Orem's Self-Care Theory care philosophy.

Ten objectives were defined that guided the conduct of action in internship for skills development as a Specialist Nurse and Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing (EEER) recommended by the Portuguese Nurses Association as well as those related to the chosen subject.

When caring for the person with mobility impairment of neurological etiology throughout the rehabilitation process, the intervention of the EEER that promotes self-care and functionality allowed to evidence gains in relation to tolerance to effort, improvement of neurological deficit, muscle strength, gait and performance in performing Basic Activities of Daily Living.

The activities developed in the internship and following this report were the object of analysis and reflection, constituting learning that contributed to the acquisition of essential skills for my personal and professional growth.

**Keywords:** Activities of Daily Living; Self Care; Mobility limitation; Rehabilitation Nursing; Neurologic Manifestations

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária  
ACE - Assembleia do Colégio da Especialidade  
AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
AVD – Atividades de Vida Diária  
CDE – Código Deontológico do Enfermeiro  
CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde  
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
DP – Doença de Parkinson  
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica  
DSIA - Direção de Serviços de Informação e Análise  
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados  
ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos  
EE – Enfermeiro Especialista  
EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação  
ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica  
ER – Enfermagem de Reabilitação  
GUSS - *Gugging Swallowing Screen*  
MRC - *Medical Research Council*  
MIF – Medida de Independência Funcional  
NIHSS – *Stroke Scale do National Institute of Health*  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PEG – Gastrostomia Endoscópica Percutânea  
PNDC - Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares  
RFR – Reeducação Funcional Respiratória  
RFM – Reeducação Funcional Motora  
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados  
SNG – Sonda Nasogástrica  
UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação  
VD – Visita ao Domicílio

# ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | 9  |
| <b>1- O ESTÁGIO E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b> .....                                       | 17 |
| <b>1.1- Competências gerais do Enfermeiro Especialista</b> .....                                    | 20 |
| <b>1.2- Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação</b> ..... | 35 |
| <b>1.3- Competências específicas relacionadas com a área de projeto</b> .....                       | 65 |
| <b>2- CONCLUSÃO</b> .....   | 71 |

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### APÊNDICES

**APÊNDICE I:** Plano de Sessão de Formação em Serviço “Paralisia Facial: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Reeducação dos Músculos da Face”

**APÊNDICE II:** Sessão de Formação “Paralisia Facial: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Reeducação dos Músculos da Face”

**APÊNDICE III:** Panfleto “Paralisia Facial: Cuidados e Exercícios de Recuperação”.

**APÊNDICE IV:** Plano de Sessão de Formação em Serviço “Cuidados à Pessoa com AVC: Prevenir complicações e promover o autocuidado”

**APÊNDICE V:** Sessão de Formação em Serviço “Cuidados à Pessoa com AVC: Prevenir complicações e promover o autocuidado”

**APÊNDICE VI:** Dossier de Treino Sensorial Táctil

**APÊNDICE VII:** Exercícios de Reabilitação Cognitiva

**APÊNDICE VIII:** Exercícios de Motricidade Fina

**APÊNDICE IX:** Estudo de Caso Sra. R.M.



## INTRODUÇÃO

Este relatório foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, inserida no décimo Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, com o objetivo de apresentar a reflexão e análise crítica inerente ao percurso efetuado em Estágio e que me proporcionou o desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista (EE) e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

O tema “Promoção do Autocuidado nas Atividades Básicas de Vida Diária na Pessoa com Alteração da Mobilidade de Etiologia Neurológica” surgiu do interesse pessoal aliado a uma relevante área de intervenção do EEER, também ela relacionada com a qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER), pois os pontos-chave da temática e os conceitos de bem-estar e autocuidado, readaptação e reeducação funcional estão presentes nos padrões da qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (ACE), 2018).

Barata (2016) refere que o processo de desenvolvimento de competências tem como ponto de partida um plano de ação que permite operacionalizar os objetivos iniciais, sustentando-se na evidência científica. Com o projeto de estágio identificou-se a problemática, planejaram-se e conceberam-se as atividades inerentes à persecução de cada objetivo delineado, sendo a sua execução e avaliação realizadas em contexto de estágio. Segundo Barata (2016) “com estas etapas, os passos de operacionalização dos objetivos iniciais tornam-se metódicos e o resultado final passível de avaliação” (p.123), sendo inerentes ao desenvolvimento de competências de EE e EEER e cuja análise crítica, reflexão e avaliação representam o teor deste relatório. Assim, o desenvolvimento de competências específicas, técnicas e humanas adequadas à prestação de cuidados específicos de ER à pessoa/família com alterações da mobilidade de etiologia neurológica com vista à promoção da sua autonomia na realização das suas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), visando a sua independência e capacitando-a para o regresso a casa foi o objetivo geral delineado no projeto de estágio e a principal linha orientadora do Estágio.

A evidência científica na qual se sustenta a base teórica deste relatório e a análise do percurso em Estágio resulta da Revisão Narrativa desenvolvida para o

projeto de estágio, cuja questão “Quais as intervenções do EEER na promoção do autocuidado nas Atividades de Vida Diária (AVD) na pessoa com alterações da mobilidade decorrentes de alterações neurológicas?” orientou a pesquisa na plataforma EBSCO *host integrated search* com mobilização das bases de dados CINAHL *Plus with Full Text* e MEDLINE *with Full Text*, assim como a pesquisa em fontes primárias e em trabalhos académicos. Tendo em conta os conceitos definidos em CINAHL *Headings* e MeSH 2017 foram utilizadas as palavras-chave: “*Mobility*”; “*Impairment*”; “*Deficit*”; “*Activities Of Daily Living*”; “*Self Care*”; “*Rehabilitation*”; “*Rehabilitation Nursing*”; “*Nurs\**”; “*Neurol\**”; “*Neurologic Disorders*”.

Para Hesbeen (2010), “a prestação de cuidados competentes releva, assim, da prática clínica e procede da sensibilidade que o profissional incute à sua acção perante situações de vida particulares que, por seu lado, acontecem em ambientes sociais e profissionais igualmente particulares” (p.125). De referir que, para a prestação de cuidados do EEER de excelência, as competências e capacidades desenvolvidas num tema com esta especificidade podem ser limitativas pois a intervenção do EEER não se foca apenas na pessoa com alterações resultantes de patologias neurológicas, pelo que se procurou desenvolver competências gerais/comuns do EE assim como específicas do EEER em todas as suas áreas de intervenção de acordo com a regulamentação publicada em Diário da República (Regulamento n.º 140/2019 e Regulamento n.º 392/2019), contribuindo para tal a definição de objetivos específicos e respetivas atividades relativas a cada uma das competências a desenvolver no projeto e posteriormente operacionalizados em Estágio, os quais serão abordados neste relatório. De acordo com o Decreto-Lei n.º 107/2008 (2008), o grau de mestre é conferido aos que demonstrem possuir conhecimentos e capacidade de compreensão desenvolvido e aprofundado relativamente aos conhecimentos adquiridos ao nível do 1º ciclo, saibam aplicá-los e evidenciam “a sua capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” (p.3842), refletindo sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais relacionadas com questões complexas e as soluções desenvolvidas, assim como comunicar as conclusões e o raciocínio subjacente de forma clara. Assim, somando ao perfil de competências inerentes ao EE e EEER, o presente relatório pretende também refletir o desenvolvimento de competências preconizadas nos descritores de Dublin definidos para o 2º ciclo de estudos.

As doenças cerebrovasculares constituem a primeira causa de morte nacional e nos estados membros da União Europeia e são responsáveis por cerca de 64% do impacto produzido pelas doenças neurológicas a nível nacional, surgindo em segundo lugar no conjunto de doenças com maior impacto na morbilidade, incapacidade e morte prematura na população portuguesa, sendo superadas apenas pelas neoplasias (Barros *et al.*, 2016; Direção-Geral da Saúde (DGS) & Direção de Serviços de Informação e Análise (DSIA), 2017; Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (PNDCC), 2017).

Tendo múltiplas etiologias (predisposição genética, Acidente Vascular Cerebral (AVC), infeções, doenças degenerativas, traumatismo crânio-encefálico, etc.), sintomas, tratamentos e prognósticos, “as doenças neurológicas resultam de dano ou lesão do sistema nervoso central e/ou periférico com impacto na pessoa e na sua família para o resto da sua vida” (*Department of Health*, 2005 citado por Silva, 2016, p.475).

Em 2011, de acordo com Barros *et al.* (2016), existiam em Portugal 140.000 pessoas que sofreram AVC, 134.000 pessoas com Demência, 52.000 com Epilepsia, 25.000 com Doença de Parkinson (DP), 5.000 com Esclerose Múltipla e 5.320 com doenças neuromusculares (a maioria com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) e distrofias musculares). Detendo, no seu conjunto, a maior contribuição para o impacto global das doenças a nível mundial, as doenças neurológicas atingem 11,2% da população na Europa, com previsão de crescimento para 14,7% em 2020, o que corresponde a uma perda de vida livre de incapacidade que pode ir de 15 a 30 anos, traduzindo-se na maior tendência de crescimento associada ao envelhecimento da população e índices de desenvolvimento socioeconómico (Barros, *et al.*, 2016; PNDCC & DSIA, 2016). A nível nacional, os custos associados às doenças neurológicas são significativos, representando um “custo *per capita* anual de 1 234 euros e um total anual de 13 130 milhões de euros (...) 34% representam custos diretos em cuidados de saúde, 40% custos diretos não médicos e 26% custos indiretos” (Barros *et al.*, 2016, p.15).

Além de uma elevada mortalidade, as doenças do sistema nervoso estão associadas a sequelas cognitivas, comportamentais, motoras, sensitivas e autonómicas, originam as maiores taxas de incapacidade e uma progressiva procura por cuidados de saúde, representando a principal causa de referenciação à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (Organização Mundial de

Saúde (OMS), 2006; Barros *et al.*, 2016; Petronilho, 2016). A nível nacional, observou-se entre 2011 e 2015 um decréscimo significativo da mortalidade ocorrida nas Doenças Cerebrovasculares (19,7%), mais expressivo no AVC isquémico abaixo dos 70 anos (redução de 39%, menos 1261 óbitos que no ano anterior), ocorrendo no entanto um aumento considerável da assistência hospitalar (DGS & DSIA, 2017; PNDCC, 2017), o que pressupõe a necessidade de cuidados de saúde especializados que possibilitem a recuperação da pessoa com o mínimo de complicações e sequelas possível, o que terá impacto na autonomia e qualidade de vida da pessoa e família.

O movimento, processo que pode ser involuntário e reflexo ou consciente e deliberado, exige que a pessoa seja capaz de sentir o ambiente e processar a informação recebida, recordar as principais sequências do movimento, selecionando e implementando a resposta motora adequada, sendo uma componente importante na capacidade da pessoa interagir e adaptar-se ao ambiente (Hoeman, Lyszner & Alverzo, 2011). As alterações a nível físico, sensitivo e cognitivo resultantes de doenças neurológicas, requisitos essenciais a um adequado nível para que ocorra movimento (Hoeman, Lyszner & Alverzo, 2011), comprometem a mobilidade da pessoa, sendo imperativo a intervenção precoce do EEER e da equipa multidisciplinar, no sentido de impedir o estabelecimento de complicações que dificultem ou inviabilizem a recuperação da pessoa. Assim, “um planeamento adequado dos cuidados de Enfermagem que inclua intervenções ao nível da manutenção da mobilidade, na lógica do autocuidado, é um contributo fundamental na prevenção destas alterações” (Carinhas, Mendes & Grilo, 2013, p. 24).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define autocuidado como “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades de vida” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016, p.42). O autocuidado tem sido destacado nas teorias de enfermagem ao longo dos anos e valorizado pelos enfermeiros na sua prestação de cuidados pela sua implicação na autonomia da pessoa em todos os seus aspetos vivenciais, particularmente na realização das suas AVD e na promoção da saúde, sendo crítico para uma gestão bem-sucedida de situações de doença (Petronilho, Magalhães, Machado & Vieira, 2010; Queirós, Vidinha & Filho, 2014; Sidani, 2011).

Orem (2001) afirma que o autocuidado (*self care*) se refere à prática de atividades inerentes à manutenção da vida, da saúde e do bem-estar, que a pessoa

inicia e realiza em seu próprio benefício, pelo que todo o indivíduo é capaz de se autocuidar por possuir habilidades, conhecimento e experiência adquirida ao longo da vida, porém existem diversos fatores intrínsecos (físicos, psicológicos, etc.) e extrínsecos (ambientais, socioculturais, etc.) que influenciam e condicionam a capacidade da pessoa para o desempenho do autocuidado. Desenvolvida por Orem (2001), a Teoria do Déficit do Autocuidado na Enfermagem explica porque as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem e os processos para a prestação dos cuidados necessários, fornece uma estrutura para o desenvolvimento da ciência do autocuidado, da enfermagem e para o conhecimento associado a estas ciências (Taylor & Renpenning, 2011), sendo composta por três teorias relacionadas: a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Déficit de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Taylor, 2002). Assim, a necessidade de intervenção do enfermeiro surge quando a capacidade para o autocuidado está diminuída ou não existe, comprometendo a saúde da pessoa e/ou o processo de recuperação da doença. O enfermeiro providencia um ambiente que suporte o desenvolvimento, apoia a pessoa física e psicologicamente e orienta, regula e ensina a pessoa a desenvolver e/ou exercer a sua atividade de autocuidado, ultrapassando ou compensando as limitações da pessoa (Taylor, 2002), capacitando-a para o autocuidado. A sua intervenção pode passar por três sistemas de enfermagem: sistema totalmente compensatório (o enfermeiro substitui totalmente a pessoa no autocuidado, a sua existência está socialmente dependente de outros devido às suas limitações), sistema parcialmente compensatório (a pessoa necessita de ajuda do enfermeiro apenas na satisfação dos cuidados que não consegue desenvolver devido às limitações que apresenta) e sistema de apoio-educação (a pessoa necessita apenas de apoio, orientação e instrução por parte do enfermeiro) (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

Desta forma, o autocuidado e a prática de enfermagem estão interligados, uma vez que os pressupostos teóricos do autocuidado vão influenciar o processo de decisão do enfermeiro em qualquer contexto de prestação de cuidados, pois o conhecimento em enfermagem é criado, estruturado e reestruturado através desta

dinâmica entre a teoria e o cuidar (Queirós, Vidinha & Filho, 2014; Sidani, 2011; Taylor & Renpenning, 2011).

O autocuidado e a realização das AVD e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) dependem da mobilidade da pessoa, influenciando a sua capacidade para garantir a satisfação das necessidades básicas e psicossociais e, conseqüentemente, a qualidade de vida (Hoeman, Liszner & Alverzo, 2011; Carinhas, Mendes & Grilo, 2013; Paolucci, Bragoni, Coiro & Angelis, 2008), originando dependência de terceiros para a realização das ABVD, pelo que os planos de cuidados devem ser focados na capacitação para o autocuidado e na independência da pessoa (Chaplin, Hazan & Wilson, 2012).

Do Parecer n.º 12/2011 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2011) consta que “o treino de AVD faz parte integrante dos planos e programas de Enfermagem de Reabilitação no sentido de proporcionar à pessoa a oportunidade de adquirir o máximo de funcionalidade possível após um acidente ou doença” (p.2). Desta forma, as ABVD, enquanto constituinte indissociável do autocuidado, são objeto de atenção deste relatório, referindo-se às atividades desenvolvidas pela pessoa de forma autónoma e independente no seu dia-a-dia e que lhe permitem viver como cidadão autónomo (OE, 2011). Existem seis ABVD descritas na literatura: Higiene pessoal, Controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários, Vestuário, Alimentação, Locomoção e Transferência (OE, 2011).

Segundo Vigia, Ferreira & Sousa (2016) a reabilitação é um processo dinâmico que “envolve a reinvenção e redescoberta de novos caminhos que conduzam à capacitação e autonomia da pessoa e cuidador que experiencia a limitação funcional” (p.351), pelo que o planeamento, execução e avaliação das intervenções do EEER devem ser consistentes com as limitações e necessidades específicas identificadas, assim como com os potenciais problemas que a pessoa possa vir a desenvolver.

O desempenho do autocuidado resulta do processo de aprendizagem inerente ao desenvolvimento da pessoa, pelo que a abordagem das AVD varia de acordo com os hábitos e rotinas da pessoa, sendo também influenciado pela família, pelas condições físicas do domicílio e pelas recompensas internas e externas (Orem, 2001; Hoeman, Liszner & Alverzo, 2011). Hesbeen (2010) defende que a prática de enfermagem deve “evoluir no sentido de uma acção pensada para as pessoas às

quais se dirige” (p.126). Assim, é imperativo que o EEER avalie a pessoa no seu todo e o meio onde se insere, realizando uma avaliação subjetiva (história clínica, desempenho das AVD e AIVD, comorbidades, percepções do cliente, etc.), uma avaliação objetiva (avaliação das funções músculo-esqueléticas, neurológicas, etc.) (Hoeman, Lyszner & Alverzo, 2011) que permitam identificar as alterações (utilizando instrumentos de avaliação validados e adequados à situação da pessoa) e capacidades remanescentes, aplicando instrumentos de avaliação de AVD válidos e fiáveis (por exemplo: Índice de Barthel, Índice de Katz e Medida de Independência Funcional (MIF)) (Sousa, Marques-Vieira, Severino & Caldeira, 2016). Esta avaliação assume particular importância na reabilitação da pessoa com alteração da mobilidade de etiologia neurológica pois a gravidade do défice neurológico e o grau de autonomia nas AVD no momento da admissão são importantes fatores prognósticos da recuperação da mobilidade (Paolucci, Bragoni, Coiro & Angelis, 2008)

O plano de cuidados de ER que resulta da avaliação deve ser desenvolvido com o cliente e família, permitindo-lhe que mantenha e maximize a sua mobilidade, adaptando o meio de acordo com as suas limitações para que seja independente na realização das suas ABVD e ajudando-o a recuperar a capacidade para se autocuidar ou a encontrar estratégias e/ou produtos de apoio que o capacitem para se autocuidar (Regulamento nº 350/2015, 2015). Salieta-se a importância da percepção do cliente dos problemas encontrados no seu desempenho, permitindo-lhe definir metas para o seu tratamento, porém a percepção do desempenho do cliente deve ser avaliado pelo profissional de saúde, através de instrumentos adequados, em conjunto com a autoavaliação do cliente, devido às dificuldades que este evidencia na compreensão da amplitude dos problemas que enfrenta no seu quotidiano (Baumer, Evangelista, Lima, Moro, Borges Júnior & Soares, 2013). Assim, pretende-se que o plano de cuidados desenvolvido pelo EEER seja eficaz, eficiente, adequado, realista e corresponda às necessidades e motivações do cliente/família, substituindo total ou parcialmente o cliente na satisfação das suas necessidades ou adotando uma postura de educação e orientação no restabelecimento da sua independência no autocuidado. Neste sentido, as intervenções realizadas com os clientes em ambos os contextos clínicos onde o Estágio se desenvolveu tiveram como base a Teoria do Déficit do Autocuidado na Enfermagem, e a aplicação dos Sistemas de Enfermagem preconizados por Orem (2001) de acordo com os défices de autocuidado identificados.

O presente relatório foi elaborado segundo as normas APA descritas no Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Godinho, 2018) e contém dois capítulos e três subcapítulos, que constituem o corpo do trabalho, Introdução, Referências Bibliográficas e nove Apêndices.

## 1- O ESTÁGIO E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O Estágio possibilita ao enfermeiro a articulação e desenvolvimento dos conhecimentos adquiridos em contexto académico na prática de cuidados, promovendo o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais comuns e específicas essenciais à prestação de cuidados de enfermagem especializados e, mais especificamente, de ER, através das oportunidades de formação presentes nos diferentes contextos. As diversas situações vivenciadas em Estágio estimulam o enfermeiro a refletir sobre a prática de cuidados de ER e o papel do EEER na equipa de cuidados de saúde, mobilizando e analisando os saberes para que evolua e atue com pertinência, adequando os cuidados à pessoa e família, respeitando o seu projeto de vida. Para Barata (2016), o percurso que conduz ao desenvolvimento de competências em ER pressupõe a presença de elementos devidamente balanceados numa perspetiva especializada, são estes “a formação, a prática e sua reflexão, assim como o treino” (p.125), cujo derradeiro propósito é a melhoria da qualidade de vida das pessoas através de uma prestação de cuidados de ER de qualidade.

Hesbeen (2010) afirma que “o aumento de conhecimentos proporcionados pelas especializações pode ser obtido por diversas formas” (p.125), referindo o desenvolvimento de conhecimentos na perspetiva hospitalar e de saúde comunitária que, não sendo abordagens antagonistas, podem completar-se no decurso da vida profissional e pessoal de cada um, uma vez que os cuidados de ER subentendem uma continuidade desde a fase aguda de hospitalização à prestação de cuidados em ambulatório na comunidade onde a pessoa e família se inserem. A formação em prática clínica realizada no Estágio proporcionou-me a oportunidade de desenvolver as competências necessárias para a prestação de cuidados de ER em contexto comunitário e de internamento numa Unidade da RNCCI, cada um com a duração de 9 semanas.

O primeiro momento de Estágio decorreu em contexto comunitário, numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), que integram a mesma equipa interdisciplinar, de uma Unidade de Cuidados na Comunidade da Região de Lisboa. A ECCI-ECSCP dispõe de uma equipa interdisciplinar da qual fazem parte nove Enfermeiras, das quais

duas são EEER, sendo a vertente de ER da ECCI assegurada por uma EEER, enquanto a segunda EEER assume a coordenação da equipa e cuidados de ER aos clientes da ECSCP.

Os clientes são maioritariamente idosos, sendo as patologias mais frequentes dos clientes da ECCI-ECSCP: trauma físico, neoplasias, sequelas de AVC, patologia osteoarticular incapacitante, insuficiência cardíaca, fratura do colo do fémur, demências, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Os clientes são dependentes na realização das AVD e AIVD. O envolvimento da família/cuidador principal nos cuidados ao cliente é incentivado, sendo um dos critérios de inclusão para atendimento pela ECCI-ECSCP a existência de um cuidador principal disponível para colaborar nos cuidados informais, sendo que a prestação de cuidados acontece no domicílio dos clientes.

A ECCI-ECSCP assegura, de acordo com o Artigo 28.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, cuidados domiciliários médicos e de enfermagem, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, sendo as visitas dos profissionais programadas, regulares e tendo por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa; cuidados de fisioterapia; apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; educação para a saúde aos clientes, familiares e cuidadores; apoio na satisfação das necessidades básicas; apoio no desempenho das AVD e AIVD; coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

O segundo momento de Estágio decorreu em contexto de internamento, numa Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) da RNCCI na Região de Lisboa. A UMDR dispõe de 30 vagas e recebe clientes que residem principalmente na Região de Lisboa, uma vez que a proximidade da residência é frequentemente tida em conta pelo cliente e família aquando da proposta de internamento, sendo estes clientes referenciados pela Equipa de Gestão de Altas, Equipa Coordenadora Local e ECCI, em articulação com o hospital ou centro de saúde, para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial.

Os clientes admitidos na UMDR são aqueles que têm indicação clínica para iniciar um programa de reabilitação com duração previsível até 90 dias, após um episódio de doença agudo ou descompensação de doença crónica, com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável (Decreto-Lei nº101/2006, 2006).

Também neste contexto a maioria dos clientes é idosa, dependentes em todas as AVD e AIVD, tendo como patologias mais frequentes: sequelas de AVC, lesão vertebro-medular, fratura do colo do fémur, DPOC. Existe um cuidador/pessoa de referência que é identificado desde a admissão até à alta do cliente, com quem são articulados os cuidados informais e a quem é disponibilizado um horário de visita alargado.

A UMDR conta com uma equipa interdisciplinar, onde se incluem dez Enfermeiros, tendo uma EEER que também assume funções de gestão na ausência da Enfermeira Chefe.

A prestação de cuidados, em ambos os contextos, assenta na filosofia de gestor de caso, que deverá ser o profissional que melhor responde às necessidades do cliente. Na ECCI-ECSCP centra-se geralmente no enfermeiro a articulação com a restante equipa interdisciplinar, enquanto na UMDR este papel é assumido pelos vários profissionais da equipa interdisciplinar que se articulam com os restantes elementos da equipa.

Também em ambos os contextos são realizadas reuniões semanais da equipa interdisciplinar, onde cada cliente admitido é apresentado à equipa pelo gestor de caso e são discutidos os problemas existentes com os demais clientes e a sua evolução, procurando-se obter o contributo de toda a equipa para delinear estratégias e mobilizar recursos para otimizar a intervenção da equipa nos cuidados e a consecução do Plano Individual de Intervenção realizado em conjunto com o cliente e família, tendo presente a preparação para a alta. Branco (2016) afirma que a colaboração sistemática entre os elementos da equipa no modelo interdisciplinar, tanto na definição de objetivos como nos procedimentos a adotar se traduz num resultado global superior, uma vez que as disciplinas se potenciam mutuamente, as decisões são tomadas em conjunto, promovendo também a colaboração da pessoa cuidada.

Os dois contextos em que o Estágio decorreu, com as especificidades inerentes a cada um, permitiram-me ter uma perceção do papel do EEER nas equipas de cuidados de saúde em que se insere, da articulação entre o EEER em prestação cuidados em contexto de internamento na RNCCI e o EEER em prestação cuidados em contexto comunitário, assim como das vantagens e desvantagens que o contexto onde a pessoa e família se encontram representa para a elaboração e operacionalização do plano de cuidados de ER, reflexo do impacto que os fatores

ambientais têm na funcionalidade e incapacidade da pessoa assim como nos recursos disponíveis. Os objetivos e atividades delineadas no projeto foram a linha orientadora do Estágio, em ambos os contextos, e contribuíram para aquisição e o desenvolvimento das competências inerentes ao EE e EEER, as quais serão abordadas em seguida.

## **1.1- Competências gerais do Enfermeiro Especialista**

Ao EE, independentemente da sua área de especialidade, é requerido um perfil de competências que, segundo a OE (Regulamento n.º 140/2019, 2019), resulta do aprofundamento dos domínios de Competências definidas para o Enfermeiro de Cuidados Gerais e é transversal a todos os contextos da prática de cuidados, sendo aplicável nos cuidados de saúde primários, secundários e terciários. A OE formulou quatro domínios de competências comuns ao EE: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, tendo estes sido revistos e aprovados no Regulamento n.º 140/2019 (2019). A estes domínios acresce o domínio de competências específicas a cada área de especialização em enfermagem e que refletem os conhecimentos diferenciados que o EE adquire e desenvolve na sua área de especialização, permitindo-lhe prestar cuidados de enfermagem especializados adequados aos processos de vida e problemas de saúde da pessoa, demonstrando elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão dentro do seu campo de intervenção (Pestana, 2016; Regulamento n.º 140/2019).

Barata (2016) afirma que a competência pode ser atingida através de um processo que combina o conhecimento, habilidades, atitudes e valores necessários a cada contexto da prática, incorporando a “ética e valores, prática reflexiva, conhecimentos e habilidades especializadas como componentes de um desempenho competente, incluindo a relação terapêutica de ajuda” (p.126). Desta forma, no sentido de desenvolver as competências requeridas ao EE, defini três objetivos específicos no Projeto de Aprendizagem aos quais foram atribuídos atividades e indicadores que nortearam o meu percurso de aprendizagem em Estágio. Assim, os quatro domínios de competências comuns do EE e as atividades desenvolvidas em contexto de Estágio, que foram alvo de reflexão, serão seguidamente apresentados.

## **A - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

A atividade profissional do enfermeiro é guiada pelo compromisso com a segurança e os princípios éticos e deontológicos inerentes à prestação de cuidados de enfermagem que, como refere Deodato (2016), são fundamentos comuns a todos os enfermeiros e que orientam a sua ação profissional. O EE, enquanto profissional detentor de um conhecimento mais profundo, intervém em situações complexas inerentes à sua área de especialização e que lhe exigem habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, seja na prestação direta de cuidados, enquanto elemento da equipa de cuidados de saúde ou como consultor, refletindo a sua responsabilidade profissional e o respeito pelos direitos humanos. O Estágio proporcionou-me variadas experiências que me permitiram desenvolver e aprofundar a minha responsabilidade profissional, ética e legal enquanto enfermeira em processo de aprendizagem na área de especialização em ER, tendo no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) (OE, 2003; 2015), no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (OE, 2015), no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019) e no Regulamento das Competências Específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019) os princípios que guiam e suportam a minha conduta.

De acordo com a OE (2003), “o exercício da responsabilidade profissional deverá ter em conta, reconhecer e respeitar o carácter único e a dignidade de cada pessoa envolvida” (p.23), pelo que em ambos os contextos de Estágio pautei a minha intervenção na aceitação e respeito às crenças, valores e hábitos da pessoa, reconhecendo-a como ser autónomo e único, cujo plano de vida e de saúde deve ser respeitado. O direito à confidencialidade foi também respeitado, enquadrando-se no dever de sigilo previsto no artigo 106º do CDE (OE, 2015), pelo que a partilha de informação pertinente ocorreu apenas com os profissionais de saúde da equipa interdisciplinar implicada no plano terapêutico de cada contexto onde decorreu o Estágio, foi assegurado o anonimato das instituições e das pessoas com quem interagi e que representaram um papel ativo nos momentos de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional que figuram neste documento. O respeito da privacidade do cliente e família previsto no artigo 107º do CDE (OE, 2015) foi uma constante, salvaguardando a privacidade e intimidade da pessoa, tendo presente que quanto maior o grau de dependência mais invasiva é a prestação de cuidados, prestei

especial atenção aos momentos em que os cuidados pudessem interferir de alguma forma com os sentimentos de pudor e interioridade da pessoa.

A alínea 1 do artigo 99º do CDE determina que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2015, p.80), como tal, sublinho a importância da colaboração com o cliente, assegurando-lhe um ambiente calmo e seguro, explicando-lhe e solicitando a sua autorização para realizar os procedimentos, utilizando a escuta ativa e a empatia para a prestação de cuidados sensíveis às suas preferências, valores, costumes e crenças, sendo o contributo da família essencial na pessoa com comprometimento da capacidade para exercer a sua autonomia. Ao longo do Estágio compreendi que a exequibilidade de planos de cuidados formulados em parceria com o cliente e família deve respeitar o direito do cliente à autodeterminação, tal como determinado pelo artigo 105º do CDE (OE, 2015), e requer que seja fornecida a informação necessária sobre a sua situação de saúde, o seu nível de dependência e os objetivos que se pretendem atingir com cada intervenção capacitando o cliente para a tomada de decisão informada, contribuindo desta forma para a adesão e participação ativa nos cuidados de ER.

Ao longo do Estágio procurei ao máximo promover e respeitar a humanização dos cuidados, tal como previsto pelas duas alíneas do artigo 110º do CDE, onde na sua prestação de cuidados o enfermeiro assume o dever de dar “atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (OE, 2015, p.86), assim como contribuir para a criação de um ambiente que propicie o desenvolvimento das suas potencialidades (OE, 2015). Os dois contextos de prestação de cuidados onde o Estágio decorreu permitiram-me vivenciar e compreender a influência que cada contexto tem na perceção que temos da pessoa, família e comunidade e no cumprimento destas alíneas. Tal como refere Santos, Pedro, Lopes & Azevedo (2009), os cuidados de ER “devem incidir na pessoa dependente/familiar cuidador e ter como linha orientadora os objetivos individuais, disponibilizando os diferentes recursos que possam maximizar tanto a capacidade funcional como a qualidade de vida desta pessoa e sua família” (p.16).

No decorrer do Estágio em contexto de ECCI-ECSCP constatei que a parceria com o cliente, a família e a comunidade não é apenas valorizada como aspeto essencial para a prestação de cuidados como é incentivada, sendo a existência de um cuidador informal um requisito para a admissão do cliente na ECCI-ECSCP pois,

tal como refere Boylan & Buchanan (2011), a reabilitação na comunidade integra “a colaboração e o planeamento na comunidade, o doente incapacitado, os cuidadores e a família” (p.188) para uma reintegração bem-sucedida na comunidade. O EEER da ECCI-ECSCP desloca-se ao domicílio do cliente e família para prestar cuidados de ER, imiscuindo-se no espaço, rotinas e relações daquela pessoa e família num determinado e limitado momento do seu dia-a-dia, deixando os cuidados ao cliente a cargo do cuidador informal no restante tempo. Nas visitas ao domicílio (VD) que realizei com a EEER orientadora de estágio constatei que, embora para a maioria dos clientes e famílias seja encarada com abertura e cordialidade, a presença e intervenção do EEER pode ser interpretada como uma invasão do espaço pessoal e familiar e um desafio ao estatuto de poder da pessoa/família, dificultando a prestação de cuidados. As VD do Sr. A.C. para prestação de cuidados de ER foram caracterizadas por uma dificuldade constante na relação com a esposa (Sra. M.) que encarava a intervenção de ER por parte da EEER orientadora de estágio e, conseqüentemente, pela minha parte, como um desafio ao seu domínio na sua casa. Admitido na ECCI-ECSCP para Reabilitação por hemiartroplastia da anca direita por fratura do colo de fémur direito na sequência de uma queda, o Sr. A.C. tinha vários antecedentes pessoais (AVC, DP, Senilidade) que condicionavam o seu estado cognitivo e físico, assim como disfagia, sendo alimentado por sonda nasogástrica (SNG). Uma vez que o défice cognitivo evidenciado pelo Sr. A.C. o impedia de participar no planeamento dos cuidados de ER, o plano de cuidados foi discutido com a esposa e a cuidadora informal contratada que assegurava os cuidados ao Sr. A.C., tendo sido acordado que a intervenção de ER se iniciaria pela reeducação da deglutição com o objetivo de retirar a SNG e, posteriormente, a reabilitação motora. Foram também propostas alterações no domicílio para promover uma prestação de cuidados mais segura e prevenir quedas, como a retirada de alguns móveis do quarto, no sentido de facilitar a acessibilidade e circulação para as transferências da cama para a cadeira, que não foram aceites. Oliveira (2018) refere que o EEER deve auxiliar a família a reajustar-se de forma a estimular a pessoa no seu processo de recuperação, partilhando saberes e intervenções, promovendo a complementaridade, a negociação e o trabalho mútuo.

Apesar de referir que pretendia participar nos cuidados ao Sr. A.C., a Sra. M. assistia aos momentos de ensino sobre a reeducação da deglutição e vigilância de sinais de aspiração no Sr. A.C., os posicionamentos na cama e as transferências da

cama para cadeira e vice-versa tendo presente os cuidados para prevenir luxação da prótese, mas ausentava-se do quarto aquando do treino destas técnicas, deixando a cuidadora informal contratada assumir o papel de cuidadora principal e referindo posteriormente que não era envolvida nos cuidados e que a reabilitação motora não estava a ser realizada, uma vez que entendia que o Sr. A.C. já deveria estar a realizar treino de marcha. Foi necessário confrontar a Sra. M. quanto ao estado cognitivo e físico do Sr. A.C. e a adequabilidade das intervenções de ER, não sendo o treino de marcha possível de realizar sem o Sr. A.C. ter equilíbrio estático e dinâmico em pé, assim como quanto à sua ausência no momento de treino das técnicas de posicionamento e transferência, tendo sido incentivada a partilhar as suas dúvidas e receios, que foram esclarecidas no momento. A Sra. M. começou a estar presente no momento do treino das técnicas, no entanto continuou a delegar o treino para a cuidadora informal contratada. Esta situação fez-me refletir sobre o quão difícil pode ser aceitar as orientações fornecidas por uma pessoa externa ao domicílio e família, ainda que profissional de saúde com competências reconhecidas como é o caso do EEER, uma vez que podem ser encaradas como uma invasão do espaço pessoal e familiar num momento de transição situacional, em que o cliente e a família se têm de adaptar à sua nova situação de saúde que muitas vezes exige uma mudança de papéis tanto do cliente como do cuidador. Segundo Martins, Martins & Martins (2016), na nossa cultura o papel de prestador de cuidados é associado ao papel de dona de casa e ao género feminino, o que neste caso se enquadra na Sra. M., porém tal não significa que esta reúna as condições para o exercício desse papel ou que consiga dar resposta às suas exigências quando confrontada com a falta de conhecimentos ou capacidade física, razão pela qual optou por contratar uma cuidadora, porém a Sra. M. evidenciava a necessidade de ser reconhecida como cuidadora principal do marido, provavelmente por ser o expectável culturalmente. Para Cardoso, Felizardo & Januário (2012), a permanência em casa de um familiar doente provoca um desequilíbrio individual e familiar, requerendo uma mobilização de estratégias de confronto e resolução de problemas no sentido da reorganização, pelo que o enfermeiro constitui-se como o gestor de caso nos vários processos de transição, capacitando a pessoa e família para a tomada de decisão que possibilite transições saudáveis que beneficiem o autocuidado. O papel fundamental do prestador de cuidados para a continuidade de cuidados à pessoa com dependência no regresso a casa (Silva, Neves, Vilela, Bastos & Henriques, 2016) indica que a intervenção do

EEER não se pode focar apenas no cliente, mas também na família, pelo que a compreensão do impacto que a dependência do cliente tem na vida deste e da sua família, das dinâmicas familiares, de interação, dos padrões de comunicação, de poder, económicos e das estratégias de *coping* utilizadas pelo cliente e o prestador de cuidados, são fundamentais para promover o envolvimento do cliente e família nos cuidados de ER e torná-los parceiros que participam no planeamento e avaliação dos seus cuidados (Pryor, 2011).

## **B - Domínio da melhoria da qualidade**

A preocupação com a melhoria da qualidade dos cuidados é uma constante na prática dos enfermeiros desde Florence Nightingale, que estabeleceu padrões de cuidados de enfermagem e defendeu questões de segurança relacionadas com os cuidados de enfermagem (Stanhope & Lancaster, 2011). Donabedian (citado por Mezomo, 2001) defende que são os resultados do processo de cuidados que permitem analisar a eficiência, a efetividade e a satisfação dos clientes relativamente aos cuidados que receberam, definindo a qualidade como a obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos para o cliente, garantindo os direitos fundamentais da pessoa e preservando a sua integridade. A adoção de medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem é um dever contemplado no artigo 97º do CDE (OE, 2015), pelo que, de acordo com Wold (2011), a avaliação sistemática e objetiva dos cuidados de enfermagem deve ser uma prioridade para a profissão.

A ACE de ER (2018) da OE publicou os indicadores relativos aos oito enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de ER: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de enfermagem. De acordo com Duchene (2011), os padrões providenciam os fatores a medir através da comparação destes com a prática atual, sendo que na perspetiva da enfermagem incluem a identificação das melhores práticas, permitindo ao EEER identificar os componentes da qualidade na prestação de cuidados de ER, avaliar a qualidade, os ganhos em saúde e identificar oportunidades de melhoria (ACE de ER, 2018), através de indicadores de estrutura, processo e resultados, componentes da avaliação da qualidade recomendados por Donabedian (2003), aos quais acrescem ainda indicadores epidemiológicos. Hesbeen

(2010) sublinha que é essencial que não se esqueça a vertente holística do cuidar ao avaliar a qualidade em saúde, pois a utilização de instrumentos de medida da qualidade em saúde é importante, mas pode levar à insatisfação do cliente e de alguns profissionais de saúde motivados para o cuidar.

Ao longo do meu percurso profissional tive a oportunidade de participar em diversos projetos e atividades no âmbito da melhoria da qualidade no meu local de trabalho que me permitiram adquirir e desenvolver competências neste domínio, as quais pude aprofundar, desenvolver e acrescentar com as aprendizagens realizadas ao longo do Estágio. Como tal, em ambos os contextos onde o Estágio decorreu contribuí para a criação e promoção de um ambiente seguro e terapêutico, condição fundamental para a prestação de cuidados de qualidade. Neste sentido procurei adquirir, desenvolver e otimizar conhecimentos no âmbito da ER que me permitissem fundamentar a minha prática e desenvolver as competências necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem especializados de ER, através da consulta de bibliografia pertinente e atualizada sobre reabilitação motora, cognitiva, sensorial, cardiorrespiratória, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, partilhando os conhecimentos adquiridos com a equipa de enfermagem.

A integração nas equipas multidisciplinares de cada contexto onde o Estágio decorreu permitiu-me conhecer as dinâmicas das equipas, identificar e conhecer os recursos físicos, materiais e humanos existentes para a prestação de cuidados de ER, a dinâmica de funcionamento e organização de cada local, o método de trabalho e as principais intervenções do EEER, os instrumentos de avaliação utilizados, os protocolos e normas de cada local e os projetos de melhoria da qualidade em curso. Estes aspetos forneceram-me dados sobre os indicadores de estrutura e processo, que contribuíram para a elaboração, em parceria com o cliente e família, de planos de cuidados baseados nas orientações de boas práticas de cuidados de ER, realistas, seguros e exequíveis. Duchene (2011) refere que “os indicadores específicos da prática de enfermagem de reabilitação não foram identificados” (p.158), no entanto a qualidade tem de ser mensurável, pelo que a qualidade dos cuidados é avaliada através de instrumentos aplicáveis à reabilitação (como a MIF e outros instrumentos e escalas específicas para a avaliação da incapacidade e do compromisso funcional) e que permitem avaliar a eficiência e eficácia dos serviços de reabilitação através dos resultados relativos a ganhos funcionais e relação custo/eficácia. O EEER precisa estimular a dinamização dos elementos determinantes da qualidade dos seus

cuidados, numa perspetiva de melhoria contínua (Gomes, Martins, Gonçalves & Fernandes, 2012). Assim, a aplicação dos instrumentos de avaliação utilizados nos dois contextos onde decorreu o Estágio (como a MIF, a Escala de Lawton & Brody ou o Índice de Barthel) ao longo da prestação de cuidados permitiu-me analisar os resultados e agir em conformidade, revendo e reformulando o plano de cuidados, promovendo uma melhoria contínua da qualidade e centrando os cuidados na pessoa.

De acordo com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho nº 1400-A/2015, 2015) as quedas e as úlceras de pressão são indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem pelo seu impacto na vida das pessoas, devido à significativa morbilidade e mortalidade que acarretam e encargos financeiros acrescidos para os serviços de saúde, sendo de particular relevância para os clientes com alteração da mobilidade. Segundo Pontes & Santos (2016), enquanto profissional que mais tempo está com o cliente e que detém uma obrigação ética com a qualidade e a segurança no sistema de saúde, o EEER tem um papel decisivo nos processos de gestão do risco de segurança do cliente, pela sua perceção da evolução da situação de reabilitação, estando a seu cargo a avaliação do efeito dos cuidados prestados e das estratégias de reabilitação. Assim, no sentido de integrar a cultura de segurança das unidades de saúde onde realizei o Estágio, promover um ambiente adequado ao bem-estar e prevenir incidentes, avalei o risco de queda (Escala de Morse) e o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão (Escala de Braden) e implementei medidas preventivas de acordo com o nível de risco obtido. Considero de particular relevância as situações vivenciadas em ECCI-ECSCP, pelas particularidades e condicionantes financeiras e culturais que o domicílio do cliente pode apresentar. Assim, com o objetivo de providenciar e contribuir para um ambiente seguro e minimizar os riscos, orientei clientes com alteração da mobilidade e suas famílias/prestadores de cuidados a utilizar preferencialmente o poliban para o banho com recurso a tapete antiderrapante ou, no caso de preferência pelo banho na banheira, sentar-se num banco com pés antiderrapantes ou uma tábua de banho, salientando a importância de realizar os movimentos de entrada/saída de acordo com a sequência adequada no caso de clientes submetidos a ATA, para evitar luxação da prótese, e no caso dos clientes com AVC com sequelas de hemiparesia no sentido de prevenir quedas e lesões musculoesqueléticas. Foi explicada a importância de retirar os tapetes que estivessem soltos, assim como obstáculos e barreiras que dificultem a deambulação, assegurando-se que o piso está limpo e seco e aconselhei a utilização

de calçado fechado, com uma boa base de sustentação e solas antiderrapantes quando o cliente realiza treino de marcha. Confirmei também a correta utilização dos produtos de apoio no treino de marcha, como o andarilho, o tripé ou as canadianas, através da verificação do estado das pegas e borrachas antiderrapantes, o ajuste do auxiliar de marcha ao tamanho da pessoa, verificando se existia uma flexão de 25° a 30° do cotovelo quando as mãos seguram as pegas, assistindo e supervisionando a sua utilização (Carinhas, Mendes & Grilo, 2013).

Ao longo do Estágio procurei contribuir para os projetos de melhoria contínua da qualidade da ECCI-ECSCP e UMDR, pelo que destaco a realização de formação em serviço sobre os cuidados de ER na Reeducação dos Músculos da Face à pessoa com Paralisia Facial e a construção de um Panfleto (Apêndice I, II e III), e a sessão de formação em serviço realizada na UMDR e direcionada às assistentes operacionais do serviço, com o objetivo de consolidar conhecimentos e práticas relativamente aos Cuidados à Pessoa com AVC no sentido de prevenir complicações e promover o autocuidado, informar sobre a importância dos posicionamentos anti-espáticos e prevenir lesões músculo-esqueléticas evitáveis através da utilização de princípios da mecânica corporal (Apêndice IV e V), pois a utilização correta das estruturas corporais aumenta a eficácia e poupa energia, sendo fundamental para uma prática segura (Carinhas, Mendes & Grilo, 2013).

### **C - Domínio da gestão dos cuidados**

A prestação de cuidados de saúde requer uma gestão atenta e inovadora dos vários e complexos aspetos humanos, técnicos e organizacionais, devido à necessidade permanente de adaptação à variedade de patologias, atos, diagnósticos e terapêuticas de cada serviço prestador de cuidados (Despacho nº 1400-A/2015, 2015). O EE desempenha um papel fundamental no processo de cuidados e na sua gestão, tirando partido das suas competências acrescidas e específicas do seu campo de intervenção para planear e organizar os cuidados, gerir os recursos humanos e materiais disponíveis e coordenar os cuidados à pessoa de acordo com as necessidades evidenciadas, respeitando o princípio da equidade, da justiça e garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados, articulando-se com os outros profissionais da equipa assim como com as equipas da comunidade de forma a promover a continuidade de cuidados. Segundo Hesbeen (2010), a coordenação dos profissionais deve promover um verdadeiro trabalho interdisciplinar e permitir a

otimização das energias de todos os elementos, já que “o todo formado pela equipa é de uma riqueza diferente da soma das partes que a constituem” (p.113). Já Pontes & Santos (2016) afirmam que a natureza sensível dos cuidados de saúde de reabilitação, com todos os aspetos que envolvem, requer que exista “liderança clínica e competência de gestão operacional, intermédia e estratégica, que consignent ao processo de reabilitação a eficácia clínica, a integração social, a satisfação do cidadão e o desenvolvimento profissional do EEER” (p.89).

A organização e gestão dos cuidados requer uma avaliação global ao cliente, de forma a compreender quais as suas necessidades e capacidades remanescentes, englobando a pessoa como um todo, em interação com o seu ambiente (Miller, 2012), o que permite determinar as condições de segurança intrínsecas à pessoa (co morbilidades, sinais vitais, capacidade motora, sensorial, cognitiva e cardiorrespiratória), assim como os fatores de segurança extrínsecos ao cliente. Assim, foi com base na avaliação holística do cliente, no tempo e nos recursos disponíveis que os planos de cuidados foram desenvolvidos, avaliados e, sempre que necessário, reestruturados durante o Estágio, tendo em conta a individualidade do cliente e os défices de autocuidado identificados, respeitando os pressupostos da Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem (2001), e que foram realizadas as referências a outros elementos da equipa interdisciplinar.

Em ambos os contextos clínicos a EEER assumia toda a prestação de cuidados de enfermagem aos clientes com necessidades de cuidados de ER, como é exemplo a vacinação (assegurando a adesão ao Plano Nacional de Vacinação assim como a vacinação contra a gripe) ou a gestão do regime medicamentoso, englobando o cliente como um todo, pois, tal como refere Barata (2016) “um enfermeiro especialista não deixa de ser enfermeiro” (p.123) tendo presente que, por sua vez “os princípios da enfermagem de reabilitação estão enraizados na formação graduada” (Barata, 2016, p.124). Assim, a organização de cuidados teve em conta este aspeto, assim como a articulação com a intervenção de outros profissionais da equipa (consultas médicas ou de psicologia, sessões de fisioterapia, terapia ocupacional ou terapia da fala, etc.) ou o agendamento de consultas médicas de especialidade.

Na ECCI-ECSCP a organização das VD exigiu o desenvolvimento de competências no planeamento e gestão de cuidados, tendo tido a preocupação de, em colaboração com a EEER orientadora de estágio, coordenar os agendamentos de forma a minimizar o impacto nas rotinas diárias do cliente e família, adequando o

número de clientes em cada dia tendo em conta a frequência e o tempo previsto para cada VD adequada à situação de cada cliente, planeando e gerindo também as intervenções a realizar de acordo com o plano de cuidados de ER e os recursos e materiais existentes no domicílio do cliente. As condições e os recursos disponíveis no domicílio dos clientes são frequentemente limitados, sobretudo no que diz respeito a recursos específicos para a prestação de cuidados de ER e para a promoção do autocuidado, sendo geralmente um encargo financeiro que pode ser significativo para o orçamento familiar disponível, pelo que desenvolvi estratégias com os recursos disponíveis de forma a operacionalizar as intervenções planeadas, mantendo a eficácia e o rigor, como por exemplo a utilização de um espelho de um armário para correção postural ou a construção de um dossier com algumas amostras de materiais com diferentes texturas para o treino da estimulação sensorial táctil (Apêndice VI). Também na UMDR procurei adequar as intervenções a realizar com o cliente definidas no plano de cuidados de ER aos cuidados gerais de enfermagem a prestar, às sessões de terapia programadas para o cliente, aos recursos disponíveis e às rotinas diárias do cliente na UMDR, tendo adquirido ao longo do Estágio mais segurança e autonomia na gestão do tempo e das prioridades. De referir que a UMDR dispõe de vários recursos materiais, como produtos de apoio (equipamentos para higiene, mobilidade, alimentação e comunicação) ou fichas de exercícios (Apêndice VII) com diferentes níveis de dificuldade para reabilitação cognitiva (funções práticas e executivas, orientação, atenção, memória, etc), que foram devidamente utilizados sempre que se evidenciou a sua necessidade e de acordo com os planos de cuidados de ER.

Segundo Pontes & Santos (2016), para garantir resultados que reflitam ganhos em saúde para os cidadãos, família e comunidade e melhoria da qualidade de vida, o EEER deve desenvolver a sua ação em sintonia com os elementos que constituem a equipa multidisciplinar. As reuniões semanais de equipa em ambos os contextos de Estágio em muito contribuíram para a minha perceção do papel do EEER na equipa interdisciplinar. Branco (2016) afirma que as reuniões interdisciplinares são indispensáveis para a coordenação de equipa, sendo que o modelo mais simples e geralmente adotado consiste na avaliação do progresso de cada cliente por cada uma das disciplinas.

Na ECCI-ECSCP o enfermeiro é o gestor de caso dos clientes na sua grande maioria, assumindo-se como elo de ligação entre os vários profissionais, sendo a

EEER a gestora dos clientes com necessidades de cuidados de ER, atuando também como consultora sempre que solicitado ou se verifique necessário mediante os casos apresentados nas reuniões, tal como no caso do Sr. A.L., em que a intervenção do EEER foi solicitada. Com 75 anos e diagnóstico de Glioblastoma, tendo já realizado quimioterapia, segundo a avaliação da enfermeira gestora de caso o Sr. A.L. apresentava bradicinesia e períodos de desequilíbrio, pelo que solicitava a avaliação da EEER para determinar qual o auxiliar de marcha que mais se adequava ao cliente pois considerava a bengala desadequada, como tal, foi agendada VD ao Sr. A.L. com a EEER orientadora de estágio. Realizei a avaliação de enfermagem de reabilitação ao Sr. A.L., tendo constatado que estava orientado auto e alopsiquicamente, apresentava discreta bradicinesia, não apresentava alterações da sensibilidade superficial e profunda, da coordenação motora, do tônus muscular ou da força muscular, exceto no membro superior esquerdo em que apresentava um grau de força 4 na Escala de Força Muscular da *Medical Research Council* (MRC), apresentando equilíbrio estático e dinâmico sentado e ortostático eficaz e independência em todas as AVD. Na avaliação da marcha, verifiquei que o Sr. A.L. era independente na marcha com auxiliar de marcha (bengala) em superfícies planas, requerendo supervisão em escadas, superfícies inclinadas e piso irregular, obtendo um score de 4 na Classificação Funcional da Marcha de Holden. Como tal, o Sr. A.L. foi incentivado a manter a bengala como auxiliar de marcha e supervisão da esposa para subir/descer escadas e em piso inclinado ou irregular, tendo sido realizados ensinamentos sobre prevenção de quedas (retirada de tapetes soltos, retirada de obstáculos no domicílio e utilização de calçado apropriado), e aconselhado a adquirir uma pedaleira para manter a mobilidade. Assim, alterar o auxiliar de marcha não iria beneficiar o Sr. A.L., uma vez que este conseguia realizar marcha independente, apostando-se então na prevenção de quedas e na consciencialização do cliente e da sua esposa no sentido de manter a sua funcionalidade e mobilidade enquanto fosse possível.

Já nas reuniões de equipa da UMDR a gestão dos casos dos clientes internados é distribuída pelos vários profissionais da equipa, procurando-se manter uma distribuição equitativa que tenha em conta as principais necessidades e problemas do cliente, porém verifiquei que ainda assim a EEER assume a gestão global de todos os clientes internados.

A gestão dos cuidados por parte do EEER pressupõe a otimização da resposta da equipa de enfermagem através da orientação e supervisão das tarefas delegadas,

garantindo a segurança e a qualidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019). A participação nas passagens de turno na UMDR e nas reuniões de equipa em ambos os contextos, a realização de registos em linguagem CIPE e notas livres na plataforma eletrónica SClinico® na ECCI-ECSCP e Medicine One na UMDR, assim como na plataforma da RNCCI Gestcare® em ambos os contextos promoveu a continuidade de cuidados, fornecendo informações sobre a evolução clínica e funcional do cliente, os exercícios e ensinamentos realizados no âmbito do seu plano de cuidados, o nível de participação nos cuidados pela família, as informações fornecidas e os conhecimentos e capacidades para a realização de procedimentos técnicos necessários para prestação de cuidados. A continuidade de cuidados, sobretudo em contexto de domicílio em ECCI-ECSCP, pressupõe um papel ativo da família, tendo esta sido englobada na equipa de cuidados. Para tal contribuiu o desenvolvimento de uma parceria com a família baseado na cooperação e responsabilidade partilhada favorecedor do processo de capacitação (Menoita, Sousa, Pão-Alvo & Marques-Vieira, 2012) que exige que o EE forneça a informação relativa ao estado de saúde da pessoa, os aspetos práticos e problemas mais comuns relacionados com a situação da pessoa, realize ensinamentos sobre procedimentos técnicos e monitorize a sua eficácia, valorizando o trabalho desenvolvido. No entanto, a intervenção com a família é mais complexa, pois tal como refere Silva, Silva, Rocha & Topa (2010) “o cuidado no domicílio envolve mais que a realização de técnicas e procedimentos: engloba factores como a empatia, interesse, preocupação, apoio nas dificuldades, ensino e orientação dos cuidadores” (p.95), pelo que além de parceira na prestação de cuidados, a família é também alvo do processo de cuidados, na medida em que a doença e incapacidade do seu familiar representa um momento de crise que carece de apoio do EE para que possa reencontrar a estabilidade.

De referir que, no desenvolvimento das competências relativas ao domínio de gestão dos cuidados fui desenvolvendo uma maior capacidade de comunicação e colaboração entre os membros da equipa multiprofissional, contribuindo e pautando a minha prática no sentido de uma prestação de cuidados centrada na pessoa e família (Lutz & Davis, 2011), tendo presente que, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019), a assertividade é central na prática de enfermagem pois interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais.

## **D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

O desenvolvimento do autoconhecimento e prática clínica especializada baseada em padrões de conhecimentos sólidos e válidos são aspetos que a OE considera fundamentais no domínio desta competência (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Barata (2016) salienta “a importância formativa dos contextos de trabalho” (p.125), referindo que numa fase de formação pós-graduada também surgem momentos críticos geralmente encontrados no início da vida profissional, na fase de socialização profissional, derivados da assunção e interiorização de outro papel, obrigando a uma análise e reflexão sobre os cuidados por um outro prisma (Barata, 2016).

O Estágio decorreu em dois contextos distintos, comunitário e internamento, cada um com as suas características específicas, ambos ricos em experiências e oportunidades formativas, que me permitiram começar a interiorizar o papel de EEER à medida que desenvolvi as competências que lhe são inerentes. Como tal, o projeto de Estágio foi alvo de análise e discussão com as EEER orientadoras de estágio no sentido de explorar os objetivos delineados, sublinhando que para atingir o preconizado no Regulamento das competências específicas do EE (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e no Regulamento das competências específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019, 2019), todas as oportunidades formativas proporcionadas pelos contextos clínicos seriam contributos importantes para adquirir competências necessárias à prestação de cuidados especializados de ER.

Desta forma, contactei com clientes predominantemente idosos, mas com limitações, deficiências e necessidades especiais decorrentes de diversas patologias, com vários níveis de dependência na realização das ABVD, no seu domicílio e ambiente familiar e em internamento, com as vantagens e desvantagens que cada um apresenta para o cliente e família e para o EEER na prestação de cuidados de ER. Todas as experiências me permitiram refletir sobre os cuidados de ER, fosse pela possibilidade de mobilizar e aprofundar os conhecimentos adquiridos ou pela necessidade de adquirir novos conhecimentos que dessem resposta às situações mais complexas com que me fui deparando e que me enriqueceram enquanto pessoa e profissional, contribuindo para o desenvolvimento das minhas competências e capacidades. Para tal recorri à pesquisa bibliográfica pertinente e atualizada na área de ER (livros de referência, publicações periódicas, sites, organizações, etc.) tendo presente que a evidência científica produzida com rigor metodológico é essencial para

guiar a melhor conduta no cuidar, traduzindo-se em ações e promovendo o maior grau de qualidade possível (Pedrolo, Danski, Mingorance, Marques de Lazzari, Méier & Crozeta, 2009; Danski, Oliveira, Pedrolo, Lind & Johann, 2017), pelo que a autonomia no exercício da ER exige uma contínua atualização dos conhecimentos e aperfeiçoamento das capacidades (Barata, 2016). De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EEER, este deve desenvolver uma prática baseada na evidência orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, incorporando continuamente os novos achados da investigação na sua prática e participando em projetos de investigação que procurem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

De ressaltar que, como afirma Pereira (2016), a dificuldade não reside no acesso e disponibilidade de informação para o enfermeiro, mas selecionar evidências de elevada qualidade e passíveis de aplicar na prática, pois a prática baseada na evidência não substituí o julgamento profissional do enfermeiro.

O planeamento das atividades a desenvolver para cada cliente foi norteado pelos pressupostos da Teoria do Défice do Autocuidado em Enfermagem de Orem (2001), permitindo-me individualizar o plano de cuidados de ER de acordo com as suas características específicas e adequar o sistema de enfermagem adotado às necessidades evidenciadas.

Assim, procurei responsabilizar-me pela aprendizagem adquirida ao longo do Estágio, baseando a minha prestação de cuidados de ER na melhor evidência disponível em ambos os contextos clínicos, mobilizando e adquirindo conhecimentos que concorrem para desenvolver as minhas competências e suportar a prática especializada de ER.

## **1.2- Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

O intuito das especializações em enfermagem é o desenvolvimento de competências relacionadas com uma área específica da enfermagem, aos vários níveis e ambientes da prestação de cuidados, capacitando o enfermeiro para uma intervenção fundamentada na evidência científica e adequada às necessidades da pessoa e família e o seu contexto situacional de saúde, exigindo um diálogo permanente entre a busca pela competência e a aquisição de novos saberes e aptidões, mantendo o foco na pessoa cuidada (Hesbeen, 2010; Silva, Luz, Fernandes, Silva, Cordeiro & Mota, 2018). O EEER detém um conjunto de conhecimentos e competências especializadas na área da reabilitação que lhe permite dirigir as suas intervenções tendo em conta as necessidades, características, capacidades e tolerâncias de cada pessoa de acordo com a sua individualidade e singularidade, intervindo ao nível da promoção da recuperação, da readaptação, do autocontrolo e do autocuidado, auxiliando nos processos de transição saúde/doença e capacitando a pessoa e o cuidador para a reinserção social (Pestana, 2016). Segundo o Regulamento de competências específicas do EEER (Regulamento n.º 392/2019), a intervenção do EEER visa assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades através do diagnóstico precoce e das ações preventivas, assim como melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas AVD e minimizar o impacto das incapacidades instaladas através das intervenções terapêuticas, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica, etc., através da conceção, implementação e monitorização de planos de cuidados de ER.

Assim, à semelhança do que foi realizado no subcapítulo anterior relativo ao EE, defini dois objetivos específicos no Projeto de Aprendizagem para o desenvolvimento de competências do EEER, aos quais foram atribuídos, no sentido de orientar o percurso de aprendizagem em Estágio, atividades e indicadores de avaliação relativos aos três domínios de competências clínicas especializadas definidas pela OE: cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividades e/ou restrição da participação para a reinserção e

exercício da cidadania; maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento n.º 392/2019, 2019).

De referir que, a atualização recente da carreira de enfermagem em Portugal conduziu a uma revisão do Regulamento de Competências do EEER, tendo sido aprovado o Regulamento n.º 392/2019 (2019), pelo que a reflexão apresentada em seguida sobre os três domínios de competências do EEER e as atividades desenvolvidas foi desenvolvida à luz desta recente revisão.

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

O âmbito de atuação do EEER é vasto, não se cingindo a um contexto ou grupo etário específico, centra-se na pessoa cuidada e no seu contexto social pois, tal como refere Pestana (2016)

a reabilitação é um processo global, dinâmico e contínuo, dirigido à pessoa, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que se encontra inserida, que visa corrigir, conservar, melhorar ou recuperar as aptidões e capacidades funcionais tão rapidamente quanto possível, para o exercício de uma atividade considerada normal no âmbito do seu projeto de vida (p.49).

Assim, a prestação de cuidados de ER pressupõe a identificação das alterações da funcionalidade da pessoa que carecem de intervenção do EEER, os fatores facilitadores e as barreiras, assim como a perceção do cliente sobre estas alterações, sendo este o ponto de partida para a conceção de um plano de cuidados especializado e individualizado ao cliente e no delinear de estratégias que possibilitem a sua implementação, resultando numa prestação de cuidados de qualidade que correspondam às reais necessidades do cliente e família. De acordo com o estudo de investigação realizado por Gomes, Martins, Gonçalves & Fernandes (2012), os enfermeiros identificaram o diagnóstico, o planeamento, a realização de atividades e a avaliação dos resultados quando questionados sobre que processos garantiam a qualidade dos cuidados de ER.

A funcionalidade é, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), “um termo genérico para as funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação” (OMS, 2004, p.186), indicando os aspetos positivos da interação entre a pessoa com uma determinada condição de saúde e os fatores contextuais, onde se inserem os fatores ambientais e pessoais. O conceito de funcionalidade pode também ser definido pela manutenção da autonomia

e independência na vida diária, apesar de a pessoa poder apresentar alguma limitação física, mental ou social (Cardoso & Costa, 2010). A funcionalidade, de acordo com Fontes (2014), deve ser avaliada essencialmente pela mobilidade e pelas atividades básicas e instrumentais (ABVD e AIVD), tendo em conta a interferência positiva ou negativa que os fatores contextuais exercem sobre estes componentes.

Os objetivos da ER são atingidos através de uma avaliação e diagnóstico globais, da definição dos resultados esperados e das intervenções planeadas de forma a satisfazer as necessidades do cliente (Kelly-Hayes & Phipps, 2011). Desta forma, ao longo do Estágio, para uma prestação de cuidados de ER adequada ao cliente e à sua situação específica, procedeu-se à avaliação da pessoa no seu todo através da consulta do processo clínico e entrevista informal ao cliente e família, começando pela sua história clínica e co morbilidades, os seus hábitos e desempenho prévio e atual na realização das ABVD e AIVD, o seu envolvimento social e familiar, a sua avaliação física, cognitiva, neurológica, sensorial, motora e funcional (recorrendo a instrumentos e escalas de avaliação), as perceções do cliente e família sobre as suas limitações e o seu impacto na participação social, as condições habitacionais e as barreiras arquitetónicas. De acordo com Menoita, Sousa, Pão-Alvo & Marques-Vieira (2012) “a prioridade na recolha de informação é determinada pela situação imediata da pessoa e/ou das suas necessidades” (p.40), pelo que as avaliações realizadas tiveram este princípio em conta, tendo havido situações em que foi necessário suspender temporariamente a avaliação devido ao cansaço do cliente ou em que a redução de estímulos externos foi fundamental para manter a atenção do cliente, evitando desta forma resultados menos rigorosos.

Serras & Cruz (2015) afirmam que para que a reabilitação “seja adaptada às reais necessidades de cada pessoa (...) é essencial que os enfermeiros de reabilitação procedam a uma avaliação criteriosa da pessoa, recorrendo a instrumentos de avaliação adequados e específicos” (p.48). A construção de um documento específico para a avaliação global do cliente, verificado pelas EEER orientadoras de cada contexto, que incluiu os instrumentos de avaliação funcional preconizados nos dois contextos onde decorreu o Estágio (Índice de Katz, Escala de Lawton & Brody, Índice de Barthel e MIF), assim como outros instrumentos que se consideraram relevantes (Escala de Coma de Glasgow para avaliar o estado de consciência, Escala de avaliação da Força Muscular da *MRC*, Escala Modificada de Ashworth para avaliar a espasticidade, Escala de avaliação da Dispneia da *MRC*,

Escala de Morse para avaliar o risco de queda, Escala de Braden para avaliar o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, Escala *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) para avaliar a deglutição, Classificação Funcional da Marcha de Holden, *Stroke Scale* do *National Institute of Health* (NIHSS) para avaliação neurológica da pessoa com AVC, etc.), foi facilitador para mim ao permitir-me realizar a avaliação ao cliente e compreender a sua evolução. Este é um processo sistemático, organizado e contínuo que se mantém ao longo da prestação de cuidados, permitindo avaliar o impacto e o resultado das intervenções e influenciando a sua reformulação para procurar atingir os objetivos delineados, suportando a tomada de decisão clínica. A medição de resultados no cliente, sujeito aos cuidados, é uma importante fonte de evidências sobre a eficácia dos cuidados de enfermagem, estando o estado funcional do cliente incluído nos seis resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem existentes (Doran *et al.*, 2006), sendo este um indicador de saúde que contribui para uma mais adequada e racional gestão de recursos, monitorização de resultados das intervenções de saúde e sociais (Parrish, 2010).

Assim, realizei a avaliação inicial e sistemática a todos os clientes admitidos assim como aqueles a quem prestei cuidados em ambos os contextos onde decorreu o Estágio, o que me permitiu ter uma perceção da situação da pessoa, das suas expectativas e objetivos, de forma a planear os cuidados e estruturar metas individualizadas. Utilizando o método de entrevista semiestruturada, a avaliação inicial iniciava-se pela colheita de dados gerais da pessoa (dados sociodemográficos, profissão, habilitações literárias), identificação do prestador de cuidados informal, condição sociofamiliar e económica, condições habitacionais e de acessibilidade, fatores de risco, antecedentes pessoais e diagnósticos médicos, história atual de doença, exames complementares de diagnóstico, terapêutica atual e motivo de admissão, completando a informação com a consulta ao processo clínico. A avaliação das condições habitacionais e barreiras arquitetónicas, revelou-se desafiante na UMDR, pois esta baseou-se na descrição realizada pelos clientes e/ou os seus familiares, a qual nem sempre foi muito explícita ou minuciosa, enquanto no contexto de ECCI-ECSCP o facto de poder realizar uma avaliação imediata no local, pessoalmente e com a EEER orientadora, foi importante pois o EEER está desperto para pormenores que o cliente e família podem nem considerar como fator facilitador ou barreira à funcionalidade, desconhecendo frequentemente também os recursos e a legislação existentes que podem ser cruciais para possibilitar a adaptação do

ambiente à situação da pessoa, permitindo-lhe assim manter e até ampliar a sua funcionalidade e a participação familiar e social. Baumer, Evangelista, Lima, Moro, Borges Júnior & Soares (2013) afirmam que o cliente atinge uma maior consciencialização das suas limitações nas AVD quando regressa a casa e se depara com as dificuldades, pois o espaço limitado do ambiente hospitalar restringe as atividades diárias do cliente. A caracterização destas condições revelou-se importante nos dois contextos para definir as intervenções mais adequadas ao cliente tendo em conta o ambiente em que se encontra ou para o qual irá regressar, sendo fator a ter em conta na preparação para a alta do cliente. João & Portelada (2016) afirmam que “no processo de reabilitação, o meio, a pessoa e a família deverão ser incluídos, com a partilha de responsabilidades e tendo em consideração os objetivos do doente/família” (p.41). No caso da Sra. M.M., de 68 anos, submetida a encavilhamento cefalomedular proximal do fémur esquerdo após fratura pertrocantérica na sequência de uma queda provocada por desequilíbrio (história de hipertensão arterial e vertigens), admitida em ECCI-ECSCP para cuidados de ER, cujo objetivo pessoal era conseguir ir à rua para maior autonomia nas AIVD, as condições habitacionais, mais precisamente do prédio onde residia na altura (tratava-se da residência do filho), constituíam uma barreira pois a cliente residia no 2º andar de um prédio sem elevador e encontrava-se em treino de marcha com duas canadianas aquando do início do Estágio. Assim, o plano de cuidados de ER incluiu o treino de marcha com uma canadiana e treino de subir/descer escadas, tendo presente que o corrimão da escada se encontrava à direita da cliente ao descer e que, contrariamente ao ensinado, esta ajuda técnica teria de ser utilizada à esquerda, logo no lado intervencionado, tendo o corrimão como apoio à direita. A adequação da técnica às condições arquitetónicas do edifício permitiu que a cliente tivesse alta após conseguir ir à rua, deslocar-se ao café perto de casa e regressar ao apartamento com supervisão.

A avaliação da condição sociofamiliar assume especial importância na admissão ao cliente, já que a preparação para a alta se inicia logo neste momento, sendo essencial o envolvimento e a participação da família, pois “o meio familiar representa para a Pessoa o melhor enquadramento para a vivência do processo de reabilitação” (Branco & Santos, 2010, p.114), sendo necessário que a família conheça a situação do cliente, demonstrando disponibilidade e potencial para adquirir e/ou aprofundar os conhecimentos e capacidades necessários para dar resposta às necessidades decorrentes da sua situação. Esta avaliação foi realizada aquando da

entrevista informal e sempre que se prestavam cuidados ao cliente, dada a sua importância para a continuidade de cuidados ao cliente. A conferência familiar foi uma ferramenta presente especialmente na UMDR e que me permitiu avaliar a condição sociofamiliar relativamente à resposta à situação do cliente, sendo uma forma de manter uma via de comunicação aberta entre o profissional de saúde de referência, a família e o cliente sobre a evolução deste, a data prevista de alta e o destino do cliente após a alta, uma vez que o regresso à sua residência ou à residência de familiares nem sempre era uma opção viável. Por exemplo, a Sra. M.C., cliente de 68 anos que foi admitida na UMDR após AVC isquémico do hemisfério direito, tendo permanecido cerca de 1 mês numa instituição particular a aguardar vaga numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados, foi admitida com dependência completa nas AVD, tendo apresentado durante o internamento uma melhoria a nível da alimentação, da toalete, do vestir e das transferências, necessitando de ajuda moderada, porém o facto de morar sozinha e o único familiar de referência ser um primo que não tinha disponibilidade para prestar o apoio necessário em sua casa levou a que a equipa se articulasse para procurar uma solução com a qual a cliente concordasse, uma vez que pretendia regressar ao seu domicílio. No momento do final do Estágio a situação da Sra. M.C. ainda estava por definir, mas as soluções possíveis passavam pela contratação de um cuidador informal a tempo inteiro ou da inscrição em centro de dia com contratação de um cuidador informal para o período noturno.

Após a colheita de dados gerais, iniciava a avaliação neurológica, começando pelo estado de consciência e mental, atenção, memória, linguagem, pares cranianos (em pessoa com lesão cerebral), a avaliação sensorial e motora (sensibilidade superficial e profunda, tônus e força muscular, espasticidade, amplitude articular, coordenação motora, equilíbrio e marcha), a avaliação da função respiratória, a avaliação dos parâmetros vitais (pressão arterial, temperatura, frequência respiratória, frequência cardíaca e dor) e a avaliação funcional (observação direta do desempenho do cliente na realização das ABVD e AIVD), utilizando instrumentos de medida reconhecidos já referidos anteriormente e que, de acordo com Mendes, Novo, Gouveia, Dias & Braga (2016), permitem pela sua uniformização a documentação e continuidade dos cuidados especializados, evidenciando os resultados obtidos pela intervenção do EEER.

Recorrendo à Teoria do Défice do Autocuidado na Enfermagem (Orem, 2001), determinei o impacto das alterações evidenciadas pelo cliente no autocuidado

segundo os Requisitos de Autocuidado de Orem, tendo em conta a funcionalidade, o padrão de autocuidado prévio e os hábitos do cliente, já que a compreensão do autocuidado do ponto de vista do cliente e família é fundamental para determinar quais as suas prioridades, tendo presente que a pessoa deve ser vista como um todo “capaz de pensar, agir, sentir, participar, tomar decisões sobre si mesmo, no seu processo de saúde/doença” (Branco & Santos, 2010, p.111). Os planos de cuidados foram delineados de forma a serem aplicados os sistemas de enfermagem adequados (sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio-educação), de acordo com o défice de autocuidado evidenciado, a intervenção planeada e a situação específica do cliente, no sentido de reduzir os défices de autocuidado, aumentar a capacidade de resposta à necessidade de autocuidado, apoiar o cliente e suprir diretamente as necessidades de cuidar através da enfermagem.

Em ambos os contextos do Estágio deparei-me com adultos com mais de 40 anos e idosos em situação de dependência no autocuidado decorrente de doenças como neoplasias, AVC, fratura do colo do fémur, demências e DPOC. Assim, foram criados e negociados com o cliente e família planos de cuidados que permitiram a implementação de programas de reeducação funcional motora (RFM), sensorial e cognitiva, da alimentação, da eliminação, reeducação funcional respiratória (RFR) e de promoção do autocuidado na realização das AVD, sendo este último o foco principal do projeto implementado em Estágio.

Um exemplo em que foi necessário implementar vários dos programas de reeducação funcional mencionados foi o caso da Sra. R.M., cujo plano de cuidados consta no Apêndice IX, cliente de 91 anos, admitida na UMDR três meses após diagnóstico de AVC isquémico do hemisfério esquerdo, tendo-se admitido como etiologia provável evento cardio-embólico pelo diagnóstico médico prévio de fibrilhação auricular permanente e valvuloplastia não especificada, portadora de pacemaker, tendo como sequelas afasia global, hemiparesia direita (força ao nível da flexão lateral direita da cabeça e pescoço grau 4, ao nível do membro superior e inferior grau 4 em todos os movimentos possíveis, a nível da flexão palmar do punho grau 3, a nível da inversão e eversão da tibiotársica grau 3 e ao nível da abdução/adução dos dedos dos pés grau 0 segundo a Escala de Força Muscular da *MRC*), disfagia (score 3 na Escala de GUSS) e dificuldades em manter a saliva no lado afetado, equilíbrio estático sentada eficaz e dinâmico ineficaz assim como

equilíbrio ortostático ineficaz, marcha ineficaz (segundo Classificação Funcional da Marcha de Holden), incontinência de esfíncteres e dependência completa na realização das suas ABVD (score de 5 ou não independente na Escala de Barthel e score de 16 ou dependência completa na MIF).

Segundo nota de alta hospitalar, a Sra. R.M. teve como intercorrência no internamento traqueobronquite, tendo sido diagnosticada recidiva da infeção respiratória aquando da admissão à UMDR, medicada com antibioterapia, mucolíticos e terapêutica inalatória com broncodilatadores e corticosteroides, que ainda mantinha quando iniciei a minha intervenção. Comecei por avaliar a função respiratória, tendo verificado que apresentava respiração regular de predomínio torácico, frequência respiratória de 19 ciclos por minuto, tórax estático e dinâmico simétrico, dispneia a pequenos esforços com respiração ruidosa por presença de secreções nas vias aéreas superiores, tosse eficaz. À auscultação na região anterior do tórax, em decúbito dorsal, apresentava murmúrio vesicular bilateral, menos audível à esquerda, à auscultação sentada apresentava ruídos adventícios (roncos) nas bases na região posterior do tórax. Saturação periférica de oxigénio em ar ambiente de 95-97%. Procedi também à avaliação dos sinais vitais para despiste de instabilidade hemodinâmica. Tendo presente que o programa de RFR requer um ambiente tranquilo e de confiança e devido à dificuldade da Sra. R.M. em manter a atenção, procurei sempre realizar as intervenções no quarto e no espaço da cliente, explicando e demonstrando com calma e clareza os objetivos das intervenções e os procedimentos a executar, mobilizando estratégias promotoras de uma comunicação verbal e não verbal eficaz (manter o contacto visual, recorrer à linguagem não verbal acompanhada de discurso simples, claro, preciso e adequado ao contexto da cliente) de forma a reduzir a desvantagem comunicacional e otimizar a comunicação com a cliente com afasia global. Assim, antes de iniciar as técnicas, auxiliava a Sra. R.M. a posicionar-se em decúbito dorsal em *semi-fowler*, numa posição de relaxamento com uma almofada sob a cabeça e omoplatas, outra sob cada membro superior e outra na região poplíteia, tendo iniciado o programa de RFR com a consciencialização e controlo da respiração e dissociação dos tempos respiratórios. Segundo Cordeiro & Menoita (2012), ao ter a perceção da sua respiração a pessoa consegue controlar e adequar à sua situação a frequência, amplitude e o ritmo respiratório, obtendo melhor ventilação e um menor dispêndio de energia. Porém a Sra. R.M. não conseguiu realizar a dissociação dos tempos respiratórios, apesar da demonstração da

inspiração nasal e expiração lenta pela boca com os lábios semicerrados, não tendo sido possível por esta razão progredir para o treino da respiração diafragmática. Assim, a realização dos exercícios de RFR exigiam coordenação com os movimentos inspiratórios e expiratórios espontâneos da Sra. R.M., pelo que os exercícios de reeducação costal global em decúbito dorsal e reeducação costal seletiva, em decúbito lateral direito e esquerdo, foram realizados recorrendo a mobilizações ativas assistidas dos membros superiores, associando manobras de compressão e vibração e incentivando a Sra. R.M. a tossir ou realizando tosse assistida, quando se evidenciava necessidade, de forma a promover a limpeza das vias aéreas. Apesar de ser considerado um procedimento mucocinético, a manobra de percussão não foi opção por estar contraindicada em pessoas com arritmia cardíaca importante e a realizar medicação anticoagulante sistémica (Cordeiro & Menoita, 2012; Gronkiewicz & Coover, 2011), pelo que se optou pelas manobras acessórias anteriormente descritas e pela drenagem postural modificada. A Sra. R.M. conseguiu expelir secreções em moderada quantidade após os exercícios de RFR, tendo à reavaliação saturação periférica de oxigénio sobreponível e na auscultação apresentava ruídos adventícios (roncos) menos evidentes nas bases na região posterior do tórax. A idade avançada, o cansaço evidenciado e o comprometimento cognitivo resultante da afasia global da Sra. R.M. exigiu uma intervenção curta e com poucas repetições mas, tendo presente que o início da manhã é um período em que a tosse da pessoa tende a ser mais produtiva pela acumulação de secreções durante o período noturno (Cordeiro & Menoita, 2012; Gronkiewicz & Coover, 2011), optou-se por preferir este período, antes da alimentação, para a realização dos exercícios do programa de RFR. Uma vez resolvida a infeção respiratória, verifiquei que a Sra. R.M. mantinha dispneia a pequenos esforços devido à imobilidade, pelo que se manteve o programa de RFR com manutenção do treino de consciencialização e controlo da respiração e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação costal global e seletiva com o objetivo de otimizar a ventilação e promover a tolerância a médios esforços.

A presença de SNG desde o internamento hospitalar devido à alteração da deglutição da Sra. R.M. exigiu uma vigilância mais apertada a nível respiratório pelo risco acrescido de complicações, como o risco de aspiração, não descurando as implicações a nível nutricional e psicológico (Oliveira, Couto & Mota, 2019). Na avaliação física observou-se que a Sra. R.M. não tinha próteses dentárias, tendo apenas uma peça dentária na região frontal do maxilar. Na avaliação dos pares

cranianos verificou-se alteração a nível do VII (facial) e XII (hipoglosso), observando-se ligeira assimetria facial à direita, com apagamento do sulco nasogeniano, dificuldade em manter a saliva no lado afetado e movimentos da língua à protusão com discreto desvio para a direita (não se tendo conseguido visualizar a úvula e a fossa piriforme), pelo que se concluiu que a causa poderia estar relacionada com diminuição da força muscular, não se descartando alteração da sensibilidade e do paladar, não testáveis devido à dificuldade na avaliação pela afasia global da Sra. R.M.. Na aplicação do teste de avaliação preliminar da deglutição (Escala de GUSS), não tendo conseguido tossir e/ou pigarrear voluntariamente duas vezes e apresentar tosse ao deglutir a saliva, a cliente obteve um *score* que sugeria a necessidade de encaminhamento para médico fisiatra por necessidade de investigação posterior (Trapl *et al.*, 2007). Braga (2016) salienta que “a reeducação da deglutição pode ser um processo demorado, complexo, com intervenção de vários profissionais de saúde” (p.269). Assim, a situação foi apresentada duas vezes à equipa interdisciplinar nas reuniões semanais de equipa, tendo sido referenciada pelo médico da UMDR à consulta de Otorrinolaringologia e Gastrenterologia do Hospital da sua área de residência para avaliação. Desta forma, as intervenções de ER ao longo dos turnos focaram-se na estimulação termo-táctil da face e exercícios de fortalecimento muscular, com a Sra. R.M. sentada em frente ao espelho da casa de banho do quarto, sem estímulos externos, demonstrava e estimulava a cliente a realizar exercícios de fortalecimento dos lábios, da língua e do palato mole (retrair e lateralizar os lábios, soprar e assobiar; lateralizar, elevar, protrar e retrair a língua, empurrar as bochechas com a língua, varrer o palato com a língua), não tendo sido possível progredir para o treino da deglutição pois a cliente manteve as alterações evidenciadas na avaliação inicial.

Quanto ao treino da deglutição, tive a possibilidade de intervir em contexto de ECCI-ECSCP, aquando dos cuidados ao Sr. A.C.. Este cliente, ao qual já me referi anteriormente, teve alta hospitalar para o domicílio com alimentação por SNG, encontrando-se acamado após período de hospitalização por hemiartroplastia não cimentada da anca direita na sequência de uma queda, tendo como intercorrências no internamento pneumonia e como antecedentes pessoais AVC, DP e senilidade, com compromisso cognitivo a nível da atenção e da memória. Aplicada a Escala de GUSS e após realização da avaliação indireta prosseguiu-se para a avaliação direta, verificando-se que o Sr. A.C. apresentava disfagia para líquidos, obtendo um *score* de

11, o que se traduziu na instituição de uma dieta semi-sólida com os líquidos espessados em consistência de pudim. As VD foram articuladas com a esposa do Sr. A.C. e a cuidadora contratada para coincidirem com o horário da alimentação (pequeno-almoço e/ou almoço) para o treino de deglutição. O cliente foi posicionado na posição de sentado na cama, através da elevação da cabeceira, evitando a flexão da coxo-femural superior a 90°, retirando possíveis distrações do quarto. Os alimentos foram inicialmente oferecidos com uma colher de chá de forma a oferecer pequenas quantidades de cada vez, colocando a colher na metade posterior da língua, empurrando ligeiramente a língua para esvaziar a colher, dando tempo ao Sr. A.C. para deglutir devidamente os alimentos e incentivando-o a realizar deglutições múltiplas, ou “*double swallow*”, mantendo-se a vigilância de sinais de aspiração como tosse, lacrimejo, alteração do tom de voz ou alterações respiratórias. O volume reduzido do bolo alimentar diminui o risco de aspiração, ainda que a estimulação sensitiva seja menor, enquanto as deglutições múltiplas ajudam a eliminar resíduos do bolo alimentar que possam não ter progredido para o esófago (Braga, 2016; Glenn-Molali, 2011). Foram realizados ensinamentos à Sra. M. (esposa) e à cuidadora contratada sobre a consistência e quantidade da dieta oferecida, posicionamento do cliente, forma correta de oferecer a dieta, sinais de aspiração a vigiar e informadas sobre a existência da água gelificada em alternativa à gelatina que, sendo da preferência do Sr. A.C., pode representar um risco acrescido de aspiração pela rapidez com que derrete quando entra em contacto com a boca. A SNG foi retirada quando a alimentação do cliente pela cuidadora contratada decorreu sem intercorrências, com consistência pudim, tendo sido sugerido à Sra. M. e à cuidadora permitir que o Sr. A.C. se alimentasse pela própria mão às refeições realizadas na cozinha, quando tolerou o levante para cadeira de rodas, permitindo-lhe socializar com a família e reintegrar-se no seu ambiente.

O treino da reeducação dos músculos da face foi realizado com vários clientes com paralisia facial decorrente de AVC, dos quais destaco a intervenção com a Sra. M.C.P., que apresentava parésia facial central esquerda, o que interferia com a autoimagem da cliente. Na avaliação inicial a cliente apresentava apagamento do sulco nasogeniano, desvio da comissura labial, sorriso assimétrico, sensibilidade táctil mantida mas hipoalgesia e sensibilidade térmica diminuída nas três divisões do lado afetado (oftálmica, maxilar e mandibular), sem alterações nos movimentos nos músculos mastigadores e sem dificuldade em manter a saliva e os alimentos sólidos

e líquidos no lado afetado, sem alterações da deglutição, ligeira diminuição da acuidade auditiva à esquerda, observando-se alterações nos pares cranianos V, VII e VIII (trigêmeo, facial e estato-acústico). A minha intervenção consistiu na aplicação de calor húmido cerca de 10 a 15 minutos antes do treino e massagem facial em ambos os lados da face de forma a realizar estímulos sensoriais simétricos, seguidos de exercícios de mímica facial, utilizando o espelho da casa de banho para que a cliente tivesse noção da expressão realizada, com contração de 3 a 5 segundos tendo como base uma expressão facial e posterior relaxamento completo antes de passar para a expressão facial seguinte (por exemplo: estalar, protruir, retrair e lateralizar os lábios, mostrar os dentes, sorrir, etc.), realizando o treino no período da manhã com a cliente e incentivando-a a realizá-lo diariamente duas vezes por dia, repetindo cinco vezes cada expressão facial (Menoita, Sousa, Pão-Alvo & Marques-Vieira, 2012; Paolucci *et al.*, 2019; Pimenta, Costa, Bule & Reis, 2019). Aquando da alta da UMDR, a Sra. M.C.P. evidenciava uma assimetria facial menos marcada, ainda que verbalizasse ainda alterações a nível da autoimagem.

No que diz respeito à RFM, regressando ao exemplo da Sra. R.M. e tendo presente a avaliação realizada, a cliente apresentava hemiparésia direita com força de grau 4 a nível da flexão lateral direita da cabeça e pescoço e em todos os movimentos possíveis do membro superior e inferior direito, grau 3 na flexão palmar do punho e inversão e eversão da tibiotársica e grau 0 na abdução/adução dos dedos do pé segundo a Escala de Força Muscular *MRC*, tónus muscular mantido (Tónus 0 segundo a Escala Modificada de *Ashworth*), com alterações do equilíbrio (equilíbrio estático sentada eficaz e dinâmico ineficaz assim como equilíbrio ortostático ineficaz) e marcha ineficaz de acordo com a Classificação Funcional da Marcha de Holden, pelo que a intervenção com a Sra. R.M. passou pelo treino de fortalecimento muscular, reeducação do reflexo postural e propriocepção, treino do levantar, pôr-se de pé e transferências cama-cadeira. Com as intervenções realizadas pretendeu-se promover a recuperação da mobilidade e da funcionalidade no autocuidado, prevenir a rigidez articular e complicações inerentes à imobilidade (cutâneas, músculo-esqueléticas, respiratórias, circulatórias, gastrointestinais, urinárias, etc.). Desta forma, recorrendo às estratégias de comunicação verbal e não verbal supramencionadas, foram realizadas mobilizações articulares e musculares passivas e ativas assistidas no hemicorpo direito (10 repetições) e estimulada a Sra. R.M. a realizar mobilizações ativas do hemicorpo esquerdo, tendo presente que a realização de mobilizações

bilateralmente facilita a neuroplasticidade, orientando a cliente para observar e pensar sobre o movimento, tendo presentes os benefícios a nível da propriocepção e da formação do engrama motor (Menoita, Sousa, Pão-Alvo & Marques-Vieira, 2012). Santos-Couto-Paz, Teixeira-Salmela & Tierra-Crioulo (2013) concluíram no seu estudo que a prática mental individualizada e orientada para a prática específica de tarefas aliada à fisioterapia convencional melhora o uso e qualidade do movimento nas funções diárias, destreza manual e velocidade de marcha em clientes com AVC, sendo segundo o estudo de De, Chopra, Mehta & Mehndiratta (2017) mais eficaz que a terapia espelho, pelo que esta prática foi implementada na prestação de cuidados de outros clientes com AVC. A reeducação do reflexo postural e propriocepção, o treino do levantar, o pôr-se de pé e as transferências cama-cadeira passaram pela realização de atividades funcionais terapêuticas que pretenderam estimular a Sra. R.M. a manter o equilíbrio corporal e corrigir a postura, como a ponte, o rolar, a carga no cotovelo e nos membros superiores e inferiores, o sentar e o manter a posição ortostática, repetidos a cada intervenção e de acordo com a tolerância da cliente, tendo presente que os exercícios realizados nas atividades terapêuticas devem seguir as etapas do neuro-desenvolvimento dos bebés e exigem repetição constante de forma a reeducar o movimento (Branco & Santos, 2010; Menoita, Sousa, Pão-Alvo & Marques-Vieira, 2012). Assim, uma vez assegurada a utilização de calçado apropriado, roupa adequada e verificadas as condições de segurança ou barreiras existentes, numa lógica de prevenção de quedas (Carinhas, Mendes & Grilo, 2013), foram planeados antecipadamente e demonstrados à Sra. R.M. a sequência de movimentos necessários para realizar as atividades, já que demonstrar como se executam os exercícios e orientar a sua realização com precisão e eficácia, promovendo a participação do cliente, pode ser-lhe facilitador (Hoeman, Liszner & Alverzo, 2011). Ao longo dos turnos a Sra. R.M. participou nos exercícios, tendo demonstrado capacidade para contrariar a inclinação do tronco para a direita ao procurar atingir o equilíbrio sentada e corrigir a postura, assumiu ortostatismo por curtos períodos e com apoio unilateral, apoiando-se na grade de proteção da cama. A cliente manteve necessidade de ajuda máxima nas transferências, mas no final da intervenção, já demonstrava capacidade para realizar parte da técnica de adaptação para transferir-se.

Para o treino das ABVD vestuário, higiene pessoal e controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários procurou-se manter uma rotina facilitadora da

apreensão das tarefas a executar pela cliente, sendo sempre incentivada a participar dentro das suas capacidades e dando-lhe tempo para o fazer por si. Segundo Branco & Santos (2010), a reabilitação em pessoas vítimas de AVC deve ser encarada com um modo de vida nas 24h do dia, pelo que o seu sucesso “depende de um “crescimento” lento, repetitivo, persistente, com rotinas de exercícios que não devem evoluir para além da capacidade individual da pessoa” (p.39). Assim, foi essencial a sensibilização, formação e colaboração da equipa da UMDR para incentivar a cliente a participar no treino das ABVD em todos os momentos do dia, numa lógica de promoção do autocuidado e de prevenção de complicações, que culminou numa sessão de formação em serviço ao se evidenciar durante o Estágio na UMDR a necessidade de consolidar conhecimentos e uniformizar práticas relativamente aos Cuidados à Pessoa com AVC num contexto mais formal e que reunisse os vários profissionais da UMDR, ainda que direcionado às assistentes operacionais da UMDR (Apêndice IV e V).

Apesar de manter necessidade de ajuda máxima na realização destas ABVD, recorrendo-se ao sistema de enfermagem totalmente compensatório, a Sra. R.M. procurou participar dentro das suas capacidades, tendo conseguido realizar parte da sua higiene no banho, em cadeira de higiene na casa de banho, com ajuda moderada (lavar parte da face, membros superiores, parte do tronco e a sua higiene oral) tal como na lavagem das mãos antes e após as idas ao sanitário, relativamente ao vestuário a Sra. R.M. participou com estímulo e reforço positivo, demonstrando maior facilidade em participar na colocação da fralda e vestir a metade inferior do corpo com recurso à técnica da ponte enquanto deitada na cama e vestir a metade superior do corpo enquanto sentada na cadeira de rodas.

As intervenções realizadas relativamente ao controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários pretenderam criar uma rotina que permitisse à Sra. R.M. estabelecer um padrão de eliminação vesical e intestinal, pois o desconhecimento do seu padrão prévio (as filhas da Sra. R.M. não conseguiram especificá-lo) e a sua incapacidade de comunicar a necessidade urinar e evacuar devido às alterações cognitivas colocou em hipótese uma causa funcional para a sua incontinência de esfíncteres, para além da causa neurológica decorrente do AVC. Desta forma, a utilização do sanitário, com ajuda total, em determinados momentos do dia (antes da higiene, a meio da manhã e da tarde, após as refeições e ao deitar), pretendeu incentivar a Sra. R.M. a realizar as suas eliminações no sanitário através do

questionamento frequente sobre a necessidade de ir ao sanitário, motivando-a para comunicar o surgimento desta necessidade, e promovendo a sua ida em intervalos frequentes e expectáveis, respeitando o tempo necessário para tal, tendo presente a importância do aproveitamento do reflexo gastrocólico e da importância posição de sentada no sanitário para facilitar o processo de defecação (Gender, 2011; Menoita, Sousa, Pão-Alvo & Marques-Vieira, 2012). Os estudos sugerem que o treino comportamental tem *outcomes* positivos na incontinência urinária após AVC, iniciando-se pela ida ao sanitário a cada 2/3 horas e posteriormente com o treino vesical (Abrams, Cardozo, Khoury & Wein, 2013). No entanto, o restabelecimento de uma eliminação intestinal regular é também importante no controlo da eliminação vesical, pois a obstipação pode ser um fator contribuinte importante na incontinência urinária já que a eliminação intestinal regular pode aliviar a urgência urinária e a perda de controlo (Stevens, 2011), tendo presente a importância da nutrição (alimentação rica em fibras), da ingestão de líquidos e da mobilidade neste processo, assim como da monitorização da frequência e características da eliminação intestinal, sobretudo nos clientes com alterações cognitivas, no sentido de despistar alterações prejudiciais ao bem-estar do cliente, como a presença de fecalomas que por vezes podem desencadear falsas diarreias.

Quanto à ABVD transferências, para além do referido relativamente à intervenção com a Sra. R.M., considero importante acrescentar a importância do envolvimento do cliente e do familiar cuidador, avaliando antes de mais a segurança do ambiente e solicitando previamente a descrição e demonstração da forma como a transferência é realizada e qual o nível de ajuda aplicada, identificando défices de conhecimento sobre a técnica de transferência mais adequada à situação do cliente, qual o potencial de melhoria da capacidade para utilizar a técnica de transferência e a necessidade de introdução de produtos de apoio. No cliente submetido a Artroplastia Total da Anca, como foi o caso do Sr. A.C., o treino de transferências exigiu o reforço constante do ensino às cuidadoras (esposa e cuidadora contratada) sobre a importância de assegurar a segurança do ambiente (retirando móveis que diminuam consideravelmente o espaço necessário para a transferência) assim como da utilização de calçado adequado para prevenir quedas e das precauções para evitar movimentos luxantes, como a adução dos membros inferiores aquando do levante ou a flexão do tronco para além dos 90 graus, e da sequência de movimentos necessários para entrar e sair da cama, entrando pelo lado são e saindo pelo lado do membro

intervencionado, tendo sido necessária a introdução de um cinto de transferência pela dificuldade do cliente em seguir as orientações para a transferência devido ao déficit cognitivo evidenciado, tendo sido utilizado um cinto do cliente até a esposa poder adquirir um cinto mais adequado. No caso do cliente com AVC, surge o exemplo do Sr. M.S., cuja esposa auxiliava o cliente a sentar-se na cama puxando-o pelo membro superior parético, prática que representava risco de lesão da articulação escapulo-umeral e que poderia causar lesões na própria cuidadora. Uma vez que o ambiente já estava devidamente adaptado para prevenir quedas (piso limpo e seco, sem tapetes soltos ou móveis a obstruir a passagem) e o cliente possuía calçado fechado e adequado, a minha intervenção consistiu no ensino sobre práticas seguras na transferência para evitar quedas e lesões músculo-esqueléticas, dos princípios de mecânica corporal a respeitar e da técnica de adaptação para a transferência, tendo sido treinada a transferência com o cliente e a esposa, esclarecendo que ao permitir o Sr. M.S. participar a transferência poderia ser realizada com ajuda parcial, ao invés da ajuda total que a esposa oferecia ao não permitir a participação do Sr. M.S..

Relativamente à ABVD locomoção, recorro novamente ao exemplo do Sr. M.S., cujo treino de marcha foi realizado com recurso ao auxiliar de marcha tripé e tala de imobilização da articulação tibiotársica direita, anteriormente introduzida por compromisso da dorsiflexão, e apoio de uma pessoa, tendo sido classificado no início da intervenção na categoria 1 (Marcha Dependente Nível II) segundo a Classificação Funcional da Marcha de Holden, em que o cliente necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas, sendo esta ajuda constante e necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação. A tala de imobilização da tibiotársica, tem sido um método eficaz e prático para a manutenção das articulações e prevenção de deformidades, sendo que deve manter esta articulação em 90° (Abranches, 2017), evitando a queda do pé na fase de oscilação durante a marcha, já o tripé está indicado para pessoas com perturbações do equilíbrio, sobretudo em pessoas com hemiparesia (Hoeman, Liszner & Alverzo, 2011). O percurso realizado a cada VD consistia no corredor de casa do cliente, tendo sido treinada a marcha controlada com o Sr. M.S. (Menoita, Sousa, Pão-Alvo & Marques-Vieira, 2012). O cliente realizava marcha hemiparética com alterações da postura por tendência a realizar flexão do tronco, tendo sido possível utilizar o espelho que este tinha no quarto para corrigir a postura. No final da intervenção o Sr. M.S. progrediu para a categoria 2 (Marcha Dependente Nível I) da Classificação Funcional

da Marcha de Holden, necessitando de ajuda mínima de uma pessoa para não cair (toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação) na marcha em superfície plana. Em contexto de UMDR, foi possível treinar a locomoção com clientes cuja mobilidade foi afetada por diversas causas (ortopédicas, neurológicas, imobilidade) e com vários auxiliares de marcha, adequados ao equilíbrio, força muscular e coordenação de cada cliente (Carinhas, Mendes & Grilo, 2013; Hoeman, Liszner & Alverzo, 2011), tendo para tal instruído e treinado sobre a técnica a utilizar para cada auxiliar de marcha e situação do cliente.

No que diz respeito ao treino da ABVD alimentação, recorro ao exemplo da Sra. C., cliente que apresentava hemiparesia direita com força grau 3 segundo a Escala de avaliação da Força Muscular da *MRC* após AVC, sem disfagia, mas que, sendo o membro superior direito o seu dominante, apresentava algumas dificuldades em alimentar-se recorrendo ao membro superior esquerdo. A minha intervenção passou pelo treino da força muscular do membro superior direito através de mobilizações ativas assistidas e treino da motricidade fina através de exercícios do interesse da cliente como escrever, colorir, juntar os pontos (Apêndice VIII), recorrendo para tal a produtos de apoio como a utilização de esponja para engrossar a caneta e o lápis. Posteriormente, a Sra. C. foi instruída e treinada a utilizar talheres de cabo grosso para se alimentar com o membro superior direito, promovendo-se a alimentação de forma independente num ambiente calmo, com a cliente sentada numa postura correta.

Relativamente aos cuidados de ER à pessoa com AVC ao longo do Estágio, saliento que, para além dos abordados relativamente aos cuidados específicos à Sra. R.M., foram realizadas outras intervenções que pretenderam evitar ou diminuir a espasticidade, treinar o equilíbrio, reeducar e estimular o reflexo postural e a sensibilidade e estimular os movimentos do lado mais afetado (Menoita, Sousa, Pão-Alvo & Marques-Vieira, 2012), tendo sido incluídas no plano de cuidados de acordo com as necessidades evidenciadas pelos clientes. Assim, foram instruídas e treinadas atividades terapêuticas como o rolar na cama, a ponte, rotação e flexão/extensão controlada da coxo-femural, a carga no cotovelo como preparação para o cliente assumir a posição ortostática, iniciar treino de marcha e para participar no autocuidado. As automobilizações foram também instruídas, treinadas e incentivadas pois são exercícios que podem ser realizadas pelo cliente, o que promove a sua autonomia e satisfação com o processo de reabilitação, ajudando-o a integrar a mão

e o membro superior afetado no esquema corporal e a mantê-lo em padrão anti-espástico, a readquirir o tônus e força muscular e a evitar contraturas e atrofia musculares (Branco & Santos, 2010; Hoeman, Liszner & Alverzo, 2011; Menoita, Sousa, Pão-Alvo & Marques-Vieira, 2012). A contagem do número de repetições pelo cliente foi uma estratégia de estímulo cognitivo utilizada frequentemente. Foram ainda realizados exercícios de estimulação sensorial com recurso a um dossier de treino sensorial táctil (Apêndice VI) e bolas com diferentes texturas. Ao longo das intervenções tive o cuidado de abordar o cliente com *neglect* pelo lado mais afectado e utilizei a técnica da facilitação cruzada, tendo no contexto da UMDR promovido a colocação da mesa de cabeceira, com fotografias e objetos de utilização frequente como lenços de papel, livros, garrafa ou copo de água, no lado afectado do cliente e no contexto de ECCI-ECSCP informado o cliente e família para a importância da disposição do ambiente de forma a possibilitar a utilização desta técnica para promover a integração do hemicorpo afectado no esquema corporal do cliente.

Do contexto de ECCI-ECSCP destaco ainda o caso do Sr. C.H., de 71 anos, que foi diagnosticado com ELA em 2015 e foi admitido em ECCI-ECSCP em 2016, tendo VD três vezes por semana com a EEER. Apesar de evidenciar vários défices resultantes da evolução da doença (afasia global, disfagia tendo já sido submetido a Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG), espasticidade grau 1 segundo Escala Modificada de *Ashworth*, diminuição da massa muscular e força muscular grau 0 em todos os segmentos segundo a Escala *MRC*, com rigidez articular distal a nível dos membros superiores e inferiores) e se encontrar acamado, o Sr. C.H. mantinha função respiratória com padrão respiratório predominantemente torácico e superficial, simétrico quando estático e dinâmico, sem recurso a utilização de musculatura acessória, com reflexo de tosse presente e eficaz e esporadicamente com secreções, à percussão torácica (utilizando o método digito-digital) obteve-se um som claro, não se observando cianose central ou periférica. Foi dada continuidade ao plano de cuidados previamente estabelecido, tendo procedido a alterações que se verificaram necessárias de acordo com a avaliação realizada ao longo do período em que ocorreram as VD. Silva (2016) afirma que “o planeamento das intervenções deve ser contínuo, realista e os seus objetivos alterados à medida que a doença e o estado da pessoa se altera” (p. 483). Desta forma, o plano de cuidados incluiu intervenções como observação diária da pele para vigiar sinais de úlcera por pressão, mobilizações passivas de todos os segmentos corporais, no sentido de manter a mobilidade e

amplitude articular, evitar contraturas e atrofia musculares e promover a circulação periférica, assim como RFR para manter o padrão respiratório e manter a permeabilidade das vias aéreas, com exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios, exercícios de respiração diafragmática e reeducação costal global, incentivando a tosse e realizando manobras acessórias quando se evidenciava a necessidade de limpeza das vias aéreas, tendo presente o risco acrescido de desenvolvimento de infeções respiratórias devido à imobilidade a que o Sr. C.H. estava sujeito. A evidência científica indica que a intervenção precoce nos clientes com ELA pode ser benéfica para a manutenção da função respiratória e para a avaliação da progressão da doença, tendo também benefícios no atraso do aparecimento de problemas respiratórios (Pinto, Swash & de Carvalho, 2012; Tabor, Rosado, Robison, Hegland, Humbert & Plowman, 2016). Uma vez que a cuidadora principal era a esposa do Sr. C.H., contando com o apoio de uma instituição que presta cuidados de higiene e conforto no domicílio, as intervenções passaram pela validação do conhecimento e capacidade da esposa para realizar os cuidados necessários para promover o conforto do cliente e prevenir e/ou minimizar complicações, instruindo-a sobre cuidados à pele e mucosas do cliente, importância da alternância de decúbitos na cama e da prevenção de lesões por pressão, administração correta da terapêutica inalatória, despiste de dificuldade respiratória e necessidade de realizar tosse assistida, assim como ensino sobre a técnica, para a qual a esposa demonstrou conhecimento e capacidade para realizar, tendo presente que o foco dos cuidados de ER deve estar na adaptação da pessoa com ELA à progressiva perda de função e na preparação do cuidador/família para as crescentes necessidades da pessoa com ELA (Jacelon, 2011; Orsini, 2012; Silva, Silva, Rocha & Topa, 2010). Tendo presente que “a arte do cuidar não engloba apenas a pessoa dependente, mas também o familiar cuidador” (Santos, Lopes & Azevedo, 2009, p.19), a minha intervenção passou também pela promoção da participação ativa e da autonomia da esposa do Sr. C.H. nos cuidados, reduzindo a sobrecarga existente através da sua capacitação (Almeida, Falcão & Carvalho, 2017; Galvin, *et al.*, 2016), já que esta desejava cuidar sozinha do Sr. C.H. e mantê-lo em casa enquanto lhe fosse possível. O estudo de Santos, Lopes & Azevedo (2009) concluiu que a informação esclarecedora e a aprendizagem de algumas capacidades, através das intervenções dos Enfermeiros de Reabilitação, promoveu a autonomia e a manifestação de uma maior segurança pelo familiar cuidador, sendo a informação, as competências profissionais a nível técnico e

relacional, a relação terapêutica e a eficácia do programa terapêutico os aspetos centrais da experiência vivencial dos participantes do estudo. Já Hogden, Foley, Henderson, James & Aoun (2017) concluíram que os cuidados prestados aos clientes com ELA por equipas interdisciplinares dão resposta às expectativas dos clientes e famílias através da prestação de cuidados centrados no cliente e família, de uma comunicação forte entre os elementos da equipa e da possibilidade de prestar cuidados diferenciados e baseados na evidência científica, o que se reflete na qualidade dos cuidados e na qualidade de vida do cliente e família.

Cuidar de uma pessoa com uma doença neurológica progressiva é geradora de sobrecarga física, psicológica e social para o prestador de cuidados, pelo que é necessário avaliar a condição do cuidador (Almeida, Falcão & Carvalho, 2017; Galvin, *et al.*, 2016) e incluir no planeamento dos cuidados tempo para informar o prestador de cuidados sobre as estratégias para manter a sua saúde física e emocional e capacitá-lo para prestar cuidados adequados ao cliente (Boylan, 2011). A relação prévia do Sr. C.H. e da esposa com a EEER e a equipa da ECCI-ECSCP ajudou-me no estabelecimento da relação de ajuda com o cliente/família que me permitiu avaliar também a condição da cuidadora principal, tendo a senhora adotado estratégias de *coping* que considerava eficazes, como assegurar uma folga semanal dos cuidados ao Sr. C.H. com a ajuda das filhas, o apoio da empresa de cuidados domiciliários, as visitas das vizinhas, a relação de confiança com a EEER e o conhecimento dos recursos disponibilizados pela ECCI-ECSCP e aos quais sabia que podia recorrer se necessário.

## **J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividades e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.**

Durante o seu desenvolvimento o ser humano parte de uma situação de dependência total e progride de forma gradual e sistemática para a independência com capacidade para viver como cidadão autónomo (Reis & Bule, 2016). Porém há que distinguir independência e autonomia, pois enquanto a autonomia está relacionada com a capacidade da pessoa para gerir a sua vida, ou seja, tomar decisões sobre si, a independência está relacionada com a capacidade de desempenho de AVD e autocuidado (Reis & Bule, 2016; Sequeira, 2010). O reconhecimento da autonomia implica que o profissional de saúde estabeleça uma relação com o cliente que lhe permita ser um colaborador ativo com capacidade para

reivindicar os seus direitos de uma forma informada, livre e esclarecida (Calado, 2014), para tal o profissional de saúde deve deliberar com a pessoa, abordando as diferentes possibilidades que se lhe apresentam, esclarecê-la e ajudá-la a escolher o seu caminho para que, seja qual for o seu estado, afeição ou capacidades, a pessoa possa “criar uma maneira de viver portadora de sentido” (Hesbeen, 2010, p.76). O Plano Nacional de Saúde (DGS, 2015) em vigor assume a capacitação dos cidadãos como um dos seus princípios e desafios, assumindo que implica ações de literacia que contribuem para “a autonomia e responsabilização pela sua própria saúde e por um papel mais interventivo no funcionamento do Sistema de Saúde, com base no pressuposto da máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (*empowerment*)” (DGS, 2015, p. 21).

Ao longo do Estágio procurei demonstrar abertura para esclarecer e informar o cliente e família sobre os vários aspetos inerentes à sua situação específica desde o início da prestação de cuidados e, tendo como referência a avaliação inicial da funcionalidade, o seu projeto de saúde, os seus hábitos e motivações, a perceção do cliente sobre as suas limitações no autocuidado e o contexto em que o cliente e família se inserem, auxiliar o cliente e família na recuperação e maximização da funcionalidade de forma a readquirir um nível de independência e autonomia que lhe permita a participação familiar, social e o exercício da cidadania, aplicando os sistemas de enfermagem aos défices de autocuidado identificados de acordo com os pressupostos da Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem (2001), tendo presente que “o caminho para a realização independente das AVD’s é muito importante para o bem-estar emocional, físico e social” (João & Portelada, 2016, p.47).

Em ambos os contextos onde o Estágio decorreu os clientes evidenciavam dependência em um ou mais dos domínios das AVD, principalmente por alterações neurológicas e músculo-esqueléticas, pelo que o treino de AVD integrou o plano de cuidados da grande maioria dos clientes. Na UMDR, a minha intervenção foi sobretudo direcionada ao cliente, pelo facto de vários clientes viverem sozinhos, assim como pela dificuldade da família em estar presente nos turnos que realizei, uma vez que decorriam durante a semana em horário laboral, pelo que cada oportunidade de participação da família representou um momento importante de inclusão nos cuidados ao cliente. Assim, destaco a importância do EEER no treino de AVD na prestação direta de cuidados ao cliente e como figura de referência para a equipa interdisciplinar e família na utilização correta das estratégias adaptativas e produtos de apoio

indicados e adequados a cada cliente, motivando a equipa e os familiares para a promoção do autocuidado em todas as oportunidades numa lógica de maximização da funcionalidade. Recorro ao exemplo da Sra. M.C., que após AVC isquémico da artéria cerebral média direita, apresentava hemiparesia esquerda (força muscular grau 1 a nível dos segmentos do membro superior e grau 3 a nível dos segmentos do membro inferior segundo a Escala de Força Muscular da *MRC*, tónus muscular grau 1 no membro inferior segundo a Escala Modificada de Ashworth e sensibilidade táctil, térmica, dolorosa, vibratória e postural mantida bilateralmente, equilíbrio estático e dinâmico sentado eficaz e equilíbrio estático em pé ineficaz), tendo sido admitida na UMDR com um score de 20 no Índice de Barthel (dependência severa) e de 50 na MIF, o que se traduziu num grau de dependência modificada com assistência até 50% da tarefa. As intervenções delineadas no plano de cuidados consistiram em mobilizações ativas assistidas, realização de atividades terapêuticas (rolar na cama, a ponte, rotação e flexão/extensão controlada da coxo-femural, a carga no cotovelo), treino de força muscular, equilíbrio estático em pé, ortostatismo, e treino de AVD (alimentação, higiene pessoal, vestir e despir, transferências cama-cadeira de rodas/cadeirão, uso dos sanitários). A nível da alimentação a Sr. M.C. necessitou da introdução de material antiderrapante sob o prato e da preparação do prato (cortar os alimentos, barrar o pão com manteiga). A realização das transferências com ajuda moderada para cadeira de higiene permitiu à Sra. M.C. utilizar o sanitário e realizar a sua higiene pessoal na casa de banho do quarto com ajuda moderada, conseguindo lavar a metade superior (necessitando de ajuda para lavar as costas) e parte da metade inferior do corpo. Quanto à toalete, a cliente conseguiu pentear-se e realizar a sua higiene oral, necessitando de ajuda mínima para colocar a pasta de dentes na escova. Relativamente ao vestir, conseguiu vestir com ajuda moderada a metade inferior do corpo na cama utilizando a técnica da ponte e do rolar na cama e a metade superior do corpo sentada na cadeira de rodas com ajuda mínima, mantendo necessidade de ajuda total para aceder à roupa e prepará-la. A Sra. M.C. manteve equilíbrio estático em pé ineficaz, assumindo o ortostatismo com apoio de uma pessoa, mas com inclinação do tronco para a esquerda, pelo que se recorreu ao espelho para corrigir a postura, ao treino de levante da cadeira para a posição em pé junto à estrutura do fundo da cama e de transferência do peso do corpo para o membro inferior esquerdo e para o direito, com ajuda, para fortalecimento muscular e promover a coordenação, porém, o facto de a cliente não conseguir transferir o peso para o

membro inferior esquerdo impossibilitou o treino de equilíbrio dinâmico em pé e de marcha durante o Estágio pelo que, tendo em conta que o tempo previsto de internamento da cliente na UMDR estava prestes a terminar, existia a possibilidade de regressar ao seu domicílio necessitando de uma cadeira de rodas para se deslocar e continuidade de cuidados de reabilitação pela ECCI do Centro de Saúde da sua área de residência. No final do Estágio, a Sra. M.C. (que ainda se manteve internada na UMDR) apresentava a nível do Índice de Barthel um *score* de 50 e na MIF um *score* de 68, ou seja, dependência moderada, evidenciando ganhos que permitiram progredir de um sistema totalmente compensatório para um sistema parcialmente compensatório, sobretudo a nível da ABVD alimentação e toalete. A cada intervenção a cliente demonstrou motivação, participou e adquiriu conhecimentos e competências importantes para a maximização da sua funcionalidade e autonomia, assumindo responsabilidade pela sua reabilitação, demonstrando uma atitude pró-ativa na realização das atividades de autocuidado assim como na prevenção de lesões com todos profissionais da UMDR e com os seus familiares, a título de exemplo, indicando ela própria, e de acordo com o ensinado, as condições de segurança necessárias e planeando os passos para realizar as transferências da cama para a cadeira de rodas e/ou para o cadeirão em segurança e de forma a respeitar os princípios de mecânica corporal.

A Sra. M.C. verbalizou com alguma frequência que a sua motivação para recuperar a sua mobilidade e funcionalidade se relacionava com a possibilidade de regressar a casa, onde vivia sozinha, mas onde podia socializar com as pessoas que lhe eram mais próximas, com o namorado (que a visitava com pouca frequência por não dispor de meio de transporte próprio) e com o seu cão, tendo apenas a visita mais frequente do primo, considerando que o facto de se encontrar internada na UMDR prejudicava a socialização. Baumer, Evangelista, Lima, Moro, Borges Júnior & Soares (2013) concluíram no seu estudo que o ambiente hospitalar prejudica a socialização, no entanto retornar ao domicílio com limitações na realização de diversas AVD torna-se um desafio para os clientes hemiparéticos por AVC, dificultando também a socialização e a recreação. Como já foi referido, a possibilidade de regresso da cliente ao domicílio após o período de internamento na UMDR, ainda por decidir aquando do final do Estágio, para além de apoio no domicílio exigia também uma avaliação prévia à alta da acessibilidade na habitação assim como da via pública, pelo que foi fornecida a legislação em vigor, na forma do Decreto-lei n.º 163/2006 (2006) que aprova o

regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais, ao familiar e à própria cliente, uma vez que, segundo a descrição da cliente e do primo, se tratava de uma casa antiga e de pequenas dimensões que poderia apresentar vários obstáculos para a mobilidade em cadeira de rodas (portas com largura inferior a 0,87m) e para a funcionalidade da cliente. Foi também sugerida a verificação das condições de segurança da casa de banho, uma vez que, segundo a cliente, dispunha de uma banheira de pequenas dimensões que poderia dificultar a transferência e a higiene com recurso a tábua de banheira, tendo sido sugerida a instalação de uma base de duche adequada (0,8 m por 0,8 m), de forma a que a cliente pudesse proceder à sua higiene sentada num banco rebatível ou antiderrapante, e de barras de apoio tanto na base de duche como nas laterais da sanita (rebatíveis na vertical se adjacentes à zona livre), assim como a verificação de espaço suficiente, com a presença dos aparelhos sanitários, onde seja possível inscrever uma zona de manobra que permita rotação de 360º sem ser afetada pelo movimento de abertura da porta de acesso (Decreto-lei n.º 163/2006, 2006). O primo da cliente ficou de averiguar as condições da habitação, porém as dimensões da habitação e os fatores económicos poderiam influenciar a realização das adaptações sugeridas e, desta forma, a maximização da funcionalidade da cliente no regresso ao domicílio. Tal como indica Silva, Oliveira, Ribeiro, Prazeres & Ribeiro (2019) “uma das intervenções do EEER (...) é a sua contribuição para o aumento da literacia em saúde da população e, neste caso específico, da pessoa com mobilidade condicionada e do seu familiar cuidador” (p.24), empoderando desta forma a pessoa com mobilidade condicionada, responsabilizando-a pelos cuidados de saúde que recebe e pela identificação de barreiras e condicionantes no seu ambiente quotidiano.

A disponibilização do Decreto-lei n.º 163/2006 (2006) ao cliente e família foi também realizada no contexto de ECCI-ECSCP sempre que se identificaram barreiras arquitetónicas na via pública de acesso ao domicílio e no próprio domicílio que pudessem condicionar a acessibilidade do cliente. Assim, pude também observar as adaptações no domicílio de clientes com alterações da mobilidade sugeridas pela EEER orientadora, e sugerir alterações nos domicílios dos clientes a quem pude colaborar na admissão e que evidenciavam alterações da mobilidade, como as barras de apoio na base de duche e nas laterais da sanita, alçador de sanita, tábua de banheira ou banco antiderrapante para duche, a reorganização e/ou retirada de mobiliário de uma ou várias divisões da casa e a retirada de tapetes, assim como a

indicação de auxiliares de marcha adequados à situação específica do cliente e o treino de marcha com os dispositivos, como bengala, tripé e andarilho estático que possibilitaram ao cliente uma maior independência para o autocuidado e para a socialização com a família e comunidade. Os produtos de apoio indicados nem sempre eram acessíveis ao cliente devido às suas condicionantes financeiras, sendo necessário recorrer aos existentes na ECCI-ECSCP proveniente de doações ou às instituições da comunidade, solicitando-se o apoio da Técnica Superior de Serviço Social da equipa.

Também no contexto de ECCI-ECSCP, verifiquei que a relação terapêutica estabelecida entre o EEER e o cliente e família é essencial para o sucesso do plano de cuidados de ER, uma vez que, ao contrário do que acontece na UMDR, o cliente passa a maior parte do tempo com a sua família e esta assume a prestação de cuidados ao familiar dependente, pelo que é importante incentivar o envolvimento do cliente, do familiar cuidador e restante família, assim como a participação e coresponsabilização nos cuidados, tal como preconizado nos princípios definidos no artigo 6º do Decreto-Lei n.º 101/2006 que cria a RNCCI (2006). De acordo com o estudo de Randström, Asplund, Svedlund & Paulson (2013), os membros da família têm um papel significativo na reabilitação dos idosos à medida que estes identificam as capacidades remanescentes e procuram alcançar uma maior funcionalidade e significado na realização das suas AVD. Petronilho (2016), concluiu no seu estudo que os familiares cuidadores dos clientes acompanhados por ECCI demonstram maior capacitação para o processo de cuidar do familiar dependente do que os daqueles internados nas várias tipologias da RNCCI, pela perceção do suporte por parte das ECCI e o apoio social, assim como a experiência anterior do familiar cuidador, sendo que a maioria das famílias dos clientes com alta clínica das tipologias de internamento beneficia de suporte médico e de enfermagem planeado. Porém, há que reconhecer que assumir o papel de prestador de cuidados pode gerar tensão e ter implicações na saúde, qualidade de vida e bem-estar desta pessoa. De acordo com Silva, Neves, Vilela, Bastos & Henriques (2016), a sobrecarga vivenciada pelos prestadores de cuidados, que assumem de forma súbita e inesperada a responsabilidade de cuidar de um familiar dependente sem qualquer base ou preparação anterior, é frequentemente esquecida, tendo o enfermeiro um papel preponderante na relação terapêutica e no processo de adaptação à nova condição de vida. Os familiares, enquanto cuidadores informais, devem ser considerados como clientes e parceiros

simultaneamente no processo de cuidados, uma vez que frequentemente carecem de cuidados pelo impacto que o cuidar tem na sua própria saúde e porque, como parceiros, precisam de ser capacitados de forma a tornar mais efetiva a sua intervenção e aumentar a sua autorrealização no processo de cuidados fornecendo-lhes o adequado feedback (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social & Ministério da Saúde, 2016). Marvanejo (2017) concluiu no seu estudo sobre clientes de ECCI internados no domicílio que a funcionalidade é bastante reduzida, sendo que as pessoas que residiam perto de grandes centros populacionais e com acesso a cuidados de saúde especializados, como é o caso do EEER, apresentavam funcionalidade superior, afirmando que ao EEER, em ECCI, coloca-se o desafio de cuidar do cliente e do seu cuidador no sentido de assegurar a manutenção da funcionalidade. Recorro ao exemplo da Sra. M.L.R., utente de 74 anos internada no Hospital da sua área de residência com diagnóstico de DP e Bronquite aguda, tendo apresentado tremores que melhoraram após implementação de medicação, previamente independente no autocuidado, mas que durante o internamento permaneceu acamada, não realizando levante nem marcha. Na admissão à ECCI, a cliente apresentava como alterações diminuição da força nos segmentos do hemicorpo esquerdo, força grau 4 segundo a Escala de avaliação da Força Muscular da *MRC*, equilíbrio estático em pé ineficaz, assumindo o ortostatismo com ajuda de duas pessoas, marcha ineficaz, dependente total nas AVD (Índice de Katz *score* 0 e Escala de Lawton & Brody *score* 1). Após esclarecimento às questões sobre as implicações do diagnóstico de DP e discussão do plano de cuidados com a cliente e a nora (Sra. P.) iniciou-se programa de mobilizações ativas, treino de força muscular, treino de equilíbrio e treino de ABVD (alimentação, higiene pessoal, vestir e despir, transferências cama-cadeira) e posteriormente treino de marcha com recurso a andarilho estático, tendo sido orientada a cliente e a cuidadora para a realização dos exercícios dos programas definidos duas vezes ao dia, 10 repetições, assim como o treino de ABVD sempre que a necessidade de autocuidado se apresentasse. Os estudos sugerem que existem benefícios na qualidade de vida dos clientes com DP após a implementação de programas de exercícios físicos e fisioterapia associados ao tratamento farmacológico, pode reduzir a progressão da DP pelo aumento de níveis de dopamina e melhorar a execução das AVD, existindo maior motivação quando praticado no domicílio (Costa, Piazza, Gregório, Santos, Mesquita & Neto, 2016). Porém, apesar de ter colaborado no plano de cuidados, a cliente mostrou-se pouco

participativa nos cuidados de ER, sobretudo sempre que implicava exercícios que exigissem sair da cama, referindo tonturas. Dado que na pessoa com DP a hipotensão ortostática é frequente (Silva, 2016), sendo também um efeito adverso comum da medicação utilizada na DP, orientou-se a cuidadora e a cliente para a elevação progressiva da cabeceira da cama, permanecer sentada após as refeições por um período de pelo menos 20 minutos e a beber um copo de água antes das VD, tendo sido também realizados exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios no sentido de evitar uma reação vagal. No sentido de facilitar a preparação motora para a atividade a realizar, os exercícios e tarefas a realizar foram sempre explicados passo a passo e de forma simples e direta à Sra. M.L.R. e à Sra. P., assim como a gestão do espaço, materiais e princípios de mecânica corporal previamente à ação no sentido de minimizar o risco e aumentar a segurança na prestação de cuidados. Foram também reforçados ensinamentos sobre os benefícios e vantagens dos exercícios e do treino realizado, reforçando os riscos e implicações da imobilidade na sua situação específica, salvaguardando o respeito pela tolerância ao esforço da Sra. M.L.R..

Relativamente à familiar cuidadora da cliente, a Sra. P., na quarta VD referia estar a sentir-se desmotivada e prestes a abandonar o seu papel de cuidadora devido à relutância da cliente em participar nos cuidados e no processo de reabilitação, levando a que a cuidadora a substituísse frequentemente na realização do seu autocuidado, assim como a falta de reconhecimento por parte dos filhos da cliente, tendo assumido o papel de cuidadora por se encontrar em situação de desemprego. Randström, Asplund, Svedlund & Paulson (2013), verificaram que os participantes do seu estudo lidavam com sentimentos de dependência do outro e não participação durante a reabilitação, tendo concluído que o apoio psicológico ao cuidador era limitado. Verifiquei que existia dificuldade tanto da parte da Sra. M.L.R. como da família em aceitar a situação de dependência da cliente, as implicações do diagnóstico de DP e a mudança de papéis que a situação exigiu, assim como da Sra. P. em manter-se motivada no papel de cuidadora, apesar da disponibilidade demonstrada para adquirir as capacidades necessárias para cuidar da cliente e promover o seu potencial de autonomia no autocuidado, o que podia comprometer o processo de reabilitação e a qualidade de vida tanto da cliente como da cuidadora. Menoita, Sousa, Pão-Alvo & Marques-Vieira (2012) afirmam que “para que haja uma continuidade dos cuidados no domicílio, é necessário estabelecer uma parceria com a família, estabelecendo-se um contrato, baseado numa relação de confiança com esta, de

modo a obter o seu empenho e participação nos cuidados” (p.37), sendo também fundamental e determinante a validação das etapas do processo de reabilitação com a pessoa cuidada (Santos, 2016) . A cliente e a cuidadora informal encontravam-se num momento de crise, tanto pela situação de dependência da Sra. M.L.R. como pela súbita mudança de papel da Sra. P., que pela sua situação de desemprego se tornou na cuidadora informal da sogra. Assim, a gestão desta situação incidiu na promoção do diálogo entre a cliente e a nora com o intuito de colmatar as dificuldades evidenciadas, na negociação dos cuidados com a cliente e a familiar cuidadora propondo objetivos alcançáveis e realistas e que fossem de encontro às motivações da cliente, assim como na responsabilização pelo seu processo de reabilitação cujo sucesso depende da participação da cliente e da familiar cuidadora em todos os momentos do dia, dando reforço positivo no sentido de promover a participação e motivação da cliente no processo de reabilitação e da Sra. P. para o cuidar. Foram também apresentados os recursos disponíveis na ECCI-ECSCP, como a realização de uma conferência familiar, no sentido de discutir a situação com os filhos da Sra. M.L.R., e a intervenção da Psicóloga, recursos que não chegaram a ser utilizados até ao final do Estágio no contexto de ECCI-ECSCP, sendo que nesta fase, apesar de um percurso por vezes inconstante, a Sra. M.L.R. mostrou-se um pouco mais participativa e motivada, assim como a cuidadora, o que se refletiu na funcionalidade da cliente, progredindo na última avaliação possível para uma dependência moderada nas ABVD (Índice de Katz *score* 3), mantendo no entanto dependência total a nível das AIVD (Escala de Lawton & Brody *score* 1), permitindo também progredir de um sistema totalmente compensatório para um sistema parcialmente compensatório na intervenção com a Sra. M.L.R. e para um sistema de apoio-educação com a Sra. P..

### **J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.**

A interação que o EEER estabelece com o cliente e família na sua prestação de cuidados inicia-se na admissão e baseia-se numa relação terapêutica que se articula com o projeto de saúde da pessoa e possibilita a implementação de programas de reabilitação da função a nível respiratório, motor, cardíaco, sensorial e cognitivo, da alimentação, da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade, promovendo ganhos funcionais e a adoção de estratégias adaptativas, “identificando recursos que maximizem a independência do doente” (Boylan & Buchanan, 2011, p.197), com vista à execução das AVD inerentes ao autocuidado de forma independente e autónoma,

potenciando desta forma o desenvolvimento pessoal e a participação familiar, social e comunitária. De acordo com Kelly-Hayes & Phipps (2011) “a prática especializada de enfermagem de reabilitação baseia-se na crença de que a reabilitação é um processo de restabelecimento e manutenção do melhor estado de saúde óptimo – fisiológico, emocional, vocacional e social” (p.182).

Durante o Estágio pude conceber e implementar planos de cuidados individualizados à pessoa e ao ambiente em que se inseria, algo que foi possível através do estabelecimento de uma relação terapêutica desde o primeiro contacto. Os programas de reabilitação e as intervenções definidas e implementadas basearam-se no conhecimento técnico e científico e das competências apreendidas ao longo de todo o percurso formativo que o Estágio proporcionou.

Como foi sendo demonstrado nos exemplos mencionados ao longo deste documento, os resultados a nível da funcionalidade dos clientes diferiram, observando-se uma manutenção ou melhoria da funcionalidade, reflexo da situação de saúde e do grau de dependência prévio e atual específico de cada cliente. Os estudos indicam que o grau de dependência do cliente no autocuidado na admissão, a gravidade das alterações neurológicas e as sequelas resultantes, estão associadas ao potencial de reconstrução de autonomia, força muscular global, risco de úlcera de pressão e idade do cliente (Paolucci *et al.*, 2008; Petronilho, Magalhães, Machado & Vieira, 2010; Petronilho, 2016). No sentido de maximizar a funcionalidade do cliente, foi necessário por várias ocasiões utilizar estratégias adaptativas assim como produtos de apoio que permitissem ao cliente ser mais independentes na realização das AVD, progredindo de cuidados de ER assentes num sistema totalmente compensatório para parcialmente compensatório ou mesmo, em alguns casos, para sistema de apoio-educação à medida que o seu grau de dependência e as necessidades do cliente se foram alterando, como preconizado pela Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem (2001). A reabilitação é um processo contínuo que se desenvolve em todos os momentos do dia, pelo que as atividades realizadas, definidas no âmbito dos programas de reabilitação definidos para dar resposta às necessidades evidenciadas por cada cliente e de acordo com o contexto em que este se insere, tiveram em conta a necessidade de intervenção de outros profissionais, assim como a tolerância à atividade do cliente, por vezes limitada devido à idade avançada de vários clientes e as alterações a nível da função respiratória, cardíaca e motora decorrentes de várias patologias diagnosticadas, respeitando também os

momentos de repouso ou socialização necessários para o bem-estar, qualidade de vida e reintegração social do cliente.

As atividades realizadas, as estratégias adotadas e os recursos utilizados resultaram em ganhos a nível da força muscular e equilíbrio dos clientes que permitiram aumentar a mobilidade e repercutindo-se numa melhoria da capacidade para o autocuidado mais evidente a nível das ABVD alimentação, higiene, vestir e despir e transferências, o que se traduziu numa menor necessidade de apoio por parte dos cuidadores e numa maior motivação dos clientes para participar no seu processo de reabilitação. Desta forma, a recuperação da funcionalidade requer uma avaliação sistemática do progresso do cliente ao longo da prestação de cuidados que permita ajustar o plano de cuidados implementado de forma a ultrapassar dificuldades em atingir objetivos e promover a manutenção e maximização dos ganhos funcionais alcançados com a reabilitação. Para tal contribuiu a utilização de instrumentos de avaliação válidos, adequados e uniformizados que forneceram dados objetivos que refletiram o progresso do cliente e que facilitaram a comunicação entre os profissionais da equipa interdisciplinar dos vários contextos da prestação de cuidados, seja na UMDR ou no domicílio em contexto de ECCI-ECSCP, numa lógica de continuidade de cuidados e, conseqüentemente, na monitorização da reintegração no domicílio e comunidade (Kelly-Hayes & Phipps, 2011). O grau de desempenho na realização das AVD permite determinar os progressos da pessoa no autocuidado, tendo aplicado os instrumentos de avaliação utilizados nos dois contextos onde decorreu o Estágio, a MIF e o Índice de Barthel, o Índice de Katz e a Escala de Lawton & Brody. Para além da aplicação destes instrumentos, a continuidade de cuidados foi assegurada através do registo das intervenções realizadas e da evolução de cada cliente nas plataformas de registo utilizadas em cada contexto e na plataforma comum a ambos os contextos, a plataforma Gestcare® da RNCCI, assim como pela realização de notas de transferência e alta, sendo estas ferramentas essenciais para veicular a informação específica essencial para assegurar a continuidade do processo de reabilitação.

### **1.3- Competências específicas relacionadas com a Área de Projeto**

O impacto das doenças neurológicas é significativo a nível mundial e nacional e as sequelas associadas, que frequentemente condicionam a mobilidade e influenciam a capacidade para o autocuidado, repercutem-se numa elevada taxa de incapacidade e procura de cuidados de saúde (Barros *et al.*, 2016; Petronilho, 2016). A pessoa com alterações da mobilidade de etiologia neurológica carece da intervenção multiprofissional e interdisciplinar de profissionais de saúde especializados, onde se inclui o EEER enquanto profissional que intervém junto da pessoa e família para a readaptação e reeducação funcional com vista à manutenção e maximização das capacidades funcionais da pessoa, promovendo o seu bem-estar, capacitando-a para o autocuidado e para a reinserção familiar e social. Desta forma, a promoção do autocuidado nas ABVD na pessoa com alteração da mobilidade de etiologia neurológica foi o tema central do projeto que serviu como linha orientadora do Estágio. Assim, para o desenvolvimento de competências nesta área específica defini cinco objetivos específicos relacionados com a área de projeto no Projeto de Aprendizagem, aos quais, à semelhança do subcapítulo anterior, foram igualmente atribuídas atividades e indicadores de avaliação relativos aos três domínios de competências clínicas especializadas definidas pela OE (Regulamento n.º 392/2019, 2019) e que orientaram o meu percurso de aprendizagem em Estágio. De referir que uma parte substancial das experiências relacionadas com a área de projeto já foi apresentada nos subcapítulos anteriores, uma vez que foram sobreponíveis com as áreas clássicas de intervenção do EEER.

Em ambos os contextos onde o Estágio decorreu tive a possibilidade de desenvolver planos de cuidados com clientes com alterações da mobilidade de etiologia neurológica e as suas famílias, individualizados a cada cliente, com recurso a instrumentos assentes no conhecimento científico mais atual que me permitiram avaliar a evolução do cliente e adequar a minha intervenção aos resultados evidenciados. Sendo a dependência para o autocuidado um dos problemas mais valorizados pelos clientes e famílias, os planos de cuidados incidiram sobre o treino de ABVD e estratégias adaptativas que permitissem à pessoa adaptar-se ao seu estado de saúde e promovessem a sua independência na realização das ABVD. Suter-Riederer, Mahrer Imhof, Gabriel, Kesselring, Schnepf & Imhof (2018) constataram no seu estudo que as EEER afirmam que os cuidados aos clientes com doenças neurológicas requerem conhecimentos e competências especializadas que

permitam intervir no sentido da melhoria funcional e capacidade de autocuidado. As patologias neurológicas podem ter uma instalação súbita ou progressiva, refletindo-se na funcionalidade e dependência da pessoa, o que implica a aceitação e adaptação à situação de saúde por parte do cliente e da família de forma a encontrar significado na intervenção do EEER, o que contribuirá para uma maior motivação e participação nos cuidados (Santos, 2016). Assim, as diferentes etiologias neurológicas que afetam a mobilidade implicam a adequação dos cuidados de ER de forma a dar resposta às necessidades específicas do cliente, tendo sempre presente a promoção da saúde, a prevenção de complicações secundárias, o tratamento e a reabilitação do cliente de acordo com os problemas identificados ou potenciais, assegurando a manutenção e/ou recuperação da funcionalidade do cliente e minimizando o impacto das incapacidades instaladas, tal como foi evidenciado ao longo deste documento.

A acrescentar aos exemplos fornecidos anteriormente, recorro ao do Sr. J.L. a quem tive a oportunidade de realizar a admissão em ECCI-ECSCP e com quem pude desenvolver o respetivo plano de cuidados. Cliente de 73 anos que foi referenciado pela UMDR onde esteve internado durante 3 meses após dois internamentos hospitalares consecutivos por citocolestase e litíase vesicular, submetido a colocação de prótese biliar por endoscopia, e cistite, tendo como antecedentes pessoais (de acordo com o processo clínico do cliente e confirmado pelo cliente e família) Diabetes Mellitus Tipo II insulínica desde 2009, neuropatia diabética, doença cardíaca isquémica com história de 3 enfartes agudos do miocárdio e com colocação de *stent*, ex-fumador, Hipertensão Arterial e leucoencefalopatia isquémica com padrão de multienfartes lacunares com atrofia difusa. Independente na realização das suas AVD antes do primeiro internamento hospitalar, o Sr. J.L. deu entrada na UMDR onde esteve internado totalmente dependente nas AVD exceto na alimentação, onde era parcialmente dependente, sem fazer marcha e com incontinência de urinária e fecal, teve alta da UMDR com dependência moderada nas AVD e ainda sem fazer marcha, realizando levante diário para cadeira de rodas.

Na avaliação realizada aquando da admissão na ECCI-ECSCP, dois dias após a alta da UMDR, o Sr. J.L., obteve um resultado de 25 no *Mini-Mental State Examination*, estando orientado no espaço e pessoa e desorientado no tempo, pelo que se considera com défice cognitivo (por ter escolaridade superior a 11 anos), tendo como alterações parestesias intermitentes que o cliente descreve como sensação de “ardor” a nível dos membros inferiores, diminuição da força muscular em todos os

movimentos possíveis dos membros inferiores (força grau 4 segundo a Escala de Força Muscular da *MRC* exceto na abdução/adução dos dedos do pés com força grau 0), equilíbrio ortostático estático e dinâmico não eficaz, marcha ineficaz de acordo com a Classificação Funcional da Marcha de Holden (*score* 0, fez marcha com apoio bilateral de duas pessoas, cerca de um metro) e move-se em cadeira de rodas pela casa com ajuda parcial devido à presença de mobiliário. A nível da avaliação funcional, o Sr. J.L. apresenta dependência moderada nas ABVD (*score* 3 no Índice de Katz), apresentando dependência nas transferências, utilização da sanita e banho, e dependência total nas AIVD (*score* 2 na Escala de Lawton & Brody).

O plano de cuidados implementado passou pela orientação temporal, através da orientação do Sr. J.L. para circunstâncias ou situações atuais, indicando a data no calendário e relacionando-a com algo significativo para o cliente ou culturalmente significativo. Foi realizada RFR para melhorar a tolerância ao esforço através de exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios, exercícios de respiração diafragmática e reeducação costal global. O treino de fortalecimento muscular consistiu em mobilizações ativas e posteriormente ativas resistidas dos membros superiores e inferiores, enquanto o treino de equilíbrio em pé passou inicialmente pelo treino de equilíbrio estático em posição ortostática com aumento progressivo do tempo de permanência em pé, progredindo para treino de equilíbrio ortostático dinâmico. O treino de transferências cama-cadeira possibilitou ao Sr. J.L. utilizar a sanita e a base de duche com ajuda parcial, uma vez que, recorrendo às orientações do Decreto-lei n.º 163/2006 (2006) fornecido pela UMDR onde o cliente esteve internado, a família já tinha procedido às alterações necessárias para assegurar a acessibilidade e segurança do cliente na utilização da casa de banho do seu quarto (colocação de base de duche com dimensões adequadas, banco de apoio rebatível e barras de apoio fixas, assim como colocação de barras de apoio fixas junto à sanita), porém, no sentido de prevenir eventuais quedas, foi necessário reforçar a importância da utilização de calçado fechado e adequado ao cliente e da remoção de tapetes tanto na casa de banho como nas restantes divisões da casa, assim como de mobiliário que pudesse impedir ou dificultar a sua mobilidade e eventualmente causar alguma lesão por impacto acidental com proeminências do mobiliário. A importância da continuidade de cuidados ao cliente e família destaca-se nestas transições de cuidados pois, ainda que durante o internamento UMDR tenham sido ensinadas e treinadas com o cliente e família estratégias para a manutenção ou maximização da

funcionalidade do cliente, é no regresso ao domicílio que o cliente se depara com as barreiras físicas e arquitetónicas que condicionam a sua mobilidade e a capacidade para o autocuidado.

As primeiras quatro VD, no início da intervenção, foram marcadas por episódios de hipoglicémias em que o cliente apresentava sudorese e referia tonturas, pelo que foi necessário solicitar a intervenção da médica da ECCI-ECSCP para ajustar as unidades de insulina prescritas. A repetição dos exercícios teve sempre em conta a tolerância do cliente à atividade, tendo presente o diagnóstico de Diabetes Mellitus e de Doença Cardíaca Isquémica, tendo sido alertada a Sra. M.L. (esposa) para tal e também realizados ensinamentos ao cliente e esposa sobre hidratação e alimentação saudável e adequada à sua situação, evitando intervalos longos entre refeições, de forma a manter a glicémia controlada, vigilância de sinais de hipoglicémia ou hiperglicémia, vigilância de alterações na pele e nos pés e outros ensinamentos relevantes relacionados com o controlo e prevenção de complicações da Diabetes Mellitus, pois o ensino sobre as possíveis complicações associadas aos problemas de saúde do cliente, a prevenção de complicações e as formas de atuação na sua presença contribuem para uma maior autonomia e responsabilização pela saúde do cliente.

Segundo o estudo de El-Refay & Ali (2014), um programa de reabilitação que consistia em mobilizações dos segmentos corporais, exercícios de fortalecimento muscular, treino de equilíbrio e de marcha em clientes com neuropatia diabética periférica resultou em melhoria na marcha, tendo os participantes do estudo apresentado um aumento na velocidade da marcha, cadência, mobilidade da articulação tibiotársica e velocidade da passada. O plano de cuidados implementado contemplou um programa semelhante, no entanto, até ao final do Estágio não foi possível realizar treino de marcha, uma vez que o cliente ainda não apresentava equilíbrio ortostático dinâmico eficaz.

Relativamente ao treino das restantes ABVD, o Sr. J.L. era independente na alimentação e apresentava dificuldade no vestir/despir a metade inferior do corpo, pelo que foi realizado ensino e treino de estratégias adaptativas ao cliente e esposa, mantendo necessidade de ajuda total para vestir as meias e calçar os sapatos. O Sr. J.L. realizava a sua higiene pessoal na base de duche sentado no banco fixo, necessitando de ajuda para lavar os pés e as costas, foi sugerida a aquisição de uma esponja com cabo longo que permitisse ao cliente alcançar as extremidades do corpo e as costas. Quanto à eliminação intestinal, o cliente controlava a defecação,

solicitando ajuda à esposa para usar o sanitário diariamente após o pequeno-almoço, já no que diz respeito ao controlo da eliminação vesical, uma vez que o cliente apresentava perdas involuntárias de urina que associava a urgência, iniciou-se treino de hábitos, tendo o cliente sido encorajado a solicitar ajuda para ir ao sanitário a cada duas horas no sentido de evitar perdas de urina, antecipando a micção e a diminuir a ingestão de líquidos ao final do dia para evitar nictúria. O treino de ABVD exigiu o compromisso por parte da família, mais especificamente da Sra. M.L. (esposa), de não substituir o cliente na realização do autocuidado. A esposa do cliente foi incentivada a dar tempo e a motivar o cliente para realizar o treino de AVD em todas as oportunidades com vista à maximização da sua capacidade para o autocuidado, já que na presença da EEER o Sr. J.L. era mais participativo. No final do Estágio, cerca de 4 semanas após o início da intervenção, o Sr. J.L. manteve dependência moderada nas ABVD (*score* de 4 no Índice de Katz), necessitando ainda de ajuda parcial nas transferências para utilizar a base de duche e o sanitário, e dependência total nas AIVD (*score* 2 na Escala de Lawton & Brody), mantendo-se o sistema parcialmente compensatório na intervenção com o cliente e o sistema de apoio-educação com a cuidadora.

De referir que desde a avaliação inicial e ao longo da intervenção, o Sr. J.L. demonstrou dificuldade em aceitar a sua condição de saúde atual, recorrendo frequentemente ao humor para desvalorizar a sua dependência para o autocuidado ou dificuldade em realizar os exercícios do plano de cuidados, apoiando-se na esposa para o substituir na realização das AVD. De acordo com Randström, Asplund, Svedlund & Paulson (2013), a fragilidade expressada pelos idosos pode ajudá-los a encarar as metas intermédias como formas de atingir a condição física anterior ou de aceitar quando atingem a maximização das suas capacidades, adotando estratégias que lhe permitam adaptar a sua vida diária às circunstâncias em que se encontra. O estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança, a definição de metas realistas e a responsabilização pelo seu processo de reabilitação ajudaram o cliente a aceitar a sua situação e a participar nos cuidados de ER, assim como a colaboração e envolvimento da esposa, permitindo-lhe readquirir maior independência no seu autocuidado e participação na vida social e familiar.



## 2- CONCLUSÃO

O presente relatório reflete um percurso de aprendizagem intensa, repleto de experiências novas e enriquecedoras que contribuíram para o desenvolvimento de competências de EEER e para a construção da minha identidade profissional enquanto EEER.

A promoção do autocuidado nas ABVD na pessoa com alteração da mobilidade de etiologia neurológica, tema central deste relatório, assume-se como uma área pertinente de intervenção do EEER, pois as doenças neurológicas têm uma relevância significativa numa sociedade envelhecida, refletindo-se na mortalidade, morbidade e qualidade de vida da pessoa e família, sendo que ao interferir na mobilidade da pessoa afeta também a sua capacidade para o autocuidado nas ABVD. Assim, a intervenção do EEER, adequada e individualizada à pessoa dependente, visa a maximização da sua funcionalidade e, conseqüentemente, da sua capacidade para realizar as ABVD tão autonomamente quanto possível, o que se refletirá na sua qualidade de vida.

As características específicas de cada contexto onde o Estágio decorreu possibilitaram a implementação do projeto de Estágio e proporcionaram-me uma perspetiva abrangente da continuidade de cuidados e da influência do ambiente onde a pessoa se insere no plano de cuidados, assim como da variedade de intervenções realizadas pelo EEER para dar resposta às alterações da funcionalidade evidenciadas por cada cliente. O contexto de ECCI-ECSCP despertou-me para as particularidades da prestação de cuidados de ER no domicílio do cliente e família, onde a motivação do cliente, a participação do familiar cuidador, as condições habitacionais, os recursos disponíveis no domicílio e a capacidade para os adaptar às necessidades do cliente e aos cuidados de ER, assim como o estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança com o cliente e família são fatores determinantes para o sucesso do plano de cuidados. Já no contexto de UMDR, o empenho da equipa multiprofissional na reabilitação intensiva do cliente, motivou-me a desenvolver capacidades relacionadas com o trabalho em equipa, como a comunicação clara e objetiva que permitisse assegurar a continuidade de cuidados e a partilha de conhecimentos e pareceres baseados na melhor evidência científica, o que contribuiu para melhores resultados para o cliente. De referir que, ao longo do Estágio, na procura da evidência científica existente, verifiquei que existe ainda uma ampla área de oportunidades e

necessidades para a investigação realizada por EEER tanto em Portugal como a nível internacional relativa ao tema deste relatório, sobretudo no que diz respeito aos cuidados de ER à pessoa com doença neurológica degenerativa.

Ao longo do Estágio tive a possibilidade de prestar cuidados de ER a vários clientes que se enquadravam no tema do projeto, porém procurei não cingir a minha intervenção à população-alvo do projeto e aproveitar todas as experiências possíveis na procura do desenvolvimento das competências específicas do EEER nas várias áreas de intervenção, no entanto a experiência na área dos cuidados à criança não se proporcionou, pelo que será uma área a investir no futuro. A realização de uma média de 4 turnos por semana em ambos os contextos de Estágio foi um fator facilitador, uma vez que a possibilidade de assegurar a continuidade de cuidados permitiu um maior acompanhamento da evolução dos clientes e da efetividade ou necessidade de revisão dos planos de cuidados, contribuindo para a aprendizagem e facilitando o estabelecimento da relação de confiança com o cliente e família. No entanto, considero que o facto de na UMDR os turnos ocorrerem sempre no período do turno da manhã e durante a semana dificultou a integração da família nos cuidados, uma vez que se trata do período laboral, logo a presença e inclusão dos familiares na prestação de cuidados, especialmente do familiar cuidador, foi pontual.

Quanto às perspetivas futuras para o exercício profissional como EEER, uma vez que o serviço onde exerço a minha atividade profissional não está direcionado para a prestação de cuidados de ER, posso afirmar que a procura de um novo local de trabalho, noutra instituição onde trabalhar ou até noutra instituição, onde possa aplicar e consolidar os conhecimentos, capacidades e competências de EEER adquiridos neste percurso formativo será uma prioridade. Pretendo ainda procurar oportunidades de aprendizagens que me permitam melhorar o meu desempenho como EEER, pois o exercício da prática profissional de Enfermagem requer uma aprendizagem contínua.

Desta forma considero que os contextos de Estágio e as vivências proporcionadas motivaram momentos de reflexão e aprendizagem suportados pela mobilização e aprofundamento de conteúdos teóricos e técnicos, permitindo-me cumprir os objetivos delineados e que sustentaram o desenvolvimento de competências comuns de EE e específicas de EEER nas suas áreas de intervenção, assim como o preconizado nos Descritores de Dublin e contemplado em Decreto-Lei n.º 107/2008 (2008) para a obtenção do grau de mestre.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams, P., Cardozo, L., Khoury, S., & Wein, A. (Edits.). (2013). *Incontinence* (Vol. 5). Paris: European Association of Urology/International Consultation on Urological Diseases .
- Abranches, M. (2017). Fisioterapia Motora. Em S. Diccini, *Enfermagem em neurologia e neurocirurgia* (pp. 469-488). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Almeida, L., Falcão, I., & Carvalho, T. (2017). Avaliação da sobrecarga dos cuidadores de pessoas com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA). *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 25(3), pp. 585-593. Obtido de <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO0871>
- Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4\\_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf)
- Barata, L. (2016). Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida Profissional - A Importância da Formação Contínua. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 123-135). Loures: Lusodidacta.
- Barros, J., Silveira, L., Tavares, F., Oliveira, F., Natário, A., Cunha, L., . . . Rodrigues, M. (2016). *Rede de Referência Hospitalar: Neurologia*. República Portuguesa - Saúde. Obtido em Maio de 2017, de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/05/RRH-Neurologia-Para-CP.pdf>
- Baumer, A., Evangelista, B., Lima, E., Moro, C., Borges Junior, N., & Soares, A. (2013). Avaliação da mobilidade funcional em pacientes hemiparéticos por acidente vascular cerebral. *Fisioterapia Brasil*, 14(2), pp. 141-146. Obtido em Maio de 2017, de <http://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/383/680>

- Boylan, L. (2011). Doenças Neuromusculares. Em S. Hoeman, *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (4ª ed., pp. 443-468). Loures: Lusodidacta.
- Boylan, L., & Buchanan, L. (2011). Reabilitação de Base Comunitária. Em S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed., pp. 187-200). Loures: Lusodidacta.
- Braga, R. (2016). Reeducação da Deglutição. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 263-270). Loures: Lusodidacta.
- Branco, P. (2016). Equipa de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 25-34). Loures: Lusodidacta.
- Branco, T., & Santos, R. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Calado, M. (2014). *A autonomia do doente em fim de vida e a satisfação com a informação*. (Dissertação de Mestrado). Obtido de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15297/1/Tese%20Marta%20Calado%20n%C2%BA192410022.pdf>
- Cardoso, A., Felizardo, H., & Januário, J. (2012). O Enfermeiro como gestor do processo de preparação do regresso a casa. Em *Enfermagem de Nightingale até aos Dias de Hoje 100 anos* (Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra ed., pp. 75-88). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Cardoso, J., & Costa, J. (2010). Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. *Ciência e Saúde Colectiva*, 15(6), pp. 2871-2878. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600024>
- Carinhas, M., Mendes, M., & Grilo, E. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido em Maio de 2017, de

[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp\\_mobilidade\\_vf\\_site.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp_mobilidade_vf_site.pdf)

Chaplin, H., Hazan, J., & Wilson, P. (2012). Self-management for people with long-term neurological conditions. *British Journal of Community Nursing*, 17(6), pp. 250-257. doi:10.12968/bjcn.2012.17.6.250

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIPE® Versão 2015 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM*. Ed. Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.

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

Costa, A., Piazza, L., Gregório, E., Santos, A., Mesquita, K., & Neto, F. (2016). Efeitos dos programas de exercícios físicos e fisioterapia em indivíduos com Parkinson. *Fisioterapia Brasil*, 17(1), pp. 79-83. doi:<http://dx.doi.org/10.33233/fb.v17i1.28>

Danski, M., Oliveira, G., Pedrolo, E., Lind, J., & Johann, D. (2017). A Importância da Prática Baseada em Evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. *Ciência Cuidado e Saúde*, 16(2). doi:10.4025/cienccuidsaude.v16i2.36304

De, S., Chopra, C., Mehta, D. M., & Mehndiratta, M. M. (2017). Comparison between Mirror Therapy and Mental Imagery in Improving Ankle Motor Recovery in Sub Acute Stroke Patients. *Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy*, 11(3), pp. 169–172. doi:<https://doi.org/10.5958/0973-5674.2017.00097.1>

Decreto-Lei n.º 107/2008. (2008). Altera os Decretos-Leis n.os 74/2006, de 24 de Março, 316/76, de 29 de Abril, 42/2005, de 22 de Fevereiro, e 67/2005, de 15 de Março, promovendo o aprofundamento do Processo de Bolonha (...) Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República, Série I*(n.º 121/2008 de 2008-06-25), pp. 3835 - 3853. Obtido de ELI:<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/107/2008/06/25/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei n.º 163/2006. (2006). Aprova o regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais, revogando o Decreto-Lei n.º 123/97, de 22 de Maio. Ministério do Trabalho e

da Solidariedade Social. *Diário da República, Série I*(n.º 152 de 2006-08-08), pp. 5670 - 5689. Obtido de ELI:<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/163/2006/08/08/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei n.º101/2006. (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde. *Diário da República, Série I-A*(n.º 109 de 2006-06-06), pp. 3856-3865. Obtido de ELI:<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>

Deodato, S. (2016). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 35-39). Loures: Lusodidacta.

Despacho n.º 1400-A/2015. (2015). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. *Diário da República, 1.º suplemento, Série II*(N.º 28/2015 de 10-02-2015), pp. 3882(2)-3882(10). Obtido de ELI:<https://dre.pt/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?l=1>

Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020. Direção-Geral da Saúde. Obtido de <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>

Direção-Geral da Saúde; Direção de Serviços de Informação e Análise. (2017). *A Saúde dos Portugueses 2016*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18278/1/A%20Sa%C3%BAde%20dos%20Portugueses%202016.pdf>

Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: University Press.

Doran, D., Harrison, M., Laschinger, H., Hirdes, J., Rukholm, E., Sidani, S., . . . Cranley, L. (2006). Relationship Between Nursing Interventions and Outcome Achievement in Acute Care Settings. *Research in Nursing Health*, 29, pp. 61-70.

Duchene, P. (2011). Qualidade: Indicadores e Gestão. Em S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (4ª ed., pp. 153-167). Loures: Lusodidacta.

- El-Refay, B., & Ali, O. (2014). Efficacy of Exercise Rehabilitation Program in Improving Gait of Diabetic Neuropathy Patients. *The Medical journal of Cairo University*, 82(2), pp. 225-232. Obtido de [https://scholar.cu.edu.eg/?q=olfatibrahim/files/efficacy\\_of\\_exercise\\_rehabilitation\\_program\\_in\\_improving\\_gait\\_of\\_diabetic\\_neuropathy\\_patients\\_.pdf](https://scholar.cu.edu.eg/?q=olfatibrahim/files/efficacy_of_exercise_rehabilitation_program_in_improving_gait_of_diabetic_neuropathy_patients_.pdf)
- Fontes, A. (2014). *Funcionalidade e Incapacidade: conceptualização, estrutura e aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Loures: Lusodidacta.
- Galvin, M., Corr, B., Madden, C., Mays, I., McQuillan, R., Timonen, V., . . . Hardiman, O. (2016). Caregiving in ALS - a mixed methods approach to the study of Burden. *BMC palliative care*, 15(1), pp. 81-93. doi:10.1186/s12904-016-0153-0
- Gender, A. (2011). Eliminação e Regulação Intestinal. Em S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (4ª ed., pp. 387-410). Loures: Lusodidacta.
- Glenn-Molali, N. (2011). Alimentação e Deglutição. Em S. Hoeman, *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed., pp. 295-317). Loures: Lusodidacta.
- Godinho, N. (2018). Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Normas APA. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Gomes, J., Martins, M., Gonçalves, M., & Fernandes, C. (2012). Enfermagem de reabilitação: percurso para a avaliação da qualidade em unidades de internamento. *Revista de Enfermagem Referência, III Série* (8), pp. 29-38.
- Gronkiewicz, C., & Coover, L. (2011). Reabilitação Respiratória e Pulmonar. Em S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (4ª ed., pp. 319-350). Loures: Lusodidacta.
- Hesbeen, W. (2010). *A Reabilitação - criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S., Liszner, K., & Alverzo, J. (2011). Mobilidade Funcional nas Actividades de Vida Diária. Em S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (4ª ed., pp. 209-270). Loures: Lusodidacta.

- Hogden, A., Foley, G., Henderson, R. D., James, N., & Aoun, S. M. (2017). Amyotrophic lateral sclerosis: improving care with a multidisciplinary approach. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 10, pp. 205–215. Obtido de <https://doi.org/10.2147/JMDH.S134992>
- Jacelon, C. (2011). *The speciality practice of rehabilitation nursing : a core curriculum* (6ª ed.). Glenview: Association of Rehabilitation Nurses.
- João, A., & Portelada, A. (2016). Reabilitação na pessoa idosa em situação de AVC com alterações do equilíbrio postural. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp. 40-48.
- Kelly-Hayes, M., & Phipps, M. (2011). Avaliação da Função e Medidas de Resultados. Em S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (4ª ed., pp. 177-186). Loures: Lusodidacta.
- Lutz, B., & Davis, S. (2011). Modelos Teóricos e Práticos para a Enfermagem de Reabilitação. Em S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (4ª ed., pp. 15-30). Loures: Lusodidacta.
- Martins, M., Martins, A., & Martins, A. (2016). Reeducação Familiar/Social - Reconstrução da Vida Familiar e Social no Processo de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 67-76). Loures: Lusodidacta.
- Marvanejo, D. (2017). *Funcionalidade dos utentes internados no domicílio em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI): intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.19/4507>
- Mendes, M., Novo, A., Gouveia, E., Dias, I., & Braga, R. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9811/docinstrurecolhadadosenfreatilita%c3%a7%c3%a3o\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9811/docinstrurecolhadadosenfreatilita%c3%a7%c3%a3o_vf.pdf)

- Menoita, E., Sousa, L., Pão-Alvo, I., & Marques-Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos* (1ª ed.). São Paulo: Editora Manole, Ltda.
- Miller, C. A. (2012). *Nursing for wellness in older adults* (6ª ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social & Ministério da Saúde. (2016). *Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019*. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI-2016-2019-Ofi%CC%81cial-Anexo-III.pdf>
- Oliveira, I., Couto, G., & Mota, L. (2019). Terapêuticas de enfermagem na pessoa com deglutição comprometida após acidente vascular cerebral. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(23), pp. 133-140. Obtido de <https://doi.org/10.12707/RIV19057>
- Oliveira, R. (2018). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): Um estudo aprofundado sobre a eficácia e eficiência do seu desenho e funcionamento nomeadamente em Cuidados de Reabilitação. *Dissertação de Mestrado*. Tomar: Instituto Politécnico de Tomar - Escola Superior de Gestão de Tomar. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/28548>
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Parecer n.º 12/2011. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação sobre Actividades de Vida diária. *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido de [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12\\_MCEER\\_18\\_11\\_2011\\_ActividadesVidaDiaria\\_AVD.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6ª ed.). St. Louis: Mosby.

- Organização Mundial da Saúde. (2004). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2006). *Neurological disorders: public health challenges*. Genebra: Organização Mundial de Saúde. Obtido em Abril de 2017, de [http://www.who.int/mental\\_health/neurology/neurodiso/en/](http://www.who.int/mental_health/neurology/neurodiso/en/)
- Orsini, M. (2012). *Reabilitação nas doenças neuromusculares: abordagem interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Guanabara koogan.
- Paolucci, S., Bragoni, M., Coiro, P., & Angelis, D. (2008). Quantification of the Probability of Reaching Mobility Independence at Discharge from a Rehabilitation Hospital in Nonwalking Early Ischemic Stroke Patients: A Multivariate Study. *Cerebrovascular Diseases*, 26, pp. 16–22. doi:10.1159/000135648
- Paolucci, T., Cardarola, A., Colonnelli, P., Ferracuti, G., Gonnella, R., Murgia, M., . . . Mangone, M. (2019). Give me a kiss! An integrative rehabilitative training program with motor imagery and mirror therapy for recovery of facial palsy. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 56(1), pp. 58-67. Obtido de 10.23736/S1973-9087.19.05757-5
- Parrish, R. (2010). Measuring population health outcomes. *Preventing chronic disease, Public Health Research, practice and policy*, 7(4, A71), pp. 1-11. Obtido em 21 de Outubro de 2016, de [https://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jul/10\\_0005.htm](https://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jul/10_0005.htm)
- Pedrolo, E., Danski, M., Mingorance, P., Marques de Lazzari, L., Méier, M., & Crozeta, K. (2009). A Prática Baseada em Evidências como ferramenta para a prática profissional do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*, 14(4), pp. 760-763. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i4.16396>
- Pereira, R. (2016). Enfermagem Baseada na Evidência: Um desafio, uma Oportunidade. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 101-111). Loures: Lusodidacta.

- Pestana, H. (2016). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 47-56). Loures: Lusodidacta.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado : conceito central da enfermagem. da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde.
- Petronilho, F. (2016). *Ganhos em Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - O caso dos dependentes acompanhados pelos prestadores de cuidados da área de abrangência da ECL do ACES do Alto Ave* -. Braga: Centro de Investigação em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. Obtido em Junho de 2017, de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/42603/1/Ganhos%20em%20saude%20na%20RNCCI.pdf>
- Petronilho, F., Magalhães, M., Machado, M., & Vieira, M. (2010). Caracterização do doente após evento crítico: impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. *Revista Sinais Vitais*, pp. 41-47.
- Pimenta, E., Costa, A., Bule, M., & Reis, G. (2019). Recuperar a expressão facial após parésia facial central. *Revista Ibero-americana de Saúde e Envelhecimento*, 5(1), pp. 1691-1706. doi:[http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2019.5\(1\).%p](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2019.5(1).%p).
- Pinto, S., Swash, M., & de Carvalho, M. (2012). Respiratory exercise in amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotrophic Lateral Sclerosis*, 13(1), pp. 33-43. Obtido de <https://doi.org/10.3109/17482968.2011.626052>
- Pontes, M. M., & Santos, A. (2016). A Gestão de Serviços de Enfermagem de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 89-100). Loures: Lusodidacta.
- Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares & Direção de Serviços de Informação e Análise. (2016). *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2015*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Obtido de <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da>

saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-892489-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAArySzltzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA

- Pryor, J. (2011). Lidar com o Cliente e a Família. Em S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed., pp. 469-497). Loures: Lusodidacta.
- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista Referência em Enfermagem, Série IV - n.º 3*, pp. 157-164. Obtido em Abril de 2017, de <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>
- Randström, K., Asplund, K., Svedlund, M., & Paulson, M. (2013). Activity and participation in home rehabilitation: older people's and family members' perspectives. *Journal of rehabilitation medicine, 45*(2), pp. 211–216. doi:10.2340/16501977-1085.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, Série II*(N.º 26 de 06-02-2019), pp. 4744-4750. Obtido de ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Regulamento n.º 392/2019. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, Série II*(N.º 85 de 03-05-2019). Obtido de ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>
- Regulamento n.º 350/2015. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*(N.º 119 de 22-06-2015), pp. 16655-16660. Obtido de ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/67552234>
- Reis, G., & Bule, M. (2016). Capacitação e atividade de vida. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 57-65). Loures: Lusodidacta.

- Santos, L. (2016). O Processo de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 15-23). Loures: Lusodidacta.
- Santos, M. F., Pedro, M. C., Lopes, N., & Azevedo, T. (2009). Sentimentos do Familiar Cuidador Face à Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp. 15-24.
- Santos-Couto-Paz, C., Teixeira-Salmela, L., & Tierra-Criollo, C. (2013). The addition of functional task-oriented mental practice to conventional physical therapy improves motor skills in daily functions after stroke. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 17(6), pp. 564-571. Obtido em maio de 2017, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552012005000123>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.
- Serras, M., & Cruz, A. G. (2015). Fatores determinantes da qualidade de vida relacionada com a saúde após acidente vascular cerebral. Em A. Morais, A. Cruz, & C. Oliveira (Edits.), *Enfermagem de Reabilitação – Percursos de Investigação. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp. 35-52). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem/Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Sidani, S. (2011). Self-Care. Em D. Doran (Ed.), *Nursing Outcomes: the state of the science*. (2ª ed., pp. 79-129). Sudbury: Jones & Bartlett Learning.
- Silva, A., Silva, M., Rocha, M., & Topa, P. (2010). Quais as informações que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, consideram essenciais para incluir nas cartas de alta/transferência hospitalar dos doentes portadores de patologia neurodegenerativa e, que são reinseridos na comunidade? *Revista Investigação em Enfermagem*, pp. 82-95.
- Silva, C., Oliveira, F., Ribeiro, M., Prazeres, V., & Ribeiro, O. (2019). Novos desafios para velhos problemas: o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da acessibilidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(2), pp. 20-26. doi:10.33194/rper.2019.v2.n2.02.4561

- Silva, I., Neves, C., Vilela, A., Bastos, L., & Henriques, M. (2016). Viver e Cuidar Após o Acidente Vascular Cerebral. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV(8)*, pp. 103-111. doi:<https://dx.doi.org/10.12707/RIV15047>
- Silva, R., Luz, M., Fernandes, J., Silva, L., Cordeiro, A., & Mota, L. (2018). Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. *Revista de Enfermagem Referência, série IV(16)*, pp. 147-154. Obtido de <https://dx.doi.org/10.12707/RIV17076>
- Silva, S. (2016). Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Neurológica Degenerativa. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 475-486). Loures: Lusodidacta.
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2016). Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação para a Investigação e Prática dos Enfermeiros de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 113-121). Loures: Lusodidacta.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública : cuidados de saúde na comunidade centrados na população* (7<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusodidacta.
- Stevens, K. (2011). Eliminação e Continência Urinária. Em S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (4<sup>a</sup> ed., pp. 351-386). Loures: Lusodidacta.
- Suter-Riederer, S., Mahrer Imhof, R., Gabriel, C., Kesselring, J., Schnepf, W., & Imhof, L. (2018). Consenting on Principles of Rehabilitation Nursing Care: A Delphi Study. *Rehabilitation nursing : the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 43(6), pp. E35–E41. Obtido de <https://doi.org/10.1097/rnj.0000000000000111>
- Tabor, L., Rosado, K., Robison, R., Hegland, K., Humbert, I., & Plowman, E. (2016). Respiratory training in an individual with amyotrophic lateral sclerosis. *Annals of Clinical and Translational Neurology*, 3(10), pp. 819–823. Obtido de <https://doi.org/10.1002/acn3.342>

- Taylor, S. (2002). Teoria do Défice do Auto-Cuidado de Enfermagem. Em A. Tomey, & M. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed., pp. 211-235). Loures: Lusociência.
- Taylor, S., & Renpenning, K. (2011). *Self-care science, nursing theory, and evidence-based practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company, LLC. Obtido de <https://doi.org/10.5860/CHOICE.49-2104>
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, 38(11), pp. 2948–2952. Obtido de <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/strokeaha.107.483933>
- Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2016). Treino de Atividades de Vida Diária. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 351-363). Loures: Lusodidacta.
- Wold, J. L. (2011). Gestão da Qualidade. Em M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde centrados na população* (7ª ed., pp. 547-569). Loures: Lusodidacta.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I:** Plano de Sessão de Formação em Serviço “Paralisia Facial: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Reeducação dos Músculos da Face”

## PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

**Tema:** Paralisia Facial: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Reeducação dos Músculos da Face

**Data:** 14 de Novembro 2019

**Hora:** 8h30

**Local:** Sala de trabalho da Equipa de Cuidados Continuados Integrados e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos da Unidade de Cuidados na Comunidade

**Duração:** 20 minutos

**Responsável:** Carina Andrade, sob orientação da Enf. EER G.S.

**Destinatários:** Enfermeiras Equipa de Cuidados Continuados Integrados e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos da Unidade de Cuidados na Comunidade

**Objetivo Geral:** Consolidar conhecimentos e práticas relativamente aos cuidados de enfermagem à pessoa com paralisia facial, contribuindo para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem.

**Objetivos Específicos:**

- Identificar a epidemiologia, etiologia e prognóstico da Paralisia Facial;
- Identificar os sinais presentes na Paralisia Facial Central e na Paralisia Facial Periférica;
- Analisar as intervenções de enfermagem à pessoa com Paralisia;
- Apresentar os exercícios de recuperação da Paralisia Facial;
- Analisar o papel do Enfermeiro na recuperação da Paralisia Facial.

| Conteúdos   | Meios              | Metodologia                                | Tempo Previsto |
|---|--------------------|--|----------------|
| <b>Introdução:</b><br>- Apresentação dos objetivos da sessão  | - Projeção visual  | Exposição oral                             | 2 minutos      |
| <b>Desenvolvimento:</b><br>- Definição de Conceitos;<br>- Intervenções de Enfermagem;<br>- Exercícios de Recuperação da Paralisia Facial. | - Projeção visual. | Exposição oral                             | 15 minutos     |
| <b>Conclusão:</b><br>Síntese dos principais aspetos abordados.<br>Discussão   | - Projeção visual  | Exposição oral<br>Interação e<br>Discussão | 3 minutos      |

**APÊNDICE II:** Sessão de Formação “Paralisia Facial: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Reeducação dos Músculos da Face”

## Paralisia Facial

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na  
Reeducação dos Músculos da Face



Elaborado por:  
Estudante EER: Carina Andrade  
Enfermeira Orientadora: En<sup>o</sup> EER G. S.

2019

## 2 Sumário

- Objetivo;
- Definição de Conceitos;
- Intervenções de Enfermagem;
- Exercícios de Recuperação da Paralisia Facial.

## 3 Objetivo

- Consolidar conhecimentos e práticas relativamente aos cuidados de enfermagem à pessoa com paralisia facial, contribuindo para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem.

## 4 Face



- Região do corpo mais exposta ao meio;
- Marca a individualidade, reflete o estado psicológico de cada um e permite a exteriorização das emoções humanas;
- É aquela que, muitas vezes, desperta a atenção dos que estão por perto, pela alteração da mímica facial;

(Konecny et al., 2014; Mendes, Freysteinson, Gamboa & Pereira, 2017; Menoita, Sousa & Vieira, 2012; Santos, Chiari & Guedes, 2016; Tavares, Sousa & Jesus, 2018)

## 5 Face

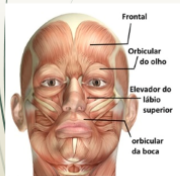


Figura 1. Músculos da expressão facial, controlados pelo nervo facial

- A relevância do movimento facial verifica-se na comunicação verbal e não-verbal, na alimentação e na proteção para os olhos;
- A privação dos movimentos faciais limita dramaticamente a integração da pessoa com o seu próximo e com o meio – maior predisposição à depressão.

(Konecny et al., 2014; Mendes, Freysteinson, Gamboa & Pereira, 2017; Menoita, Sousa & Vieira, 2012; Santos, Chiari & Guedes, 2016; Tavares, Sousa & Jesus, 2018)

## 6 Paralisia Facial (PF)

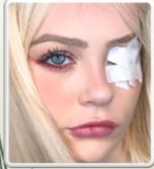


- Doença relativamente frequente em todo o mundo, transversal a todas as faixas etárias, sem predileção quanto ao género;
- 5% a 13% de causa neurológica;
- Outras causas:
  - tumores (ex: neuroma acústico);
  - paralisia de Bell (ativação do vírus herpes simplex latent HSV-1 despoletada por infeções e exposição a baixas temperaturas);
  - síndrome de Ramsay Hunt (ativação do vírus da varicela zoster ou herpesvirus 3).

(Carlson & Pfadt, 2005; Konecny et al., 2014; Menoita, Sousa & Vieira, 2012; Paolucci et al., 2019; Santos, Chiari & Guedes, 2016)

7

## Paralisia Facial (PF)



- Na PF Periférica 80% dos casos tem recuperação total, 15% fica com lesões permanentes e 5% com sequelas severas:
  - Deficiência funcional geradora de alterações psicológicas, sociais e profissionais;
- A reabilitação melhora a autoestima e qualidade de vida da pessoa com PF:
  - recuperação dos movimentos mímicos e expressivos;
  - melhoria na articulação da fala, na mastigação e na deglutição.

(Konecny et al., 2014; Menoita, Sousa & Vieira, 2012; Paolucci et al., 2019; Santos, Chiari & Guedes, 2016)

8

## Plegia ≠ Parésia

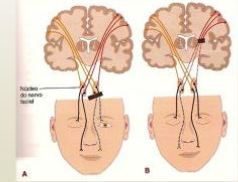
**Plegia=Paralisia** - diminuição ou abolição da motricidade, em uma ou mais partes do corpo, devida a lesão dos centros nervosos ou das vias motoras (piramidais ou extrapiramidais), ou devida a lesões no sistema muscular. **Designa habitualmente um déficit completo da força muscular.**

**Parésia** - diminuição da motricidade em uma ou mais partes do corpo, devida a lesão dos centros nervosos ou das vias motoras (piramidais ou extrapiramidais), ou devida a lesões do sistema nervoso periférico, inclusive na junção neuromuscular.

9

## Paralisia Facial (PF)

- Interrupção da informação motora para a musculatura facial, afetando o nervo facial responsável pela musculatura mímica da face.
- Paralisia Facial Central (PFC) ou supranucleares
- Paralisia Facial Periférica (PFP) constituindo as nucleares e infranucleares



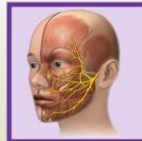
(Konecny et al., 2014; Menoita, Sousa & Vieira, 2012; Paolucci et al., 2019)

10

## Paralisia Facial (PF)

- Pares Cranianos afetados:

- VII - Facial (controle dos músculos faciais e percepção gustativa no terço anterior da língua);
- V - Trígêmeo (controle dos movimentos da mastigação e percepção sensorial da face, seios da face e dentes)
- VIII - Auditivo/Vestíbulo-coclear/Estato-acústico (orientação e movimento, audição)



(Konecny et al., 2014; Menoita, Sousa & Vieira, 2012; Paolucci et al., 2019; Robinson, Baiungo, Hohman & Hadlock, 2012)

11

## Paralisia Facial Central (PFC)



Movimentos involuntários ou emocionais preservados. Mais comum no AVC.

- Assimetria facial e incapacidade muscular para a mímica na metade inferior do rosto;
- Apagamento do sulco nasogeniano;
- Desvio da comissura labial para o lado menos afetado;
- Perda de saliva pela comissura labial;
- Sorriso assimétrico;
- Dificuldade na articulação das palavras;
- Atonia dos lábios, língua e garganta.

(Konecny et al., 2014; Mendes, Freysteinson, Gamboa & Pereira, 2017; Menoita, Sousa & Vieira, 2012)

12

## Paralisia Facial Periférica (PFP)



- Assimetria facial e incapacidade muscular para a mímica na metade do rosto;
- Ausência de rugas frontais;
- Encerramento incompleto da pálpebra e lacrimejo;
- Apagamento do sulco nasogeniano;
- Desvio da comissura labial;
- Perda de saliva pela comissura labial;
- Sorriso assimétrico;
- Atonia dos lábios, língua e garganta.

(Carlson & Pradt, 2005; Robinson et al., 2012)

13

## Intervenções de Enfermagem

- Anamnese;
- Avaliação física e dos pares cranianos;
- Avaliação do grau de parésia facial (Escala de House Brackman ou Escala de Chevalier);
- Elaboração do Plano de Cuidados em Parceria com o utente/família.



14

## Escala de House Brackman (1985)

| Grau | Descrição                     | Em repouso               | Em movimento   |
|------|-------------------------------|--------------------------|--|
| I    | Normal                        | Simetria                 | Função facial normal<br>Frente: função moderada a boa  |
| II   | Distúrbio leve                | Simetria e tônus normais | Olho: fechamento completo com esforço mínimo<br>Boca: assimetria discreta<br>Frente: movimento discreto a moderado |
| III  | Distúrbio moderado            | Simetria e tônus normais | Olho: fechamento completo com esforço<br>Boca: discreta fraqueza com máximo esforço<br>Frente: nenhum              |
| IV   | Distúrbio moderadamente grave | Simetria e tônus normais | Olho: fechamento incompleto<br>Boca: assimetria com esforço máximo<br>Frente: nenhum                               |
| V    | Distúrbio grave               | Assimetria               | Olho: fechamento incompleto<br>Boca: discreto movimento  |
| VI   | Parálise total                | Assimetria               | Nenhum movimento   |

(retirado de Fonseca, Mourão, Motta &amp; Vicente, 2015)

15

## Escala de Chevalier (1987)

| Nível | Descrição   |
|-------|---|
| 0     | Contração não visível nem a olho nu, nem à luz rasante  |
| 1     | Pequena mobilidade de pele  |
| 2     | A pele move-se mais. Percebem-se levemente as rugas   |
| 3     | A pele move-se mais claramente. O número de rugas aumenta, assim como a sua profundidade      |
| 4     | O movimento é efetuado de maneira ampla, sincrónica e simétrica em relação ao lado não lesado |

(retirado de Fonseca, Mourão, Motta &amp; Vicente, 2015).

16

## Exercícios de recuperação da PF

- Reeducação neuromuscular:
  - Promove a simetria facial e a sua expressão;
  - Melhora a alimentação e a comunicação;
  - Método convencional, pode ser realizado em ambulatório;
  - Permite recuperar o movimento facial simétrico e reduzir ou eliminar os problemas associados da fala e da deglutição.
  - A reeducação dos músculos da face é longa e meticulosa e exige grande concentração - aconselhável treino 2 x dia.



(Konecny et al., 2014; Mendes, Freysteinson, Gamboa &amp; Pereira, 2017; Menoita, Sousa &amp; Vieira, 2012; Robinson et al., 2012)

17

## Exercícios de recuperação da PF

- Colocação de calor húmido na hemiface afetada, durante 10 minutos (fase flácida) ou 15 minutos (fase de hipertonia) antes de iniciar o treino.



(Konecny et al., 2014; Mendes, Freysteinson, Gamboa &amp; Pereira, 2017; Menoita, Sousa &amp; Vieira, 2012; Robinson et al., 2012)

18

## Exercícios de recuperação da PF

- Massagem facial – eleva o metabolismo celular e estimula o trofismo muscular e os receptores proprioceptivos
- pode ser realizada em ambos os lados da face – estímulos sensoriais simétricos.



(Konecny et al., 2014; Mendes, Freysteinson, Gamboa &amp; Pereira, 2017; Menoita, Sousa &amp; Vieira, 2012; Robinson et al., 2012)

## 19 Exercícios de recuperação da PF



- Poderão ser incluídas ainda:
  - técnicas de estimulação através de vibrações, vibrações curtas sobre os músculos afetados, com as polpas digitais;
  - a aplicação de cubo de gelo com duração até 10 minutos – com o cuidado de manter a temperatura miofascial.

(Konecny et al., 2014; Mendes, Freysteinson, Gamboa & Pereira, 2017; Robinson et al., 2012)

## 20 Exercícios de recuperação da PF

- Poderão ser incluídas ainda:
  - técnicas de relaxamento muscular como: a Massagem endobucal
    - Realizada pela pessoa, colocando a sua mão contralateral à hemiface afetada, em sentido contrário ao repuxamento muscular e colocando o dedo polegar na cavidade oral e os restantes dedos na hemiface.



O profissional também poderá realizar a massagem -relaxar e mobilizar os dois lados da face.

(Maranhão-Filho et al., 2013; Mendes, Freysteinson, Gamboa & Pereira, 2017; Robinson et al., 2012)

## 21 Exercícios de recuperação da PF

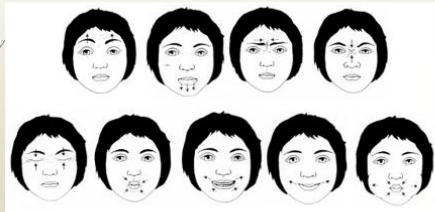
- Poderão ser incluídos ainda:
  - Exercícios de contração-relaxamento – contração mantida (3-5 segundos) e posteriormente relaxamento completo;
  - Palmopercussões sobre a hemiface afetada.



(Maranhão-Filho et al., 2013; Mendes, Freysteinson, Gamboa & Pereira, 2017; Robinson et al., 2012)

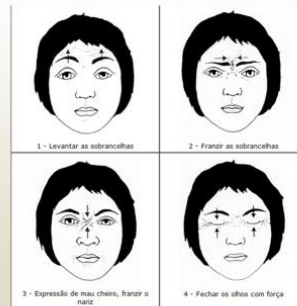
## 22 Exercícios de recuperação da PF

- Os exercícios podem ser realizados tendo por base uma expressão facial que se imita ou usar certos músculos para realizar a expressão pretendida.



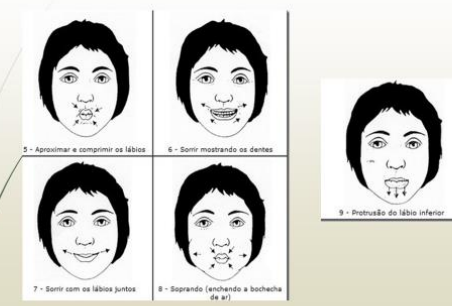
(Konecny et al., 2014; Maranhão-Filho et al., 2013; Mendes, Freysteinson, Gamboa & Pereira, 2017; Menoita, Sousa & Vieira, 2012; Robinson et al., 2012)

## 23 Exercícios de recuperação da PF



(Konecny et al., 2014; Maranhão-Filho et al., 2013; Mendes, Freysteinson, Gamboa & Pereira, 2017; Menoita, Sousa & Vieira, 2012; Robinson et al., 2012)

## 24 Exercícios de recuperação da PF



(Konecny et al., 2014; Maranhão-Filho et al., 2013; Mendes, Freysteinson, Gamboa & Pereira, 2017; Menoita, Sousa & Vieira, 2012; Robinson et al., 2012)

## 25 Exercícios de recuperação da PF

### Exercícios para os lábios:

- Estalar;
- Protruir;
- Retrair;
- Lateralizar;
- Segurar uma espátula entre os lábios protruídos;
- Segurar uma espátula entre os lábios em repouso;



(Menoita, Sousa & Vieira, 2012)

## 26 Exercícios de recuperação da PF

### Exercícios para os lábios:

- Beber pela palhinha;
- Soprar um balão ou bolas de sabão;
- Exercício do botão – manter o botão preso dentro da boca.



(Menoita, Sousa & Vieira, 2012)

## 27 Exercícios de recuperação da PF

### Exercícios oculares:

- Focar o olhar num objeto a 30 cm da face;
- Alterar entre a região superior e inferior, levando ao encerramento e abertura da pálpebra superior.



(Menoita, Sousa & Vieira, 2012)

## 28 Exercícios de recuperação da PF

- Não existe evidência que um tratamento seja mais eficaz que outro

### Técnicas preferidas são:

- Exercícios manuais em todas as suas vertentes:
  - Exercícios de mímica facial – Mime Therapy;
  - Reeducação neuromuscular – técnicas de estimulação, suporte passivo;
  - Biofeedback – manipulação da pessoa com a utilização de um espelho.



(Cardoso, 2016; Paolucci et al., 2019)

## 29

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Calais, L.; Gomez, M.; Bento, R. & Comerlati, L. (2005). Avaliação funcional da mímica na paralisia facial central por acidente cerebrovascular. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 17(2), 213-222. <https://doi.org/10.1590/s0104-56872005000200010>
- Cardoso, T. (2016). A experiência da paralisia facial na vida de relação da pessoa – implicações para a Enfermagem de Reabilitação na recuperação da expressão. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/18144>
- Carlson, D. & Pfadt, E. (2005). When your patient has acute facial paralysis: Learn to distinguish between Bell's palsy and Ramsay Hunt syndrome. *Nursing*, 35(4).
- Fonseca, K.; Mourão, A.; Motta, A. & Vicente, L. (2015). Escalas de grau da paralisia facial: análise de concordância. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 81(3), 288-293. <https://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.04.005>
- Kojecny P, Eitmark M, Horak S, Pastucha D, Krobot A, Urbanek K, et al. (2014). Central facial paresis and its impact on mimicry, psyche and quality of life in patients after stroke. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* (cedida em Novembro de 2019);158(1):133-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23558454> doi: 10.5507/bp.2013.014.

## 30

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Maranhão-Filho, P., Maranhão, E., Aguiar, T. & Nogueira, R. (2013). Paralisia facial: quantos tipos clínicos você conhece? Parte II. *Rev Bras Neurol*, 49(3), 93-98.
- Mendes, J., Freysteinson, W.; Gamboa, R. & Pereira, V. (2017). Mirror Therapy: Can be this technique used on facial disfigurement? *Revista E-Psi*, 7(1), 25-38. Retrieved from <http://www.revistaepsi.com>
- Menoita, E.; Sousa, L.; Alvo, I. & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC – contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Paolucci, T., Cardarola, A., Colonnelli, P., Ferracuti, G., Gonnella, R., Murgia, M., ... Mangione, M. (2019). Give me a kiss! An integrative rehabilitative training program with mirror imagery and mirror therapy for recovery of facial palsy. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.19.05757-5>
- Pimenta, E.; Costa, A.; Bule, M.; Reis, G. (2019) Recuperar a expressão facial após paralisia facial central. *Revista Ibero-americana de Saúde e Envelhecimento*, 5(1), p. 1691-1706.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Robinson, M., Baiungo, J., Hohman, M., & Hadlock, T. (2012). Facial rehabilitation. *Operative Techniques in Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 23(4), 288-296. <https://doi.org/10.1016/j.otot.2012.10.002>
- Santos, R.; Chiari, B. & Guedes, Z. (2016). Paralisia facial e qualidade de vida: revisão crítica de literatura no âmbito do trabalho interprofissional. *Revista CEFAC*, 18(5), 1230-1237. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201618519615>
- Tavares, A.; Souza, W. & Jesus, E. (2018). Intervenção Fisioterapêutica No Tratamento De Paciente Com Paralisia Facial Periférica: Estudo De Caso. *Saúde e Pesquisa*, 11(1), 179. <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n1p179-189>

## Paralisia Facial

- Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Reeducação dos Músculos da Face



Dúvidas? Sugestões?

## Paralisia Facial

- Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Reeducação dos Músculos da Face



Obrigada pela atenção!

**APÊNDICE III: Panfleto “Paralisia Facial: Cuidados e Exercícios de Recuperação”**

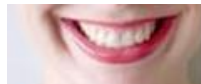
### Exercícios para os olhos:

- Foque o olhar num objeto a 30 cm da sua face;
- Levante e baixe o objeto e observe-o sem mover a cabeça.



### Exercícios para os lábios:

- Estalar os lábios;
- Comprimir os lábios – “Dar um beijo”;
- Sorrir;
- Lateralizar os lábios;
- Segurar uma espátula entre os lábios revirados “bico de pato”;
- Segurar uma espátula entre os lábios em repouso;
- Beber pela palhinha;
- Soprar um balão ou bolas de sabão.



**Não se esqueça de repetir os exercícios**

**2 vezes por dia!**



### Bibliografia:

- Cardoso, T. (2016). *A experiência da paralisia facial na vida de relação da pessoa – implicações para a Enfermagem de Reabilitação na recuperação da expressão*. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/18144>
- Mendes, J., Freysteinson, W.; Gamboa, R. & Pereira, V. (2017). Mirror Therapy: Can be this technique used on facial disfigurement? *Revista E-Psi*, 7(1), 25–38. Disponível em: <http://www.revistaepsi.com>
- Menoita, E.; Sousa, L.; Alvo, I. & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC – contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

### Elaborado por:

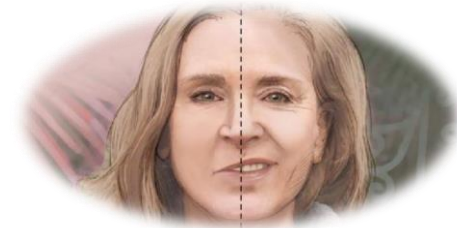
Estudante Mestrado em Enfermagem de Reabilitação:  
Carina Andrade  
Enfermeira Orientadora: Enf. Especialista G. S.

### Unidade de Cuidados na Comunidade

Equipa de Cuidados Continuados Integrados –  
Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados  
Paliativos

## Paralisia Facial

Cuidados e Exercícios de  
Recuperação



**2019**

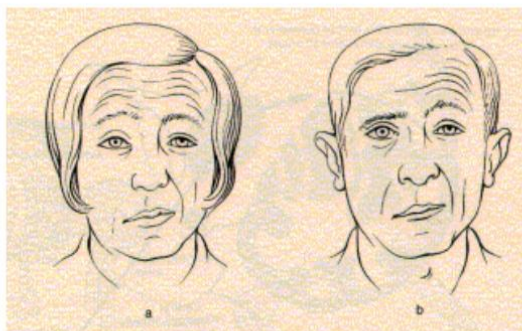
A **Paralisia Facial** é uma doença relativamente frequente em todo o mundo, pode surgir em qualquer idade em homens ou mulheres.

Em 5% a 13% dos casos tem causa neurológica (por exemplo AVC), sendo os restantes casos provocada por tumores, ativação do vírus *herpes simplex* despoletada por infeções e exposição a baixas temperaturas e do vírus da *varicela zoster* ou *herpesvirus*.

A Paralisia Facial consiste na interrupção da informação motora para a musculatura facial, afetando o nervo facial responsável pela musculatura mímica da face,

Existem principalmente **2 tipos de Paralisia Facial**:

- **Central** (afeta a parte inferior de um lado da face)
- **Periférica** (afeta todo um lado da face).



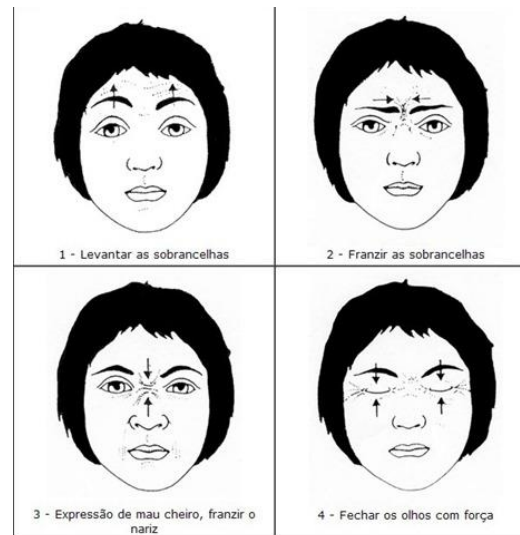
Paralisia facial central

Paralisia facial periférica

**A Reabilitação auxilia na recuperação dos movimentos expressivos, na articulação da fala, na mastigação e na deglutição, melhorando a autoestima e qualidade de vida da pessoa com Paralisia Facial.**

### Cuidados e Exercícios de Recuperação da Paralisia Facial

- Colocar calor húmido na face afetada durante 10 ou 15 minutos (de acordo com indicação do enfermeiro) antes de iniciar o treino;
- Realizar massagem facial em ambos os lados da face;
- Em frente ao espelho imite as expressões faciais o melhor que puder:



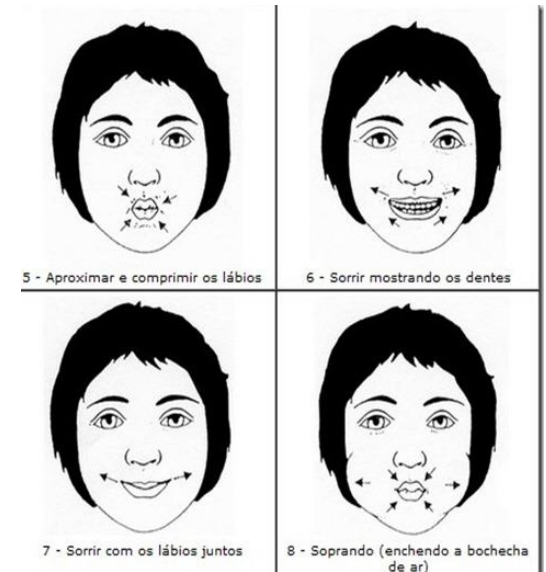
1 - Levantar as sobrancelhas

2 - Franzir as sobrancelhas

3 - Expressão de mau cheiro, franzir o nariz

4 - Fechar os olhos com força

- Continue a imitar as expressões faciais o melhor que puder em frente ao espelho:



5 - Aproximar e comprimir os lábios

6 - Sorrir mostrando os dentes

7 - Sorrir com os lábios juntos

8 - Soprando (enchendo a bochecha de ar)



9 - Protrusão do lábio inferior

**APÊNDICE IV:** Plano de Sessão de Formação em Serviço “Cuidados à Pessoa com AVC: Prevenir complicações e promover o autocuidado”

## PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

**Tema:** Cuidados à Pessoa com AVC: Prevenir complicações e promover o autocuidado

**Data:** 5 de Fevereiro 2020

**Hora:** 14h00

**Local:** Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)

**Duração:** 20 minutos

**Responsável:** Carina Andrade, sob orientação da Enf<sup>a</sup> EER C. P.

**Destinatários:** Assistentes Operacionais da UMDR

**Objetivo Geral:** Informar sobre as sequelas do AVC e as implicações para a Pessoa com AVC e sensibilizar para a importância da utilização de práticas promotoras do autocuidado e de prevenção de complicações na prestação de cuidados à Pessoa com AVC.

### Objetivos Específicos:

- Identificar as implicações das sequelas de AVC para a Pessoa com AVC;
- Apresentar o posicionamento da Pessoa com AVC em padrão anti-espástico nos diferentes decúbitos, tendo em conta os objetivos e as indicações para cada posicionamento, respeitando os Princípios de Mecânica Corporal;
- Apresentar as práticas inerentes à promoção do autocuidado nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) na Pessoa com AVC.

| Conteúdos   | Meios   | Metodologia                                 | Tempo Previsto |
|---|---|---|----------------|
| <b>Introdução:</b><br>- Apresentação dos objetivos da sessão  | - Projeção visual   | Exposição oral                              | 1 minuto       |
| <b>Desenvolvimento:</b><br>- Definição de Conceitos;<br>- Posicionamentos;<br>- Atividades Terapêuticas;<br>- ABVD. | - Projeção visual;<br>- Almofadas;<br>- Cadeira de Rodas. | Exposição oral<br>Interação<br>Demonstração | 17 minutos     |
| <b>Conclusão:</b><br>Síntese dos principais aspetos abordados.<br>Discussão   | - Projeção visual   | Exposição oral<br>Interação e<br>Discussão  | 2 minutos      |

**APÊNDICE V:** Sessão de Formação em Serviço “Cuidados à Pessoa com AVC: Prevenir complicações e promover o autocuidado”

## CUIDADOS À PESSOA COM AVC: Prevenir complicações e promover o autocuidado



Formadora:  
Estudante EER: Carina Andrade

Enfermeira Orientadora: EEER C. P.

2020

2

## Sumário

- Objetivo;
- Definição de Conceitos;
- Posicionamentos
- Atividades Terapêuticas
- Atividades Básicas de Vida Diária

3

## Objetivo

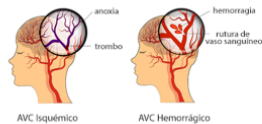
- Informar sobre as sequelas do AVC e as implicações para a Pessoa com AVC.
- Sensibilizar para a importância da utilização de práticas promotoras do autocuidado e de prevenção de complicações na prestação de cuidados à Pessoa com AVC.

## Acidente vascular cerebral - AVC

Interrupção de aporte sanguíneo para o encéfalo que tem como consequência uma diminuição ou interrupção da atividade funcional da área afetada.

O AVC pode ser causado por 2 mecanismos diferentes: oclusão de um vaso provocando isquémia e infarte do território dependente desse vaso ou rutura vascular originando hemorragia.

(Branco & Santos, 2010)



4

## Acidente vascular cerebral - AVC

- Principal causa de morte em Portugal;
- Uma das principais causas de morbilidade e mortalidade;
- Alterações motoras em 70% a 80% das pessoas com AVC isquémico.



(Hoeman, 2011; Jacelon, 2011; Mendoça, Sousa, Alvo & Vieira, 2012; Menor *et al.*, 2016)

5

## AVC - Alterações

- Motoras
- Sensitivas
- Perceptivas
- Comportamento



(Branco & Santos, 2010)

6

## AVC - Sequelas

- Diminuição da força e/ou sensibilidade
- Distúrbios de linguagem
- Distúrbios da deglutição
- Perda de equilíbrio ou coordenação
- Distúrbios visuais
- Incontinência vesical e/ou intestinal



(Branco & Santos, 2010)

7

## Espasticidade



### Implicações:

- Dor
- Reduz a mobilidade
- Afeta a qualidade de vida
- Aumenta a sobrecarga dos cuidadores
- Aumenta o risco de quedas e fraturas

(Ward, 2012; Ryu et al, 2010)

Complicação mais frequente do AVC

8

## Padrão Espástico Atitude de Wernicke-Mann



Cabeça e Pescoço

Membro Superior

Bacia

Membro Inferior

(Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012)

9

## Padrão Anti-espástico

### Posicionamento em padrão anti-espástico



Cabeça e Pescoço

Membro Superior

Bacia

Membro Inferior



(Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012)

10

## Princípios de mecânica corporal

Usar corretamente as estruturas corporais, aumentar a eficácia e poupar energia, é fundamental para uma prática segura.

### Avaliar condições para a tarefa:

- Espaço físico;
- Piso;
- Recursos humanos e técnicos disponíveis;
- A ajuda que a pessoa pode dar;
- Planejar e repartir os movimentos;
- Regular altura do equipamento.



(Carinhas, Mendes & Grilo, 2013).

11

## Princípios de mecânica corporal

### Na execução de esforços, ter atenção:

- Região dorso-lombar, joelhos e membros inferiores;
- Alinhamento corporal, postura do tronco e posição dos pés;
- Utilização do próprio peso;
- Aproximação do corpo.



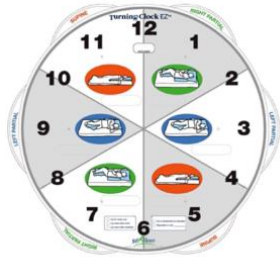
(Carinhas, Mendes & Grilo, 2013).

12

## Posicionamentos

O Posicionamento adequado é o primeiro passo na recuperação da Pessoa com AVC e deve ser utilizado até à recuperação total.

(Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012)



"A Pessoa com AVC deve ser posicionada em padrão anti-espástico durante as 24 horas do dia"

(Menor *et al.*, 2016, p.279)

13

## Posicionamentos

### Objetivos

- Facilitar a integração do esquema corporal e da lateralidade;
- Proporcionar conforto e bem-estar;
- Prevenir alterações músculo-esqueléticas;
- Manter integridade cutânea e dos tecidos;
- Alternar o campo visual.



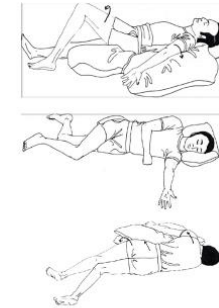
(Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012)

14

## Posicionamentos

### Decúbitos:

- Dorsal;
- Lateral para o lado afetado;
- Lateral para o lado são.



(Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012)

15

## Decúbito dorsal



Cabeça/Pescoço

MS afetado

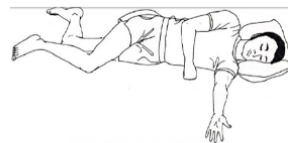
MI afetado

É o que mais favorece a espasticidade.

(Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012; Menor *et al.*, 2016)

16

## Decúbito Lateral para o lado afetado



Cabeça/Pescoço

MS afetado

MI afetado

É o posicionamento preferencial.  
**Mas atenção!**  
Alterações de sensibilidade e "ombro doloroso"..

(Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012; Menor *et al.*, 2016)

17

## Decúbito Lateral para o lado são



Cabeça/Pescoço

MS afetado

MI afetado

(Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012; Menor *et al.*, 2016)

18

## Atividades Terapêuticas

Promovem a reeducação do movimento de acordo com as etapas de desenvolvimento motor da criança.

- Rolar
- Ponte
- Facilitação Cruzada



(Branco & Santos, 2010;Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012)

19

## Atividades Terapêuticas

Promovem a reeducação do movimento de acordo com as etapas de desenvolvimento motor da criança.

- Rolar
- Ponte
- Facilitação Cruzada



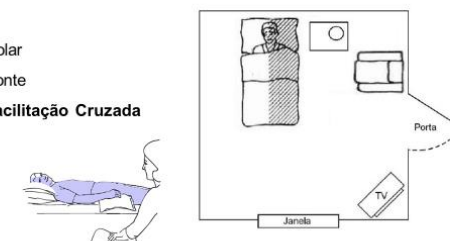
(Branco & Santos, 2010;Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012)

20

## Atividades Terapêuticas

Promovem a reeducação do movimento de acordo com as etapas de desenvolvimento motor da criança.

- Rolar
- Ponte
- Facilitação Cruzada



(Branco & Santos, 2010;Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012)

21

## Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)

São parte integrante do dia-a-dia da pessoa, atividades de autocuidado que influenciam a reinserção sociofamiliar da Pessoa com AVC.

- Higiene pessoal
- Controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários
- Vestuário
- Alimentação
- Transferência
- Locomoção

**Estimular a independência!**

(Branco & Santos, 2010;Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012, OE, 2011)

22

## ABVD - Higiene pessoal

O cuidador deve:

- Ajudar a pessoa a verificar a temperatura da água;
- Incentivar a pessoa a lavar o hemitórax menos afetado se tiver alguma força muscular no lado afetado!



(Branco & Santos, 2010;Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012, OE, 2011)

23

## ABVD - Controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários

O cuidador deve:

- Ajudar a criar uma rotina que possibilite treinar os esfíncteres da pessoa com AVC;
- Incentivar a pessoa a beber água;
- Incentivar o uso do sanitário (a posição ajuda nas eliminações) e ajudar nas transferências.



(Branco & Santos, 2010;Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012, OE, 2011)

24

## ABVD - Vestuário

### O cuidador deve:

- Envolver a pessoa na escolha da roupa;
- Elogiar o progresso da pessoa;
- Incentivar a independência da pessoa;
- Reforçar que o **membro mais afetado é o primeiro a vestir e o último a despir.**



(Branco & Santos, 2010;Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012, OE, 2011)

25

## ABVD - Alimentação

### O cuidador deve:

- Proporcionar um ambiente calmo;
- Assegurar que a pessoa está sentada corretamente (costas apoiadas, tronco ereto, pés bem assentes no chão);
- Assegurar que a **consistência dos alimentos e a espessura dos líquidos** é a adequada à pessoa de acordo com as indicações dos profissionais de saúde;



(Branco & Santos, 2010;Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012, OE, 2011)

26

## ABVD - Alimentação

### O cuidador deve:

- Vigiar **sinais de disfagia** (tosse, pigarreio, lacrimejo, armazenamento dos alimentos na parte posterior da boca, voz rouca, etc.);
- Incentivar a pessoa a alimentar-se sozinha, preparando previamente os alimentos e utilizando dispositivos de compensação, se indicado.



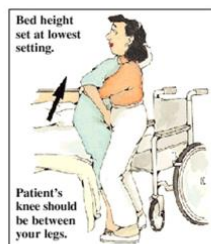
(Branco & Santos, 2010;Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012, OE, 2011)

27

## ABVD - Transferências

### Ter em atenção a lesão e o estado da pessoa.

- Sair e entrar na cama.
- Cadeira de Rodas



(Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012; Menor et al., 2016)

28

## ABVD - Transferências

### Auxiliar a pessoa:

- No rolamento;
- A cruzar o MI;
- Passar da posição de deitada para sentada;
- Colocar MI suspensos no leito.



(Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012; Menor et al., 2016)

29

## ABVD - Transferências



### O cuidador:

- Posiciona-se em frente à pessoa;
- "Tranca" o joelho da pessoa;
- Apoia MS afetado com a sua mão;
- Apoia o MS sã no seu ombro;

(Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012; Menor et al., 2016)

30

## ABVD - Transferências

### O cuidador:

- Segura na cintura da pessoa e levanta-a;
- Realiza rotação de 90° sobre o MI são;
- Pede à pessoa para inclinar o tronco anteriormente e senta-a na cadeira.



(Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012; Menor *et al.*, 2016)

31

## ABVD - Transferências

### Posicionar o MS em padrão anti-espástico.



(Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012; Menor *et al.*, 2016)

32

## ABVD - Locomoção

### O cuidador deve:

- Verificar e assegurar as condições de segurança para uma marcha segura e prevenir quedas;
- Incentivar a pessoa a andar;
- Colocar-se no lado mais afetado da pessoa;
- Manter o membro superior em extensão e rotação externa;
- Ajudar na transferência de peso e corrigir a postura.



(Branco & Santos, 2010;Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012, OE, 2011)

33

## Conclusão

A reabilitação da pessoa com AVC tem como objetivo a melhoria da função e a prevenção de uma maior incapacidade por complicações secundárias – **deve ser encarada como um modo de vida durante 24h/dia!**

O autocuidado deve ser estimulado no sentido de se procurar estabelecer um padrão normal de vida que permita à pessoa reintegrar a família e o seu contexto social.

(Branco & Santos, 2010;Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012)

34

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

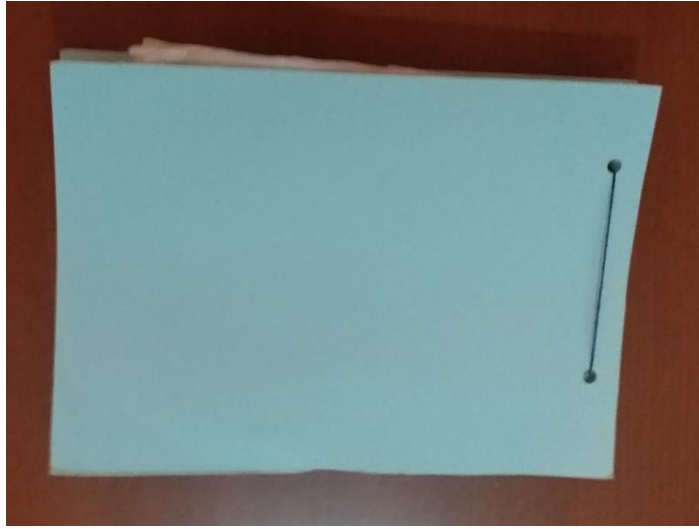
- Branco, T., & Santos, R. (2010). Reabilitação da Pessoa com AVC. Coimbra: Formasau.
- Carinhas, M., Mendes, M., & Grilo, E. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Obtido em Maio de 2017, de [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp\\_mobilidade\\_vf\\_site.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp_mobilidade_vf_site.pdf)
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de reabilitação : prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4ª ed.. Loures : Lusodidacta.
- Jacelon, C. (2011). *The speciality practice of rehabilitation nursing: a core curriculum*. 6ª ed.. Glenview : Association of Rehabilitation Nurses
- Menoita, E.; Sousa, L.; Alvo, I. & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC – contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Menor, A.; Ricarte, C.; Sanches, C.; Gomes, C.; Barrancos, L. (2016). Terapêutica de posição na pessoa com acidente vascular cerebral. In Lourenço, M. ; Ferreira, Ó. ; Baixinho, C. - *Terapêutica de posição: contributo para um cuidado de saúde seguro* (pp. 279-286). Loures : Lusodidacta.
- Ryu, Ju, et al. (2010) - Factors Predictive of Spasticity and Their Effects on Motor Recovery and Functional Outcomes in Stroke Patients, *Topics in Stroke Rehabilitation*. (Setembro-Outubro 2010), p. 380-388.
- Ward, Anthony (2012) - A literature review of the pathophysiology and onset of post-stroke spasticity, *European Journal of Neurology* (Janeiro 2012) p. 21–27.

## CUIDADOS À PESSOA COM AVC: Prevenir complicações e promover o autocuidado

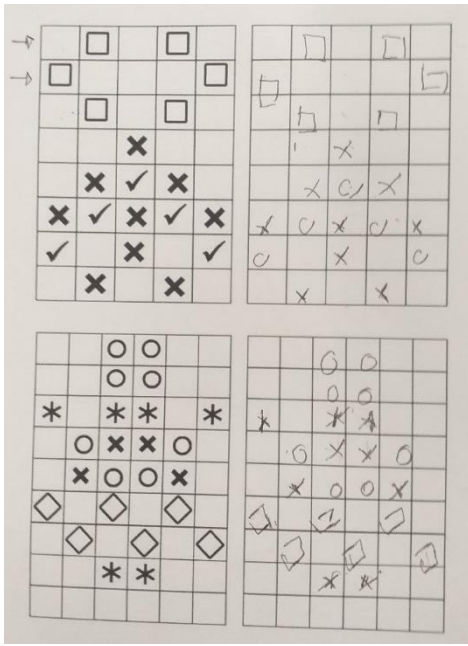


Dúvidas? Sugestões?

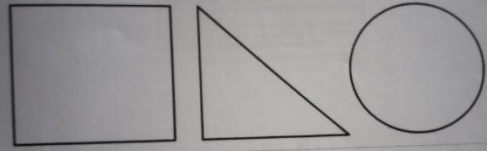
**APÊNDICE VI: Dossier de Treino Sensorial Táctil**



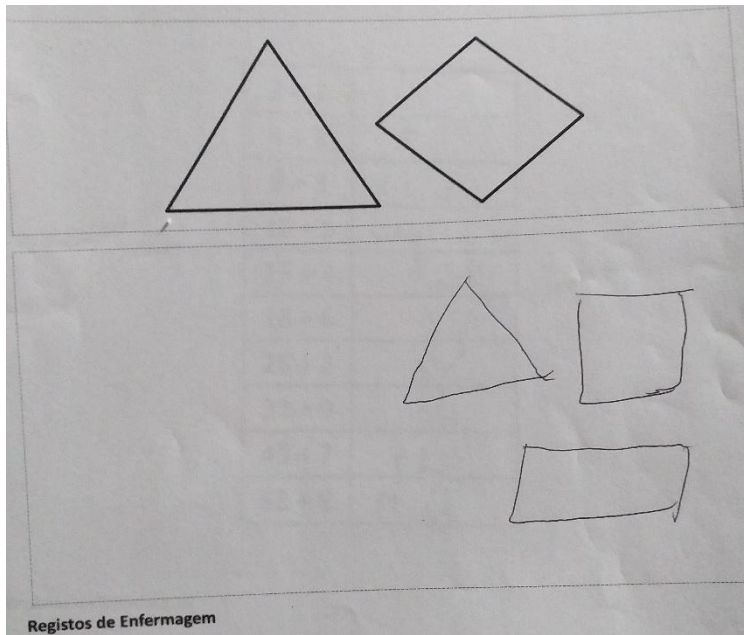
**APÊNDICE VII: Exercícios de Reabilitação Cognitiva**



ções: Solicitar a cópia do desenho apresentado.

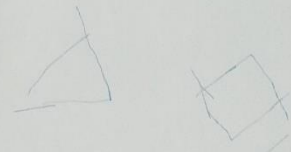
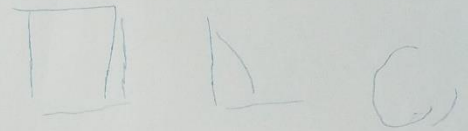


stos de Enfermagem

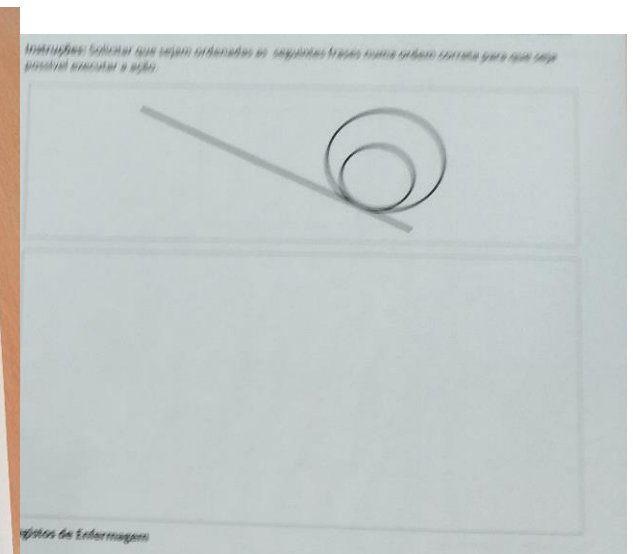
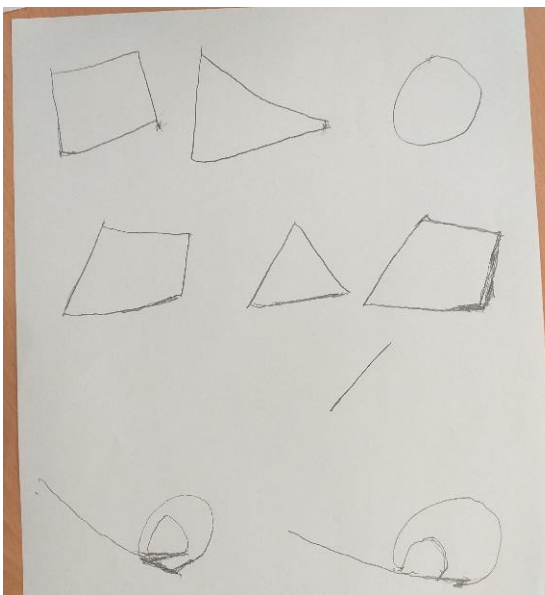
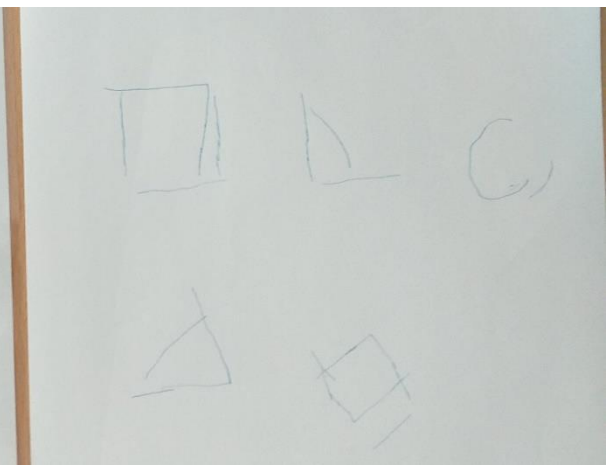
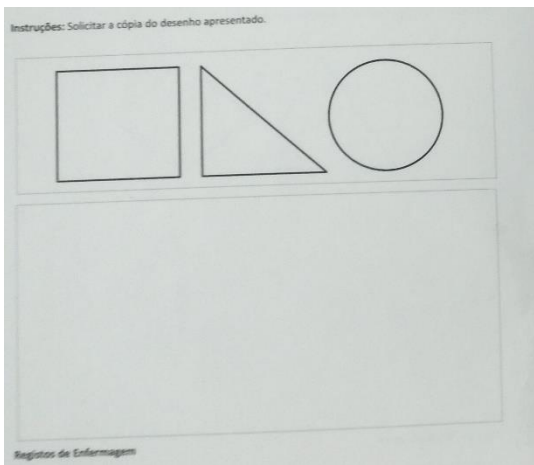
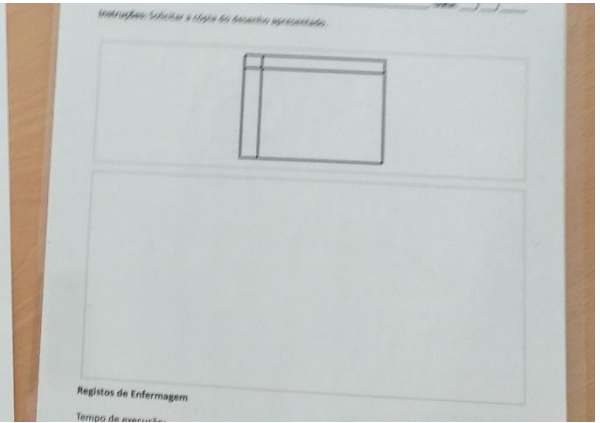
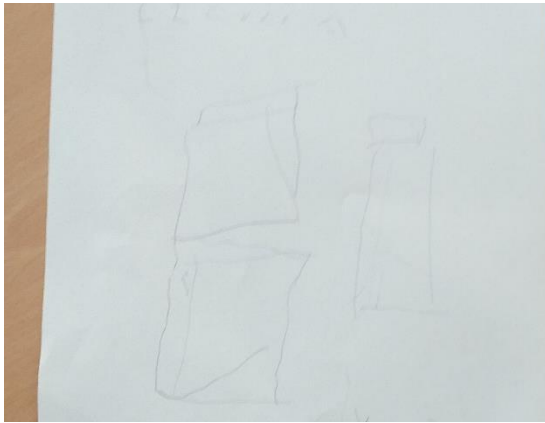


Registos de Enfermagem

Instruções: Solicitar a cópia do desenho apresentado.



Registos de Enfermagem



## **APÊNDICE VIII: Exercícios de Motricidade Fina**

Nome: 

Data: 29-11-2020

Preenchia os pontos.

Handwritten practice on a dotted grid. The first row contains the letters 'A', 'B', 'C', 'D', 'E', 'F', 'G', 'H', 'I', 'J', 'K', 'L', 'M', 'N', 'O', 'P', 'Q', 'R', 'S', 'T', 'U', 'V', 'W', 'X', 'Y', 'Z' written in cursive. The second row contains the letters 'a', 'b', 'c', 'd', 'e', 'f', 'g', 'h', 'i', 'j', 'k', 'l', 'm', 'n', 'o', 'p', 'q', 'r', 's', 't', 'u', 'v', 'w', 'x', 'y', 'z' written in cursive. The third row contains the letters 'A', 'B', 'C', 'D', 'E', 'F', 'G', 'H', 'I', 'J', 'K', 'L', 'M', 'N', 'O', 'P', 'Q', 'R', 'S', 'T', 'U', 'V', 'W', 'X', 'Y', 'Z' written in cursive. The fourth row contains the letters 'a', 'b', 'c', 'd', 'e', 'f', 'g', 'h', 'i', 'j', 'k', 'l', 'm', 'n', 'o', 'p', 'q', 'r', 's', 't', 'u', 'v', 'w', 'x', 'y', 'z' written in cursive. The fifth row contains the letters 'A', 'B', 'C', 'D', 'E', 'F', 'G', 'H', 'I', 'J', 'K', 'L', 'M', 'N', 'O', 'P', 'Q', 'R', 'S', 'T', 'U', 'V', 'W', 'X', 'Y', 'Z' written in cursive. The sixth row contains the letters 'a', 'b', 'c', 'd', 'e', 'f', 'g', 'h', 'i', 'j', 'k', 'l', 'm', 'n', 'o', 'p', 'q', 'r', 's', 't', 'u', 'v', 'w', 'x', 'y', 'z' written in cursive. The seventh row contains the letters 'A', 'B', 'C', 'D', 'E', 'F', 'G', 'H', 'I', 'J', 'K', 'L', 'M', 'N', 'O', 'P', 'Q', 'R', 'S', 'T', 'U', 'V', 'W', 'X', 'Y', 'Z' written in cursive. The eighth row contains the letters 'a', 'b', 'c', 'd', 'e', 'f', 'g', 'h', 'i', 'j', 'k', 'l', 'm', 'n', 'o', 'p', 'q', 'r', 's', 't', 'u', 'v', 'w', 'x', 'y', 'z' written in cursive. The ninth row contains the letters 'A', 'B', 'C', 'D', 'E', 'F', 'G', 'H', 'I', 'J', 'K', 'L', 'M', 'N', 'O', 'P', 'Q', 'R', 'S', 'T', 'U', 'V', 'W', 'X', 'Y', 'Z' written in cursive. The tenth row contains the letters 'a', 'b', 'c', 'd', 'e', 'f', 'g', 'h', 'i', 'j', 'k', 'l', 'm', 'n', 'o', 'p', 'q', 'r', 's', 't', 'u', 'v', 'w', 'x', 'y', 'z' written in cursive.

**APÊNDICE IX:** Estudo de Caso Sra. R.M.

**Mestrado em Enfermagem**

*Área de Especialização em Enfermagem de  
Reabilitação*

Estágio com Relatório

**ESTUDO DE CASO – SR<sup>a</sup>. R.M.**

**Carina Manuela Mouquinho Andrade**

**Lisboa**

**2020**



## **Mestrado em Enfermagem**

### ***Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação***

Estágio com Relatório

#### **ESTUDO DE CASO – SR<sup>a</sup>. R.M.**

**Carina Manuela Mouquinho Andrade**

Docente Orientador: Professor Dr. Miguel Serra

Enfermeira Orientadora: EEER C.P.

**Lisboa**

**2020**



## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**ABVD** - Atividades Básicas de Vida Diária

**AC** – Autocuidado

**CE** - Crânio-encefálica

**CIPE** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**EEER** – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**MIF** – Medida de Independência Funcional

**NIHSS** - National Institute of Health Stroke Scale

**Sat. O<sub>2</sub>** – Saturação periférica de Oxigênio

**TAC** - Tomografia Axial Computorizada

**UMDR** – Unidade de Média Duração e Reabilitação

## **ÍNDICE**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1- ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: TERRITÓRIOS AFETADOS E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS .....</b> | <b>3</b>  |
| <b>2- AVALIAÇÃO INICIAL .....</b>   | <b>7</b>  |
| <b>1.1 - Avaliação de Enfermagem de Reabilitação: .....</b>                               | <b>11</b> |
| <b>2 - INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....</b>                                | <b>35</b> |
| <b>2.1 - Apresentação sumária do Programa de Reabilitação .....</b>                       | <b>35</b> |
| <b>3- PLANO DE CUIDADOS .....</b>   | <b>36</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>   |           |

### 3- ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: TERRITÓRIOS AFETADOS E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) constitui a primeira causa de morte e de incapacidade permanente em Portugal, assumindo uma grande relevância para a saúde pública e uma preocupação para os sistemas de saúde devido ao impacto resultante, com maiores taxas de incapacidade devido às sequelas cognitivas, comportamentais, motoras, sensitivas, etc, (Barros *et al.*, 2016; Direção Geral da Saúde 2010 citado por Marques-Vieira, Sousa & Braga, 2016; OMS, 2006). Segundo Petronilho (2016) a principal causa de referenciação à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e a patologia mais diagnosticada nos dependentes é o AVC, sendo os sistemas corporais mais afetados em 36% e 28,7% das pessoas o sistema neurológico e o músculo-esquelético, respetivamente.

A incapacidade resultante do AVC está relacionada com os danos específicos das estruturas cerebrais, a sua função respetiva, o impacto no desempenho das Atividades de Vida Diária (AVD) e na participação social (Almeida *et al.* 2015 citado por Marques-Vieira, Sousa & Braga, 2016).

Assim, os quadros clínicos diferem de acordo com os territórios dos vasos cerebrais afetados, tal como se pode verificar em seguida (Branco & Santos, 2010; Menoita, Sousa, Pão-Alvo & Marques-Vieira, 2012; Santos & Madeira, 2011):

| <b>Território</b> | <b>Artéria</b>     | <b>Manifestação Clínica</b>   |
|-------------------|--------------------|---|
| Carotídeo         | Cerebral da Retina | Cegueira Ipsilateral<br>Amaurose fugaz ipsilateral  |
|                   | Cerebral Anterior  | Síndrome frontal (desvio no padrão de interacção social, personalidade, memórias pessoais e auto-crítica)<br>Hemiplegia e hemi-hipostesia contralaterais de predomínio crural<br>Monoparésia crural contralateral<br>Paraparésia e rigidez paratónica |

|                  |   |   |
|------------------|---|---|
|                  |   | Incontinência urinária<br>Afasia transcortical (hemisfério esquerdo)  |
|                  | Coroideia Anterior                      | Hemiparésia contralateral<br>Hemi-hipostesia contralateral<br>Hemianopsia contralateral   |
|                  | Cerebral Média                          | <u>Todo o Território:</u> Hemiparésia contralateral, de predomínio braquiofacial, afasia global ( <u>hemisfério esquerdo</u> ), alexia, agrafia, apraxia ( <u>hemisfério esquerdo</u> ), anosognosia e <i>neglect</i> ( <u>hemisfério direito</u> ), desvio conjugado para o lado oposto ao da hemiparesia.<br><u>Ramos ântero-superiores:</u> Hemiparésia contralateral, de predomínio braquiofacial, afasia não fluente ( <u>hemisfério esquerdo</u> ), alexia, agrafia, apraxia ( <u>hemisfério esquerdo</u> ), <i>neglect</i> ( <u>hemisfério direito</u> ).<br><u>Ramos postero-inferiores:</u> afasia fluente (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo), <i>neglect</i> (hemisfério direito) e quadrantópsia contralateral.<br><u>Ramos profundos:</u> Hemiparésia contralateral e hemi-hipostesia contralateral. |
| Vertebro-basilar | Vertebrais, tronco basilar e seus ramos | Quadros múltiplos que dependem das combinações das zonas afetadas.<br><u>Sinais e sintomas mais frequentes:</u> desequilíbrio, vertigens, ataxia, nistagmo, diplopia, parésia dos movimentos oculares conjugados, disartria, disfagia, soluços, coma, quadro “locked in”, síndrome de Horner (ptose palpebral parcial, miose e anidrose de uma hemiface ipsilateral), síndromas alternas (parésia de um nervo craniano ipsilateral e hemiparesia e/ou hemi-hipostesia contralateral), parésias e/ou alterações da sensibilidade, parestesias  |

|  |                    |   |
|--|--------------------|---|
|  | Cerebral Posterior | Hemianopsia contralateral, hemi-hipostesia contra-lateral, alexia sem agrafia (hemisfério esquerdo), agnosia para cores (hemisfério esquerdo), agnosia visual (hemisfério esquerdo), propagnosia (hemisférios direito). |
|--|--------------------|---|

Menoita, Sousa, Pão-Alvo & Marques-Vieira (2012) sublinham a distribuição anatômica particular do AVC hemorrágico, sendo os quadros clínicos mais frequentes:

- Hemorragia subaracnoideia: cefaleia súbita e muito intensa, generalizada, desencadeada por um esforço; náuseas e vômitos; alterações da vigília (pode ser transitória); sinais de irritação meníngea;

- Hemorragia intracerebral:

- Hemisférica profunda: hemiparesia contralateral de predomínio braquiofacial, afasia global (hemisfério esquerdo), *neglect* (hemisfério direito), desvio conjugado do olhar para o lado oposto ao da hemiparesia, náuseas e vômitos; deterioração progressiva da vigibilidade;

- Hemisférica lobar: variável de acordo com hemisfério e o lobo afetado. Hemianópsia, *neglect*, défices visuo-espaciais, cefaleias;

- Cerebelo: náuseas e vômitos; cefaleias; impossibilidade de andar, desequilíbrios, vertigem;

- Protuberância: tetraparésia; pupilas mióticas (punctiformes); coma.

Branco & Santos (2010) referem as amplas diferenças comportamentais entre as pessoas com lesão no hemisfério esquerdo e direito, sendo as primeiras mais impulsivas e aparentemente não conscientes dos seus défices, enquanto a pessoa com lesão no hemisfério direito tem tendência a ser mais cautelosa e desorganizada na realização das tarefas, por incapacidade em recordar a sequência do seu desempenho. Também a diminuição global da percepção ou o aumento seletivo está relacionada com deficiências na percepção e atenção, que podem interferir no processo de reabilitação.

#### **4- AVALIAÇÃO INICIAL – Data: 4/12/2019**

**Nome:** Sra. R.M.

**Data de Nascimento:** 06/08/1928      **Idade:** 91 anos

**Sexo:** feminino      **Raça:** Caucasiana

**Profissão:** Reformada (trabalhou como empregada de limpeza)

**Naturalidade:** Portuguesa

**Habilitações Literárias:** 1º ciclo do ensino básico (antiga 4ª classe)

**Estado Civil:** viúva

**Agregado familiar:** 2 filhas.

**Prestador de Cuidados:** Filha (Sra. L.N.)

**Motivo de referência:** A Sra. R.M. deu entrada na Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) a 13/11/2019 para reabilitação após Acidente Vascular Cerebral (AVC), proveniente de um lar da região de Lisboa, onde se encontrava a aguardar vaga para Unidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). [Síntese de Informação contida no Processo Clínico].

**História de Saúde Atual:** Sra. R.M. foi transportada ao Serviço de Urgência a 23/07/2019 por instalação de quadro de afasia e plegia do hemicorpo direito cerca das 16h30. Durante o transporte evidenciou melhoria dos défices de força muscular dos membros direitos, conseguindo elevação contra gravidade. À chegada ao SU apresentava score de 9 na National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS), tendo realizado exames complementares de diagnóstico (descritos a seguir) que revelou AVC isquémico do hemisfério esquerdo. Foi avaliada por urgência de Neurologia e desativada a Via Verde do AVC por se considerar que o risco do tratamento agudo do AVC superava o eventual benefício. Foi internada para vigilância e investigação etiológica no Serviço de Medicina de um Hospital Central de Lisboa, ao 4º dia de internamento agravamento com hemiplegia direita, tendo realizado Tomografia Axial Computorizada (TAC) Cranio-encefálica (CE) de reavaliação que revelou nova

isquemia no território da artéria cerebral média esquerda e transformação hemorrágica, Suspendeu terapêutica anti-agregante, admitiu-se como etiologia provável evento cardio-embólico em utente com fibrilhação auricular e INR infraterapêutico. TC CE de reavaliação ao 17º dia sem re-hemorragia ou novas áreas de enfarte. Outras intercorrências no internamento: Traqueobronquite e Infecção do trato urinário nosocomiais e sem agente isolado, tratadas. Teve alta clínica para o lar a 16/08/2019, referenciada para a RNCCI. [Síntese de Informação contida no Processo Clínico].

### **Exames Complementares de Diagnóstico Realizados:**

- 23/07/2019:

- TAC CE sem hemorragia, sinais de isquemia precoce caudado-lenticular à esquerda e com lesões isquémicas sequelares do cerebelo e da cápsula interna direita.
- Avaliação laboratorial: hipocoagulação infraterapêutica, INR 1,6.
- ECG em ritmo de *pacemaker*.

- 27/07/2019:

- TAC CE de reavaliação: lesões isquémicas recentes de novo no território da artéria cerebral média esquerda, nomeadamente áreas de hipodensidades caudato-lenticulo-capsular esquerda, identificando-se nesta última região hematomas parenquimatosos, traduzindo transformação hemorrágica.

- 09/08/2019

- TAC CE de reavaliação: exclui re-hemorragia e evolução expectável das lesões isquémicas, sem novas áreas de enfarte.

**Antecedentes Pessoais/Diagnósticos Médicos:** Polimialgia reumática, osteoporose com hipovitaminose D, síndrome do canal cárpico bilateral (seguida em consulta de Reumatologia), fibrilhação auricular permanente (na altura do AVC sob

hipocoagulação oral com acenocumarol) portadora de *pacemaker*, história de valvuloplastia não especificada. [Retirado do Processo Clínico].

**Alergias:** desconhece

**Hábitos aditivos:** sem hábitos aditivos conhecidos.

**Terapêutica atual:**

| <b>Medicamento</b>    | <b>Dose</b> | <b>Via</b>                 | <b>Hora</b>                           |
|-----------------------|-------------|----------------------------|---------------------------------------|
| Enoxaparina           | 60 MG       | SUBCUTÂNEA                 | Pequeno-almoço e Jantar               |
| Bisoprolol            | 10 MG       | ORAL                       | Pequeno-almoço                        |
| Vigantol              | 10 gotas    | ORAL                       | Almoço                                |
| Sinvastatina          | 20 MG       | ORAL                       | Jantar                                |
| Ácido Alendrónico     | 70 MG       | ORAL                       | Jejum – Ao domingo                    |
| Calcium D             | 500 MG      | ORAL                       | Almoço                                |
| Lepicortinolo         | 10 MG       | ORAL                       | Pequeno-almoço                        |
| Pantoprazol           | 20 MG       | ORAL                       | Jejum                                 |
| Acetilcisteína        | 600 MG      | ORAL                       | Ao Deitar                             |
| Brometo de Ipratropio | 6 inalações | ORAL<br>(câmara expansora) | Pequeno-almoço<br>Almoço<br>Ao Deitar |
| Beclometasona 250     | 2 inalações | ORAL<br>(câmara expansora) | Pequeno-almoço                        |

## **Condição Sociofamiliar e económica**

### Avaliação da interação da família com o meio envolvente:

A Sra. R.M. vivia com a filha L.N. (cuidadora) e o genro há 3 anos, antes do AVC ajudava a filha nas pequenas tarefas do domicílio. A Sra. R.M. tem uma boa relação com a filha e o genro, assim como com a outra filha que reside noutra freguesia do mesmo concelho. A Sra. L.N. assume-se também como cuidadora do seu esposo que tem diagnóstico de Esclerose Múltipla e que é dependente na realização das suas Atividades de Vida Diária. Após o internamento da Sra. R.M. na UMDR Y a Sra. L.N. pretende que a sua mãe regresse à sua casa, assumindo os cuidados.

A Sra. R.M. mantém uma relação favorável com os recursos de saúde, dentro das suas limitações (Equipa da UMDR Y).

### Avaliação do ambiente sócio-económico-cultural:

A Sra. R.M. reside no quarto andar, na casa da filha e do genro, numa freguesia do concelho de Lisboa, num prédio acessível por escadas, servido por elevador. A habitação tem asseguradas condições habitacionais e saneamento básico. Segundo a Sra. L.N. a casa de banho tem um poliban que permitia a prestação de cuidados de higiene, com a Sra. R.M. sentada num banco antiderrapante, mas irá ser alvo de obras para otimizar o espaço. Do ponto de vista económico, a Sra. R.M. dispõe da sua reforma e do apoio das filhas.

### 1.1- Avaliação de Enfermagem de Reabilitação:

**Exame físico geral:** A Sra. R.M. apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas. Pele íntegra com várias equimoses dispersas pelo abdômen (locais de administração de Enoxaparina subcutânea). Sem edemas visíveis. Peso aparentemente acima do adequado à estatura, sendo de estatura baixa. Não consegue deglutir a saliva, tendo dificuldade em manter a saliva no lado afetado. Por disfagia é alimentada através de sonda nasogástrica. Não tem próteses dentárias, tendo apenas uma peça dentária na região frontal do maxilar. Apresenta aparente incontinência de esfíncteres, usa fralda. Hemodinamicamente estável, apresenta Tensão Arterial 106/91 mmHg, Frequência Cardíaca 60 batimentos/minuto, Temperatura axilar 36,3°C, Frequência respiratória 19 ciclos/minuto, Saturação periférica de Oxigênio (Sat. O<sub>2</sub>) 96% em ar ambiente, Dor 0 (Escala Doloplus).

**Estado de consciência e orientação:** Vígil, por afasia global não se consegue testar orientação na pessoa, no espaço e no tempo. A Sra. R.M. dirige o olhar quando chamada pelo seu nome, mas não consegue comunicar eficazmente de forma a realizar uma avaliação adequada relativa à orientação na pessoa.

| <b>ESCALA DE GLASGOW</b>   |                           |              |                         |
|----------------------------|---------------------------|--------------|-------------------------|
| <b>Variáveis</b>           |                           | <b>Score</b> |                         |
| <b>Abertura Ocular (O)</b> | Espontânea                | 4            | 4                       |
|                            | À voz                     | 3            |                         |
|                            | À dor                     | 2            |                         |
|                            | Nenhuma                   | 1            |                         |
| <b>Resposta Verbal (V)</b> | Orientada                 | 5            | Não Testável            |
|                            | Confusa                   | 4            |                         |
|                            | Palavras inapropriadas    | 3            |                         |
|                            | Palavras Incompreensíveis | 2            |                         |
|                            | Nenhuma                   | 1            |                         |
| <b>Resposta Motora (M)</b> | Obedece a comandos        | 6            | 6                       |
|                            | Localiza a dor            | 5            |                         |
|                            | Movimento de Retirada     | 4            |                         |
|                            | Flexão Anormal            | 3            |                         |
|                            | Extensão Anormal          | 2            |                         |
|                            | Nenhuma                   | 1            |                         |
| <b>Total</b>               |                           |              | O – 4<br>V – NT<br>M- 6 |

**Atenção:** Vígil durante a avaliação, não mantém a atenção nem executa a maioria das atividades solicitadas.

**Memória:** Não foi possível avaliar a memória por afasia global.

**Linguagem:** Não apresenta discurso espontâneo, compreende e cumpre ordens simples de forma inconsistente (2/5), não nomeia, repete algumas palavras simples (1/5 palavras simples). Escrita e leitura aparentemente ausentes.

**Negligência:** Não aparenta negligência, reage a estímulos verbais e tácteis no hemisfério direito.

**Capacidades Práticas:** Comprometidas, não realizou as atividades solicitadas (sinal da cruz, dizer adeus).

#### **Avaliação dos Pares Cranianos:**

| <b>Pares Cranianos</b>  |   |   |
|---|---|---|
| <b>I – Olfativo</b>   | Identificar odores (canela, caril e café), de olhos fechados, bilateralmente.   | Não foi possível testar.  |
| <b>II – Ótico</b>   | Avaliar acuidade visual (contagem de dedos a várias distâncias) e campo visual (60° em relação à linha média e a 40° da linha nasal para dentro). Avaliação bilateral, solicitando para fechar um olho.         | Acuidade visual não testável por afasia global. Reflexo de ameaça presente bilateralmente, mas diminuído à direita. |
| <b>III – Oculomotor<br/>IV – Troclear/Patético<br/>VI- Motor Ocular Externo</b> | Avaliar resposta pupilar ao estímulo luminoso e testar movimentos conjugados do globo ocular (seguir o dedo do enfermeiro que irá desenhar um "H"). Pesquisar nistagmo, movimentos sacádicos e Ptose palpebral. | Movimentos oculares conjugados sem alterações. Apresenta isocoria. Sem outras alterações.                           |
| <b>V – Trigêmeo</b>   | Sensibilidade táctil, térmica e dolorosa nas 3 divisões (oftálmica, maxilar e mandibular).  | Sensibilidade nas 3 divisões não testável por afasia. Mantém reflexo córneo-palpebral bilateral.                    |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>Pesquisar presença do reflexo córneo-palpebral, bilateral.</p> <p>Testar movimentos dos músculos mastigadores.</p>   | <p>Sem alterações no movimento dos músculos mastigadores.</p>  |
| <b>VII – Facial</b>                      | <p>Pesquisar simetria facial e apagamento do sulco nasogeniano. Validar se apresenta dificuldade em manter a saliva, alimentos sólidos ou líquidos no lado afetado. Pesquisa do paladar nos 2/3 anteriores da língua.</p> | <p>Apresenta ligeira assimetria facial à direita, com apagamento do sulco nasogeniano.</p> <p>Dificuldade em manter a saliva no lado afetado.</p> <p>Não foi testado o paladar.</p>  |
| <b>VIII - VestibuloCoclear/ Acústico</b> | <p>Divisão Coclear: testar acuidade auditiva de olhos fechados (roçar os dedos junto ao ouvido); teste de Rinne e Weber.</p> <p>Divisão Vestibular: Equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé.</p>                   | <p>Acuidade auditiva não testável. Responde ao estímulo sonoro bilateralmente.</p> <p>Testes de Rinne e Weber não realizados. Equilíbrio estático sentada eficaz. Equilíbrio dinâmico sentada e equilíbrio em pé não eficaz.</p> |
| <b>IX – Glossofaríngeo</b>               | <p>Reconhecer sabores como o doce e salgado no 1/3 posterior da língua.</p>   | <p>Não testado.</p>  |
| <b>X – Vago</b>                          | <p>Verificar reflexo do vômito e tosse.</p> <p>Avaliar alterações do tom de voz, fadiga vocal ou dor local.</p>   | <p>Reflexo de tosse presente.</p> <p>Reflexo de vômito presente.</p> <p>Sem aparente alteração do tom de voz, sem aparente dor local.</p>  |
| <b>XI – Espinhal</b>                     | <p>Avaliar força muscular do esternocleidomastóideo e do trapézio bilateralmente.</p>   | <p>Diminuição da força muscular à direita (força grau 4 na flexão lateral direita da cabeça e pescoço, segundo a escala de força muscular Medical Research Council).</p>   |
| <b>XII – Hipoglosso</b>                  | <p>Diferentes movimentos da língua, da úvula e acumulação de saliva na fossa piriforme.</p>   | <p>Movimentos da língua à protusão com discreto desvio para a direita. Não se conseguiu visualizar a úvula e a fossa piriforme.</p>  |

**Escala de Avaliação de AVC (National Institute of Health Stroke Scale - NIHSS):**

| <b>Instruções</b>   | <b>Definição da escala</b>   | <b>Pontuação</b> |
|---|--|------------------|
| 1a. Nível de Consciência: O examinador deve escolher uma resposta, mesmo que a avaliação completa seja prejudicada por obstáculos como curativo ou tubo orotraqueal, barreiras de linguagem ou traumatismo. Um 3 é dado apenas se o paciente não fizer nenhum movimento em resposta à estimulação dolorosa, para além de respostas reflexas.  | 0 = Acordado; responde corretamente.<br>1 = Sonolento, mas acorda com um pequeno estímulo, obedece, responde ou reage.<br>2 = Estuporoso; acorda com estímulo forte, requer estimulação repetida ou dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados).<br>3 = Comatoso; apenas respostas reflexas motoras ou autonómicas, ou sem qualquer tipo de resposta. | 0                |
| 1b. NDC Questões: O paciente é questionado sobre o mês e idade. A resposta deve ser correta – não se valorizam respostas aproximadas. Pacientes com afasia ou estupor que não compreendam as perguntas têm 2. Pacientes incapazes de falar por tubo ou traumatismo orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão 1. É importante considerar apenas a resposta inicial e que o examinador não “ajude” o paciente com dicas verbais ou não verbais. | 0 = Responde a ambas as questões corretamente.<br>1 = Responde a uma questão corretamente.<br>2 = Não responde a nenhuma questão corretamente.   | 2                |
| 1c. NDC Ordens: O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e depois abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não puderem ser utilizadas. Devemos valorizar uma tentativa inequívoca, ainda que não completada devido à fraqueza muscular. Se o paciente não   | 0 = Realiza ambas as tarefas corretamente.<br>1 = Realiza uma tarefa corretamente.<br>2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.   | 2                |

|  |   |          |
|--|---|----------|
| <p>responde à ordem, a tarefa deve ser demonstrada usando gestos e o resultado registado. Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dadas ordens simples adequadas. Pontue só a primeira tentativa.</p>  |   |          |
| <p>2. Melhor Olhar Conjugado: Teste apenas os movimentos oculares horizontais. Os movimentos oculares voluntários ou reflexos (oculocefálico) são pontuados, mas a prova calórica não é avaliada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que é revertido pela atividade voluntária ou reflexa, a pontuação será 1. Se o paciente tem uma parésia de nervo periférico isolada (NC III, IV ou VI), pontue 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ou curativo ocular, cegueira pré-existente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo examinador. Estabelecer contacto visual e mover-se perto do paciente de um lado para outro pode esclarecer a presença de paralisia do olhar conjugado.</p> | <p>0 = Normal.<br/> 1 = Paralisia parcial do olhar conjugado. Esta pontuação é dada quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar conjugado.<br/> 2 = Desvio forçado ou parésia total do olhar conjugado não revertidos pela manobra oculocefálica.</p> | <p>0</p> |
| <p>3. Campos visuais: Os campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente pode ser encorajado, mas basta identificar olhando para o lado em que mexem os dedos para ser considerado</p>   | <p>0 = Sem défices campimétricos.<br/> 1 = Hemianopsia parcial.<br/> 2 = Hemianopsia completa.<br/> 3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).</p>  | <p>1</p> |

|   |   |                           |
|---|---|---------------------------|
| <p>como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Pontue 1 apenas se houver uma assimetria clara, incluindo quadrantanópsia. Se o paciente é cego por qualquer causa, pontue 3. A estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.</p>  |   |                           |
| <p>4. Parésia Facial: Pergunte ou use gestos para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou levantar as sobrancelhas e fechar com força os olhos. Pontue a simetria da contracção facial em resposta ao estímulo doloroso nos pacientes pouco responsivos ou que não compreendam. Na presença de traumatismo, tubo orotraqueal, adesivos ou outra barreira física que possam esconder a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.</p>                 | <p>0 = Movimentos normais simétricos.<br/> 1 = Paralisia facial minor (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso).<br/> 2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial inferior total ou quase total).<br/> 3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior de um lado da face).</p>   | <p>1</p>                  |
| <p>5. Membros Superiores: O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços, palmas para baixo, a 90° se sentado ou a 45° se posição supina. Pontue-se a queda do braço quando esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando no braço não-parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose do ombro o item</p> | <p>0 = Sem queda; mantém o braço a 90° (ou 45°) por um período de 10 segundos.<br/> 1 = Queda parcial antes de completar o período de 10 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte.<br/> 2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 10 segundos, mas não de forma imediata.<br/> 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; o braço cai logo; pousado, o membro faz algum movimento.<br/> 4 = Nenhum movimento.</p> | <p>5a – 2<br/> 5b - 2</p> |

|   |  |                          |
|---|--|--------------------------|
| <p>poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.</p>   | <p>NT = Amputação ou anquilose, explique:</p> <p>5a. Membro Superior esquerdo<br/>5b. Membro Superior direito</p>  |                          |
| <p>6. Membros Inferiores: A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30°. Teste sempre na posição supina. Pontue-se a queda da perna quando esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando na perna não-parética. Apenas no caso de amputação ou anquilose da anca o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.</p>   | <p>0 = Sem queda; mantém a perna a 30° por um período de 5 segundos.<br/>1 = Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte.<br/>2 = Algum esforço contra a gravidade; a perna acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 5 segundos, mas não de forma imediata.<br/>3 = Nenhum esforço contra a gravidade; a perna cai logo; pousado, o membro faz algum movimento.<br/>4 = Nenhum movimento.<br/>NT = Amputação ou anquilose, explique:</p> <p>6a. Membro Inferior Esquerdo<br/>6b. Membro Inferior Direito</p> | <p>6a – 2<br/>6b – 2</p> |
| <p>7. Ataxia de membros: Este item procura evidência de lesão cerebelosa unilateral. Teste com os olhos abertos. No caso de défice de campo visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes dedo-nariz e calcanhar Joelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, apenas, se for desproporcional em relação à fraqueza muscular. A ataxia é considerada ausente no doente com perturbação da compreensão ou plégico. Apenas no caso de amputação ou anquilose o item pode ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta</p> | <p>0 = Ausente.<br/>1 = Presente em 1 membro.<br/>2 = Presente em 2 membros.<br/>NT = Amputação ou anquilose, explique:</p>  | <p>0</p>                 |

|  |  |          |
|--|--|----------|
| <p>escolha. No caso de cegueira, peça para tocar com o dedo no nariz a partir da posição de braço estendido.</p>   |  |          |
| <p>8. Sensibilidade: Avalie a sensibilidade ou mímica facial à picada de alfinete ou a resposta de retirada ao estímulo doloroso em paciente obnubilado ou afásico. Só a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é pontuada. Teste tantas as partes do corpo – membros superiores (excepto mãos), inferiores (excepto pés), tronco e face – quantas as necessárias para avaliar com precisão uma perda hemissensitiva. Pontue com 2 só se uma perda grave ou total da sensibilidade puder ser claramente demonstrada. Deste modo, doentes estuporosos ou afásicos irão ser pontuados possivelmente com 1 ou 0. O doente com AVC do tronco cerebral com perda de sensibilidade bilateral é pontuado com 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico, pontue 2. Pacientes em coma (item 1a=3) são pontuados arbitrariamente com 2 neste item.</p> | <p>0 = Normal; sem perda de sensibilidade.<br/> 1 = Perda de sensibilidade leve a moderada; o doente sente menos a picada, ou há uma perda da sensibilidade dolorosa à picada, mas o paciente sente a tocar.<br/> 2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.</p>   | <p>1</p> |
| <p>9. Melhor linguagem: Durante a pontuação dos itens precedentes obterá muita informação acerca da capacidade de compreensão. Pede-se ao doente para descrever o que está a acontecer na imagem em anexo, para nomear objectos num cartão de nomeação anexo e para ler uma lista de frases em anexo. A compreensão é julgada a partir</p>   | <p>0 = Sem afasia; normal.<br/> 1 = Afasia leve a moderada; perda óbvia de alguma fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressas ou formas de expressão. Contudo, o discurso e/ou compreensão reduzidos dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador consegue identificar figuras ou itens</p> | <p>2</p> |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>destas respostas, assim como as referentes às ordens dadas no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interferir com os testes, peça ao doente para identificar objetos colocados na mão, repetir frases e produzir discurso. O paciente entubado deve escrever as respostas. O doente em coma (1a=3) será pontuado arbitrariamente com 3. O examinador deve escolher a pontuação no doente com estupor ou pouco colaborante, mas a pontuação de 3 está reservada a doentes em mutismo e que não cumpram nenhuma ordem simples.</p> | <p>da lista de nomeação a partir da resposta do paciente.<br/>2 = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do examinador. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o examinador assume a maior parte da comunicação; o examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente.<br/>3 = Mutismo, afasia global; sem discurso ou compreensão verbal minimamente úteis.</p> |   |
| <p>10. Disartria: Se acredita que o doente consegue, pede-se para ler ou repetir as palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser pontuada. Este item é considerado não testável (NT) apenas se o doente estiver entubado ou tiver outras barreiras físicas que impeçam o discurso. Não diga ao paciente a razão pela qual está a ser testado.</p>   | <p>0 = Normal.<br/>1 = Disartria leve a moderada; doente com voz arrastada pelo menos nalgumas palavras, e na pior das hipóteses pode ser entendido com alguma dificuldade.<br/>2 = Disartria grave; voz do doente é tão arrastada que chega a ser ininteligível, na ausência ou desproporcionalmente a disfasia, ou tem mutismo ou anartria.<br/>NT = Entubado ou outra barreira física; explique</p>   | 2 |
| <p>11. Extinção e Desatenção, antiga negligência. A informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o doente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, a pontuação é normal. Se o doente tem afasia, mas parece identificar ambos os lados, é pontuado como</p>  | <p>0 = Nenhuma anormalidade.<br/>1 = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais.<br/>2 = Profunda hemidesatenção ou hemidesatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta apenas para um lado do espaço.</p>   | 0 |

|  |  |    |
|--|--|----|
| normal. A presença de negligência visuoespacial ou anosagnosia contribuem também para a evidência de anormalidade. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável. |  |    |
| <b>Total</b>   |  | 19 |

**Força Muscular (avaliação segundo Escala de Força Muscular Medical Research Council):** Verificou-se alteração da força muscular ao nível do hemicorpo direito, particularmente ao nível da flexão lateral direita da cabeça e pescoço grau 4, ao nível do membro superior e inferior grau 4 em todos os movimentos possíveis, a nível da flexão palmar do punho grau 3, a nível da inversão e eversão da tibiotársica grau 3 e ao nível da abdução/adução dos dedos do pé grau 0. Segmentos corporais do hemicorpo esquerdo sem alterações da força muscular à exceção da abdução/adução dos dedos do pé grau 0.

Na avaliação por segmentos/articulações:

| Segmentos/articulações  | Movimentos              | Força       |             |
|-------------------------|-------------------------|-------------|-------------|
|                         |                         | 4/12/2019   |             |
| <b>Cabeça e pescoço</b> | Flexão                  | 5           |             |
|                         | Extensão                | 5           |             |
|                         | Flexão lateral esquerdo | 5           |             |
|                         | Flexão lateral direito  | 4           |             |
|                         | Rotação                 | 5           |             |
| <b>Membro Superior</b>  |                         | <b>Esq.</b> | <b>Dta.</b> |
| <b>Escapulo-umeral</b>  | Flexão                  | 5           | 4           |
|                         | Extensão                | 5           | 4           |
|                         | Adução                  | 5           | 4           |
|                         | Abdução                 | 5           | 4           |
|                         | Rotação Interna         | 5           | 4           |
|                         | Rotação Externa         | 5           | 4           |
| <b>Cotovelo</b>         | Flexão                  | 5           | 4           |
|                         | Extensão                | 5           | 4           |
| <b>Antebraço</b>        | Pronação                | 5           | 4           |
|                         | Supinação               | 5           | 4           |
| <b>Punho</b>            | Flexão Palmar           | 5           | 3           |

|                        |                      |   |   |
|------------------------|----------------------|---|---|
|                        | Dorsi-flexão         | 5 | 4 |
|                        | Desvio radial        | 5 | 4 |
|                        | Desvio cubital       | 5 | 4 |
|                        | Circundação          | 5 | 4 |
| <b>Dedos</b>           | Flexão               | 5 | 4 |
|                        | Extensão             | 5 | 4 |
|                        | Adução               | 5 | 4 |
|                        | Abdução              | 5 | 4 |
|                        | Circundação          | 5 | 4 |
|                        | Oponência do polegar | 5 | 4 |
| <b>Membro Inferior</b> |                      |   |   |
| <b>Coxo Femural</b>    | Flexão               | 5 | 4 |
|                        | Extensão             | 5 | 4 |
|                        | Adução               | 5 | 4 |
|                        | Abdução              | 5 | 4 |
|                        | Rotação Interna      | 5 | 4 |
|                        | Rotação Externa      | 5 | 4 |
| <b>Joelho</b>          | Flexão               | 5 | 4 |
|                        | Extensão             | 5 | 4 |
| <b>Tibiotársica</b>    | Flexão plantar       | 5 | 4 |
|                        | Flexão dorsal        | 5 | 4 |
|                        | Inversão             | 5 | 3 |
|                        | Eversão              | 5 | 3 |
| <b>Dedos</b>           | Flexão               | 5 | 4 |
|                        | Extensão             | 5 | 4 |
|                        | Adução               | 0 | 0 |
|                        | Abdução              | 0 | 0 |

**Espasticidade (Escala Modificada de Ashworth):** Não se verificaram sinais de hipertonia ou hipotonia, Tónus 0.

| <b>Segmentos</b>        | <b>Movimentos</b>       | <b>Tónus</b>     |             |
|-------------------------|-------------------------|------------------|-------------|
|                         |                         | <b>4/12/2019</b> |             |
| <b>Cabeça e pescoço</b> | Flexão                  | 0                |             |
|                         | Extensão                | 0                |             |
|                         | Flexão lateral esquerdo | 0                |             |
|                         | Flexão lateral direito  | 0                |             |
|                         | Rotação                 | 0                |             |
| <b>Membro Superior</b>  |                         | <b>Esq.</b>      | <b>Dta.</b> |
| <b>Escapulo-umeral</b>  | Flexão                  | 0                | 0           |

|                        |                      |   |   |
|------------------------|----------------------|---|---|
|                        | Extensão             | 0 | 0 |
|                        | Adução               | 0 | 0 |
|                        | Abdução              | 0 | 0 |
|                        | Rotação Interna      | 0 | 0 |
|                        | Rotação Externa      | 0 | 0 |
| <b>Cotovelo</b>        | Flexão               | 0 | 0 |
|                        | Extensão             | 0 | 0 |
| <b>Antebraço</b>       | Pronação             | 0 | 0 |
|                        | Supinação            | 0 | 0 |
| <b>Punho</b>           | Flexão Palmar        | 0 | 0 |
|                        | Dorsi-flexão         | 0 | 0 |
|                        | Desvio radial        | 0 | 0 |
|                        | Desvio cubital       | 0 | 0 |
|                        | Circundação          | 0 | 0 |
| <b>Dedos</b>           | Flexão               | 0 | 0 |
|                        | Extensão             | 0 | 0 |
|                        | Adução               | 0 | 0 |
|                        | Abdução              | 0 | 0 |
|                        | Circundação          | 0 | 0 |
|                        | Oponência do polegar | 0 | 0 |
| <b>Membro Inferior</b> |                      |   |   |
| <b>Coxo Femural</b>    | Flexão               | 0 | 0 |
|                        | Extensão             | 0 | 0 |
|                        | Adução               | 0 | 0 |
|                        | Abdução              | 0 | 0 |
|                        | Rotação Interna      | 0 | 0 |
|                        | Rotação Externa      | 0 | 0 |
| <b>Joelho</b>          | Flexão               | 0 | 0 |
|                        | Extensão             | 0 | 0 |
| <b>Tibiotársica</b>    | Flexão plantar       | 0 | 0 |
|                        | Flexão dorsal        | 0 | 0 |
|                        | Inversão             | 0 | 0 |
|                        | Eversão              | 0 | 0 |
| <b>Dedos</b>           | Flexão               | 0 | 0 |
|                        | Extensão             | 0 | 0 |
|                        | Adução               | 0 | 0 |
|                        | Abdução              | 0 | 0 |

**Amplitude Articular:** Sem alterações da amplitude articular nos segmentos corporais.

**Avaliação da coordenação motora:** Não foi possível testar por a Sra. R.M. não realizar as atividades propostas (prova da Indicação de Barany, prova índice-nariz, prova calcanhar Joelho).

**Sensibilidade:** Não foi possível avaliar com clareza por afasia global, no entanto a Sra. R.M. responde ao estímulo tátil em todos os membros, ainda que de forma inconsistente.

**Equilíbrio:** Equilíbrio estático sentado eficaz, equilíbrio dinâmico sentado não eficaz.

**Marcha:** Marcha ineficaz.

| Classificação Funcional da Marcha de Holden |  |                   |
|---|--|-------------------|
| Categoria                                   | Descrição  | Data<br>4/12/2019 |
| 0<br>Marcha Ineficaz                        | Não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura   | X                 |
| 1<br>Marcha Dependente Nível II             | Necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação          |                   |
| 2<br>Marcha Dependente Nível I              | Requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação. |                   |
| 3<br>Marcha Dependente com supervisão       | É capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para a sua segurança requer supervisão de uma pessoa.  |                   |
| 4<br>Marcha Independente (superfície plana) | É capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos                          |                   |
| 5<br>Marcha Independente                    | É capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas  |                   |

**Função Respiratória:** Eupneica, respiração por vezes ruidosa. Apresenta dispneia a pequenos esforços. Sem torcálgias aparentes. Na avaliação objetiva, quando estático tórax simétrico e sem alterações aparentes, mantendo-se simétrico quando

dinâmico, respiração regular de predomínio torácico, frequência respiratória de 19 ciclos por minuto. Tosse eficaz. À auscultação apresenta murmúrio vesicular bilateral mantido, menos audível à esquerda, sobretudo na base do pulmão. Saturação periférica de oxigénio de 96% em ar ambiente.

**Deglutição:** Dificuldade em deglutir e em manter a saliva no lado afetado. O score 3 obtido na aplicação do teste de avaliação da deglutição (Escala Guss) sugere necessidade de investigação posterior (encaminhamento para médico fisiatra), tendo já sido informado o médico.

**- Teste de Avaliação da Deglutição (Escala GUSS)**

| <b>Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indireto</b>                          | <b>Sim</b> | <b>Não</b> | <b>4/12/2019</b> |
|---|------------|------------|------------------|
| Vígil (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)                              | 1          | 0          | 1                |
| Tosse e/ou pigarreio (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes) | 1          | 0          | 0                |
| Deglutição de saliva<br>- Deglutição sem alteração  | 1          | 0          | 0                |
| - Escape de saliva  | 0          | 1          | 1                |
| - Modificação da voz (rouca, gorgolejante, molhada ou fraca).                                 | 0          | 1          | 1                |
| <b>TOTAL</b>  |            |            | <b>3</b>         |

Total: 1 – 4 = Investigação posterior; 5 = Continuar para a secção 2

**Avaliação do Risco de Desenvolvimento de Úlceras por Pressão (Escala de Braden):**

| <b>Escala de Braden</b> | <b>Pontuação</b>  | <b>Data</b>      |
|-------------------------|---|------------------|
|                         |   | <b>4/12/2019</b> |
| Perceção Sensorial      | <b>1. Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação,<br>OU<br>capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.<br><b>2. Muito limitada:</b> | 3                |

|            |   |   |
|------------|---|---|
|            | <p>Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação,</p> <p>OU</p> <p>tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p> <p><b>3. Ligeiramente limitada:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição,</p> <p>OU</p> <p>tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p> <p><b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta déficit sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p> |   |
| Humidade   | <p><b>1. Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detetada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p> <p><b>2. Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p> <p><b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p> <p><b>4. Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>  | 3 |
| Atividade  | <p><b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.</p> <p><b>2. Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p> <p><b>3. Anda ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p> <p><b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>   | 2 |
| Mobilidade | <p><b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p> <p><b>2. Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é</p>   | 2 |

|                                  |  |   |
|----------------------------------|--|---|
|                                  | <p>capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p> <p><b>3. Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p> <p><b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>  |   |
| Nutrição                         | <p><b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido<br/>OU<br/>está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.</p> <p><b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético<br/>OU<br/>recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p> <p><b>3. Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido,<br/>OU<br/>é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p> <p><b>4. Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p> | 3 |
| Fricção e forças de deslizamento | <p><b>1. Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p> <p><b>2. Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável</p>   | 2 |

|  |  |    |
|--|--|----|
|  | <p>que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.</p> <p><b>3. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição.</p> <p>Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.</p> |    |
| <b>Score Total (6-23) – Alto Risco</b> |  | 15 |

### Avaliação do Risco de Queda (Escala de Morse):

| Escala de Morse        | Pontuação  | Data      |
|------------------------|--|-----------|
|                        |  | 4/12/2019 |
| História de queda      | <p><b>Não: 0</b><br/>O cliente não teve nenhum episódio de queda no último ano.</p> <p><b>Sim: 25</b><br/>O cliente caiu durante o presente internamento hospitalar ou tem uma história de queda(s) fisiológica(s) antecipáveis e não antecipáveis no último ano.</p>  | 0         |
| Diagnóstico secundário | <p><b>Não: 0</b><br/>Se não existir um diagnóstico secundário que possa contribuir para a queda.</p> <p><b>Sim: 25</b><br/>Se existir mais do que um diagnóstico médico ou de Enfermagem identificado no processo clínico que possa contribuir para a queda.</p>   | 25        |
| Apoio na deambulação   | <p><b>Sem Apoio: 0</b><br/>O cliente anda sem qualquer apoio. É considerado também sem apoio se o cliente andar sempre apoiado por outra pessoa.</p> <p>Se usa uma cadeira de rodas e esta adaptado à utilização e transferência autónoma de e para a mesma. Também é considerado sem apoio quando é transferido sempre por alguém de e para a cadeira de rodas.</p> <p>Se está em repouso e cumpre o repouso na cama, não saindo da mesma.</p> <p><b>Auxiliar de Marcha: 15</b><br/>Se utiliza algum auxiliar de marcha (bengala, canadianas, andarilho).</p> | 0         |

|                                |  |   |
|--------------------------------|--|---|
|                                | <p><b>Apoiado na Móvia: 30</b><br/>Se anda apoiando-se na móvia, ou em tudo o que se encontra ao seu redor.</p>  |   |
| Terapia endovenosa em perfusão | <p><b>Não: 0</b><br/>O cliente não se encontra com terapia endovenosa em perfusão.<br/><b>Sim: 20</b><br/>O cliente encontra-se com terapia endovenosa em perfusão.<br/>O cliente apenas se encontra em risco quando conectado à terapia endovenosa. Portanto, se o cliente se encontra a efetuar uma perfusão intermitente, ainda que por curtos períodos, como por exemplo, antibiótico ou outro tipo de perfusão de curta duração, pontua-se com 20 pontos.</p>   | 0 |
| Tipo de marcha                 | <p><b>Normal: 0</b><br/>O cliente caminha com a cabeça erguida, os braços balançando livremente ao lado do corpo, andando sem hesitação.<br/>O cliente move-se em cadeira de rodas (encontrando-se totalmente adaptado à utilização e transferência autónoma para e da cadeira de rodas e/ou é sempre transferido por alguém de e para a cadeira de rodas) ou se está e cumpre repouso na cama, não saindo da mesma.<br/><b>Desequilíbrio Fácil: 10</b><br/>O cliente anda curvado mas é capaz de erguer a cabeça e andar sem perder o equilíbrio, se utilizar a móvia ou o que está em redor como apoio, fá-lo de forma leve para se sentir mais seguro e não o agarra de modo a conseguir permanecer na posição vertical.<br/><b>Défice de Marcha: 20</b><br/>O cliente tem dificuldade em levantar-se, realizando várias tentativas para o fazer, quando se encontra numa cadeira tenta levantar-se empurrando os braços da mesma e/ou balançando-se de forma a tentar colocar-se na posição de pé.<br/>Quando tenta andar a cabeça encontra-se virada para baixo, concentrando-se no chão. Agarra-se a tudo o que se encontra ao seu redor porque apresenta um défice de equilíbrio e não consegue andar sem essa assistência.<br/>Ao ajudar o cliente a andar, o/a enfermeiro(a) aperceber-se-á que ele/ela segura a sua mão com força, ou quando agarra um corrimão ou os móveis, agarra-se com tanta força que as suas mãos ficam menos coradas. O cliente dá passos curtos e vacila.</p> | 0 |

|  |   |    |
|--|---|----|
| Estado mental/Percepção mental           | <p><b>Consciente das suas Limitações: 0</b><br/>O estado mental é avaliado através da verificação da autoavaliação (efetuada pelo próprio cliente) relativamente à sua capacidade de andar.<br/>Se a resposta do cliente ao julgar a sua própria capacidade é consistente com as prescrições/percepções de enfermagem, então o cliente tem consciência do risco e das suas limitações, agindo de acordo com as mesmas, logo está consciente das suas limitações.</p> <p><b>Não consciente das suas Limitações: 15</b><br/>Se a autoavaliação do cliente é irrealista, então considera-se que o cliente sobrestima as suas capacidades e esquece-se das suas limitações, logo não está consciente das suas limitações.</p> | 0  |
| <b>Score Total (0-125) – Baixo Risco</b> |   | 25 |

### Avaliação Funcional (Escala de Barthel):

| Escala de Barthel   | Pontuação | Data      |
|---|-----------|-----------|
|   |           | 4/12/2019 |
| <b>1. Alimentação</b>   |           |           |
| Independente  | 10        |           |
| Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os             | 5         |           |
| Dependente  | 0         | 0         |
| <b>2. Transferências</b>  |           |           |
| Independente  | 15        |           |
| Precisa de alguma ajuda   | 10        |           |
| Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se. | 5         | 5         |
| Dependente, não tem equilíbrio sentado                          | 0         |           |
| <b>3. Toalete</b>   |           |           |
| Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes     | 5         |           |
| Dependente, necessita de alguma ajuda                           | 0         | 0         |
| <b>4. Utilização do wc</b>                                      |           |           |
| Independente  | 10        |           |
| Precisa de alguma ajuda   | 5         |           |
| Dependente  | 0         | 0         |

|   |    |                  |
|---|----|------------------|
| <b>5. Banho</b>   |    |                  |
| Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)                                | 5  |                  |
| Dependente, necessita de alguma ajuda   | 0  | 0                |
| <b>6. Mobilidade</b>  |    |                  |
| Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)                          | 15 |                  |
| Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda   | 10 |                  |
| Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas               | 5  |                  |
| Imóvel  | 0  | 0                |
| <b>7. Subir e Descer Escadas</b>  |    |                  |
| Independente, com ou sem ajudas técnicas  | 10 |                  |
| Precisa de ajuda  | 5  |                  |
| Dependente  | 0  | 0                |
| <b>8. Vestir</b>  |    |                  |
| Independente  | 10 |                  |
| Com ajuda   | 5  |                  |
| Impossível  | 0  | 0                |
| <b>9. Controlo Intestinal</b>   |    |                  |
| Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar        | 10 |                  |
| Acidente ocasional  | 5  |                  |
| Incontinente ou precisa do uso de clisteres   | 0  | 0                |
| <b>10. Controlo urinário</b>  |    |                  |
| Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho | 10 |                  |
| Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)  | 5  |                  |
| Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho                     | 0  | 0                |
| <b>Total (0-100)</b>  |    | 5                |
| <b>Resultado</b>  |    | Não independente |

**Avaliação Funcional (Medida de Independência Funcional):**

| <b>Medida de Independência Funcional (MIF)</b>      | <b>Data</b> |
|---|-------------|
|   | 4/12/2019   |
| <b>Autocuidados</b>                                 |             |
| A. Alimentação                                      | 1           |
| B. Higiene Pessoal                                  | 1           |
| C. Banho (lavar o corpo)                            | 1           |
| D. Vestir metade superior                           | 1           |
| E. Vestir metade inferior                           | 1           |
| F. Utilização da sanita                             | 1           |
| <b>Controlo dos Esfínteres</b>                      |             |
| G. Bexiga   | 1           |
| H. Intestino  | 1           |
| <b>Mobilidade</b>                                   |             |
| <b>Transferências:</b>                              |             |
| I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas                 | 1           |
| J. Sanita   | 1           |
| K. Banheira, Duche                                  | 1           |
| <b>Locomoção</b>                                    |             |
| L. <u>M</u> archa/ <u>C</u> adeira de <u>R</u> odas | 1M/CR       |
| M. Escadas  | 1           |
| <b>Comunicação</b>                                  |             |
| N. Compreensão                                      | 1           |
| O. Expressão  | 1           |
| <b>Cognição Social</b>                              |             |
| P. Interação Social                                 | 1           |
| Q. Resolução de Problemas                           | 1           |
| R. Memória  | 1           |
| <b>Total – Dependência completa</b>                 | <b>16</b>   |

### **Avaliação do grau de dependência:**

A Sra. R.M. é dependente na realização das suas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), tendo obtido na avaliação inicial um score de 5 (não independente) na Escala de Barthel e um score de 16 na MIF (dependência completa).

### **Impacto no autocuidado segundo os Requisitos de Autocuidado de Orem:**

#### **- Avaliação dos requisitos de autocuidado de desenvolvimento**

A Sra. R.M. apresenta limitações para o autocuidado em todas as ABVD.

- Alimentar-se: A Sra. R.M. é alimentada pela enfermeira através de sonda nasogástrica.

- Higiene pessoal: A Sra. R.M. com necessidade de ajuda máxima na higiene pessoal.

- Banho: utente com necessidade de ajuda máxima no banho. Não se desloca autonomamente para a casa de banho e o banho é realizado pela enfermeira.

- Vestir e despir: A Sra. R.M. necessita de ajuda máxima no vestir e despir.

- Usar a sanita: A utente utiliza a sanita com ajuda máxima para as transferências.

- Controlo de esfíncteres: Apresenta aparente incontinência de esfíncteres, porém tal pode estar relacionado com o comprometimento de linguagem e comunicação que a utente apresenta.

- Mobilidade: dependência máxima nas transferências do leito para a cama ou cadeira de rodas, sanita e duche. Não faz marcha.

**- Avaliação dos requisitos de autocuidado de desvio de saúde:** A Sra. R.M. apresenta diminuição da força muscular no hemicorpo direito, devido AVC com sequela de hemiparesia direita, que resultou em necessidade de apoio nas transferências, incapacidade de realizar marcha, linguagem e compreensão comprometida e também a um défice de autocuidado.

| Universais  | Padrão Autocuidado  | Défice Autocuidado (AC)/Sistema Enfermagem       |
|---|---|--|
| Manutenção de quantidade suficiente de ar                   | Componente cardíaca:<br>- Normotensa (TA 106/91 mmHg);<br>- Normocárdica (FC 60bpm);<br>Componente respiratória:<br>- Padrão respiratório torácico, simétrico, regular, profundo, eupneico com dispneia a pequenos esforços (FR 19 ciclos/min), tosse eficaz. | Sem défices no AC<br>Sistema Apoio-educação      |
| Manutenção de quantidade suficiente de água                 | - Apresenta incapacidade de deglutir a saliva;<br>- Apresenta disfagia, ingere água através de sonda nasogástrica, sendo administrada pela enfermeira.  | Défice no AC<br>Sistema Totalmente Compensatório |
| Manutenção de ingestão suficiente de alimentos              | - Apresenta disfagia, alimenta-se através de sonda nasogástrica, sendo a alimentação assegurada pela enfermeira.<br>- Ingere cerca de 5 refeições por dia.  | Défice no AC<br>Sistema Totalmente Compensatório |
| Provisão de Cuidados associados com processos de eliminação | - Apresenta aparente incontinência de esfíncteres, porém tal pode estar relacionado com o comprometimento de linguagem e comunicação que a utente apresenta.<br>- Usa fralda trocada pelas profissionais de saúde sempre que necessário.                      | Défice no AC<br>Sistema Totalmente Compensatório |
| Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso          | - Sem alterações do sono.<br>- Apresenta limitação da atividade por diminuição da força muscular no hemicorpo direito e marcha ineficaz.<br>- Dependente nas transferências e ABVD.   | Défice no AC<br>Sistema Totalmente Compensatório |

|  |   |   |
|--|---|---|
| Manutenção do equilíbrio entre a solidão e interação social  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interação social cinge-se aos prestadores de cuidados, utentes da UMDR Y e família.</li> <li>- A utente apresenta compreensão e expressão comprometidas, necessita de encorajamento e estímulo para interagir.</li> </ul>  | Défice no AC Sistema Totalmente Compensatório |
| Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Foi avaliado o risco de queda, através da escala de Morse, tendo um score de 25, pelo que apresenta baixo risco de queda. Foi também avaliado o risco de desenvolver úlcera por pressão através da escala de Braden apresenta um score de 15, alto risco.</li> </ul> | Défice no AC Sistema Totalmente Compensatório |
| 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. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A Sra. R.M. não aparenta ter consciência das suas limitações/potencialidades.</li> <li>- As dificuldades na comunicação devido à afasia global interferem com a interação social.</li> </ul>   | Défice no AC Sistema Totalmente Compensatório |

### **Resumo dos problemas identificados:**

- Ventilação comprometida relacionada com imobilidade, manifestado por dispneia a pequenos esforços;
- Movimento muscular diminuído relacionado com AVC e hemiparésia à direita, manifestado por diminuição da força muscular;
- Transferir-se comprometido relacionado com AVC e hemiparésia à direita, manifestado por diminuição da força muscular no hemicorpo direito (Escala de Barthel: Transferências 5; MIF: ajuda total nas transferências);
- Pôr-se de pé comprometido relacionado com AVC e hemiparésia à direita, manifestado por capacidade para passar da posição de deitado a sentado e da posição de sentado a pé comprometida (Escala de Barthel: Transferências 5; MIF: ajuda total nas transferências);

- Equilíbrio Corporal comprometido relacionado com AVC e hemiparésia à direita, manifestado por equilíbrio dinâmico sentado não eficaz;
- Alimentar-se comprometido relacionado com AVC, manifestado por disfagia (Escala de GUSS: score 3 na avaliação preliminar);
- Autocuidado vestuário comprometido relacionado com hemiparesia direita e manifestado por dependência no vestir (Escala de Barthel: Vestir 0; MIF: ajuda total no vestir a metade superior e inferior do corpo);
- Autocuidado higiene comprometido relacionado com hemiparesia direita e manifestado por dependência no banho e higiene pessoal (Escala de Barthel: Banho 0 e Toalete 0; MIF: ajuda total no banho e higiene pessoal);
- Autocuidado ir ao sanitário comprometido relacionado com hemiparesia direita e aparente incontinência de esfíncteres manifestado por dependência no controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários (Escala de Barthel: Controlo Intestinal 0, Controlo Urinário 0 e Utilização do WC 0; MIF: ajuda total no Controlo dos Esfíncteres e Utilização da sanita);
- Risco de desenvolvimento de Úlcera por pressão, relacionado com AVC e hemiparésia à direita (Escala de Braden score 15 - alto risco);
- Comunicação comprometida relacionado com afasia global, manifestado por discurso espontâneo: ausente, nomeação: ausente, repetição de palavras: presente (1/5 palavras simples), leitura e escrita: ausentes (MIF: ajuda total na comunicação e cognição social).

## **2 - INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

### **2.1 - Apresentação sumária do Programa de Reabilitação**

Para o planeamento e implementação de um programa de Reabilitação, procedeu-se a uma avaliação inicial do Estado Funcional da Sra. R.M., o que permitiu identificar as necessidades e problemas existentes e elaborar os diagnósticos adequado recorrendo à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem® (CIPE®) versão Beta 2 e de acordo com a Teoria do Autocuidado de Orem, tendo em conta as capacidades remanescentes da Sra. R.M., procurando maximizá-las, delineando atividades de Enfermagem de Reabilitação direcionadas para a recuperação das alterações identificadas e para a promoção do Autocuidado.

A avaliação da força muscular será avaliada através da Escala de Força Muscular Medical Research Council, enquanto a espasticidade será avaliada através da Escala Modificada de Ashworth. Pretende-se realizar mobilizações articulares e musculares passivas e ativas assistidas (principalmente no hemicorpo direito), treinar o levante e transferências cama-cadeira e vice-versa estimulando a sua participação.

O risco de desenvolvimento de Úlcera por pressão será avaliado através do *score* da Escala de Braden e promovida a continuidade de cuidados com foco na promoção das boas práticas na prevenção do desenvolvimento de úlceras de pressão, minimizando o impacte dos fatores extrínsecos.

Para avaliar o desempenho na realização de ABVD, pretende-se recorrer à Escala de Barthel e à MIF. Pretende-se trabalhar as atividades de transferir-se, vestir-se, higiene (banho e toalete) e ir ao sanitário através do treino destas atividades com a Sra. R.M. e estimulando a sua participação. Já a atividade de alimentar-se pretende-se trabalhar através da avaliação da deglutição da Sra. R.M. com recurso à Escala de GUSS.

Pretende-se que no momento da alta a Sra. R.M. apresente melhoria dos problemas identificados.

## 5- PLANO DE CUIDADOS

| DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM   | OBJETIVOS   | ATIVIDADES DE ENFERMAGEM  | AVALIAÇÃO  |
|--|---|---|--|
| <p><b>Ventilação comprometida relacionada com imobilidade,</b> manifestado por dispneia a pequenos esforços.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Otimizar ventilação;</li> <li>- Promover tolerância a médios esforços.</li> </ul> <p><b>Sistema enfermagem:</b><br/>Apoio-educação</p> <p><b>Método:</b> Ensinar o outro</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar sinais vitais, padrão respiratório, sinais de dificuldade respiratória e auscultar tórax;</li> <li>- Realizar exercícios de fortalecimento muscular, dos membros superiores e inferiores;</li> <li>- Incentivar uso de técnicas respiratórias (consciencialização e controlo da respiração e dissociação dos tempos respiratórios);</li> <li>- Executar técnicas respiratórias (reeducação costal global em decúbito dorsal e reeducação costal seletiva em decúbito lateral direito e esquerdo);</li> <li>- Realizar tosse assistida para promover a limpeza das vias aéreas e incentivar a tosse.</li> </ul> | <p>9 a 12/12/2019 – A Sra R.M. apresenta respiração ruidosa por períodos e mantém dispneia a pequenos esforços. À auscultação mantém murmúrio vesicular bilateral, ainda ligeiramente diminuído à esquerda, sem ruídos adventícios. Sat. O<sub>2</sub> 95-96% em ar ambiente. Não consegue dissociar os tempos respiratórios. Foram realizados exercícios de fortalecimento muscular e executadas técnicas respiratórias de acordo com a atividades delineadas. Realizada tosse assistida e incentivada a utente a tossir. Teve alguns episódios de tosse eficaz e</p> |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>produtiva após os cuidados, não expele as secreções.</p> <p>17 a 20/12/2019 - A Sra R.M. esteve eupneica em ar ambiente, com Sat. O<sub>2</sub> 97-98%, mantém dispneia a pequenos esforços. Respiração ruidosa por períodos, melhorada após tossir. À auscultação mantém murmúrio vesicular bilateral, mais audível à esquerda que na avaliação anterior, sem ruídos adventícios. Não consegue dissociar os tempos respiratórios. Tosse eficaz com acessos de tosse esporádicos. Foram realizados exercícios de fortalecimento muscular e executadas técnicas respiratórias de acordo com a atividades delineadas.</p> |
|--|--|--|--|

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  |   |  | 6 a 10/01/2020 - A Sra R.M. esteve eupneica em ar ambiente, com Sat. O <sub>2</sub> 96%, mantém dispneia a pequenos esforços. Mantém respiração ruidosa por períodos. Incentivada a tossir. Tosse eficaz. À auscultação mantém murmúrio vesicular bilateral, ainda ligeiramente diminuído à esquerda, sem ruídos adventícios. Ainda não consegue dissociar os tempos respiratórios. Foram realizados exercícios de fortalecimento muscular e executadas técnicas respiratórias de acordo com a atividades delineadas. |
| <b>Movimento muscular diminuído relacionado com AVC e hemiparésia à direita,</b> | - Promover mobilização dos grupos musculares;<br>- Reeducação o reflexo postural; | - Avaliar e monitorizar força muscular (através de escala de Medical Research Council Muscle Scale); | 9 a 12/12/2019 – A Sra. R.M. mantém: força 4 no hemicorpo direito e 5 no hemicorpo esquerdo   |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <p>manifestado por diminuição da força muscular no hemicorpo direito.</p> <p><b>Potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar a força Muscular;</li> <li>- Manter a mobilidade articular;</li> <li>- Prevenir complicações relacionadas com a imobilidade, nomeadamente as cutâneas e as músculo-esqueléticas;</li> <li>- Promover o conhecimento sobre exercícios musculares e articulares e técnicas de posicionamento.</li> </ul> <p><b>Sistema enfermagem:</b><br/>Totalmente compensatório</p> <p><b>Método:</b> Agir pelo outro</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar e monitorizar espasticidade através de Escala Modificada de Ashworth;</li> <li>- Avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão através da escala de Braden;</li> <li>- Avaliar capacidade da Sra. para executar técnicas de exercício muscular e articular;</li> <li>- Executar técnica de exercício de mobilização muscular e articular passiva e ativo assistido no hemicorpo direito;</li> <li>- Promover a mobilização muscular e articular ativa no hemicorpo esquerdo.</li> </ul> | <p>(Escala Medical Research Council Muscle Scale); Tónus muscular mantido (Escala Modificada de Ashworth Tónus 0). Alto Risco de desenvolvimento de Úlcera por Pressão por Score 15 na Escala de Braden, sem sinais de úlcera por pressão. Foram realizadas mobilizações passivas do hemicorpo direito (20 repetições) para mobilizar os grupos musculares e manter a mobilidade articular. A Sra. R.M. apresentava-se sonolenta e pouco participativa.</p> <p>17 a 20/12/2019 - A Sra. R.M. mantém: força 4 no hemicorpo direito e 5 no hemicorpo esquerdo (Escala Medical Research</p> |
|--|---|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>Council Muscle Scale);<br/> Tónus muscular mantido<br/> (Escala Modificada de<br/> Ashworth Tónus 0). Alto<br/> Risco de desenvolvimento<br/> de Úlcera por Pressão por<br/> Score 15 na Escala de<br/> Braden, sem sinais de<br/> úlceras por pressão. A Sra.<br/> R.M. esteve desperta e<br/> participou nas mobilizações<br/> ativas assistidas do<br/> hemicorpo direito (20<br/> repetições), no entanto não<br/> consegue executar os<br/> exercícios sem a<br/> intervenção da enfermeira.</p> <p>6 a 10/01/2020 - A Sra. R.M.<br/> mantém: força 4 no<br/> hemicorpo direito e 5 no<br/> hemicorpo esquerdo<br/> (Escala Medical Research<br/> Council Muscle Scale);<br/> Tónus muscular mantido</p> |
|--|--|--|--|

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
|   |   |  | (Escala Modificada de Ashworth Tónus 0). Alto Risco de desenvolvimento de Úlcera por Pressão por Score 15 na Escala de Braden, sem sinais de úlcera por pressão. A Sra. R.M. participou nos exercícios de mobilizações ativas assistidas do hemicorpo direito, mas ainda não consegue executar os exercícios sem a intervenção da enfermeira. |
| <b>Transferir-se comprometido relacionado com AVC e hemiparésia à direita,</b> manifestado por: diminuição da força muscular no hemicorpo direito (Escala de Barthel: Transferências 5; MIF: 1 ajuda total nas transferências); | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a recuperação da mobilidade;</li> <li>- Promover o autocuidado;</li> <li>- Prevenir a rigidez articular;</li> <li>- Prevenir complicações inerentes à imobilidade: cutâneas, músculo-esqueléticas,</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar e monitorizar o Equilíbrio Corporal, a Coordenação motora, a força muscular e a amplitude articular;</li> <li>- Ensinar sobre técnica de adaptação para transferir-se;</li> <li>- Treinar técnica de adaptação para transferir-se;</li> </ul> | 9 a 12/12/2019 – A Sra. R.M. mantém necessidade de ajuda total nas transferências cama/cadeira, cadeira/cadeirão e vice-versa. Mantém Escala de Barthel: Transferências 5; MIF: 1 ajuda total nas transferências.   |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <p><b>Potencial melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se.</b></p> | <p>respiratórias, circulatórias, gastrointestinais, urinárias.</p> <p><b>Sistema enfermagem:</b><br/>Totalmente compensatório</p> <p><b>Método:</b> Agir pelo outro</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar e monitorizar a capacidade para usar técnica de adaptação para transferir -se;</li> <li>- Instruir e treinar técnica de adaptação para transferir-se (verificação das condições de segurança ou barreiras existentes, planejar antecipadamente os movimentos a realizar, sentar-se na cama colocando o membro inferior esquerdo sob o direito e suspender os membros da cama e rodar o tronco, fazendo carga no cotovelo e apoiando as mãos no colchão, colocação de calçado apropriado; sentada na cadeira de rodas/cadeirão, inclinar o tronco anteriormente, pôr-se de pé e rodar para o lado esquerdo, colocar as mãos nos braços da cadeira de rodas/cadeirão e inclinar o tronco anteriormente, sentando-se progressivamente).</li> </ul> | <p>17 a 20/12/2019 – A Sra. R.M. mantém necessidade de ajuda máxima nas transferências, no entanto consegue fazer carga nos membros inferiores e inclinar anteriormente o tronco. Mantém Escala de Barthel: Transferências 5; MIF: 1 ajuda total nas transferências.</p> <p>6 a 10/01/2020 – A Sra. R.M. mantém necessidade de ajuda máxima nas transferências, capacidade de fazer carga nos membros inferiores e inclinar anteriormente o tronco. Mantém Escala de Barthel: Transferências 5; MIF: 1 ajuda total nas transferências.</p> |
|--|---|--|--|

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <p><b>Pôr-se de pé comprometido relacionado com AVC e hemiparésia à direita,</b> manifestado por capacidade para passar da posição de deitado a sentado e da posição de sentado a pé comprometida (Escala de Barthel: Transferências 5; MIF: 1 ajuda total nas transferências);</p> <p><b>Potencial para melhorar capacidade para executar técnica de adaptação para pôr-se de pé</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a recuperação da mobilidade;</li> <li>- Reeducação o reflexo postural;</li> <li>- Promover o autocuidado;</li> <li>- Prevenir complicações inerentes à imobilidade: cutâneas, músculo-esqueléticas, respiratórias, circulatórias, gastrointestinais, urinárias.</li> </ul> <p><b>Sistema enfermagem:</b><br/>Totalmente compensatório</p> <p><b>Método:</b> Agir pelo outro</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a capacidade da Sra. R.M. para pôr-se de pé;</li> <li>- Avaliar e monitorizar a Sra. R.M. a pôr-se de pé;</li> <li>- Instruir e treinar a técnica de adaptação para pôr-se de pé (verificação das condições de segurança ou barreiras existentes, planejar antecipadamente os movimentos a realizar, colocação de calçado apropriado, sentar-se na cama/cadeira de rodas, pôr-se de pé realizando carga sobre os membros inferiores, inclinando ligeiramente o tronco anteriormente e pôr-se de pé);</li> <li>- Planejar, orientar e supervisionar a Sra. R.M. a pôr-se de pé.</li> </ul> | <p>9 a 12/12/2019 - A Sra. R.M. assume ortostatismo com apoio unilateral de uma pessoa e apoiando-se na grelha da cama, por curtos períodos, com inclinação do tronco para o lado afetado. Mantém Escala de Barthel: Transferências 5; MIF: 1 ajuda total nas transferências.</p> <p>17 a 20/12/2019 - A Sra. R.M. mantém apoio unilateral de uma pessoa e apoiando-se na grelha da cama para assumir ortostatismo, com desequilíbrio corporal para o lado afetado. Mantém Escala de Barthel: Transferências 5; MIF: 1 ajuda total nas transferências.</p> |
|---|---|--|--|

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | <p>6 a 8/01/2020 – A Sra. R.M. assume ortostatismo com dificuldade e pouca tolerância.</p> <p>9 e 10/01/2020 – A Sra. R.M. assume ortostatismo, que tolera por curtos períodos e com apoio unilateral. Mantém inclinação do tronco para o lado afetado, ainda que menos pronunciada. Mantém Escala de Barthel:<br/>Transferências 5;<br/>MIF: 1 ajuda total nas transferências.</p> |
| <p><b>Equilíbrio Corporal comprometido relacionado com AVC e hemiparésia à direita,</b> manifestado por: equilíbrio dinâmico sentada pouco eficaz;</p> | <p>- Reeducar o mecanismo reflexo-postural;<br/>- Promover a recuperação do equilíbrio corporal dinâmico em pé, tendo em</p> | <p>- Avaliar e monitorizar o Equilíbrio Corporal e a Coordenação motora;<br/>- Estimular a manter equilíbrio corporal, corrigindo a postura;</p> | <p>9 a 11/12/2019 – A Sra. R.M. encontra-se vígil, mas sonolenta, com equilíbrio estático sentada não eficaz. Realizado treino de</p>   |

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <p><b>Potencial para usar técnica de equilíbrio corporal.</b></p> | <p>conta o potencial de recuperação da pessoa e a força muscular.</p> <p><b>Sistema enfermagem:</b><br/>Parcialmente compensatório</p> <p><b>Método:</b> Guiar o outro</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforçar as habilidades remanescentes: executar treino de equilíbrio em pé; estimular reflexo postural e propriocepção (utilização de calçado apropriado e vigiar a posição corporal).</li> <li>- Executar e orientar técnica de treino de equilíbrio: ensino e treino sobre carga nos membros superiores e inferiores;</li> <li>- Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal;</li> <li>- Avaliar capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal;</li> <li>- Instruir e treinar técnica de equilíbrio corporal: correção postural, equilíbrio dinâmico sentada e estático em pé.</li> </ul> | <p>equilíbrio estático e dinâmico sentado e treino de equilíbrio estático em pé.</p> <p>12/12/2019 – A Sra. R.M. encontra-se vígil e desperta, apresenta equilíbrio estático sentada eficaz e dinâmico sentada ineficaz.</p> <p>17 a 20/12/2019 – A Sra. R.M. mantém equilíbrio estático sentado eficaz e dinâmico sentada ineficaz.</p> <p>6 a 8/01/2020 - A Sra. R.M. apresenta equilíbrio estático sentado não eficaz, inclina o tronco para a direita.</p> <p>9 e 10/01/2020 – A Sra. R.M. mantém equilíbrio estático sentado não eficaz, mas observa-se esforço para contrariar inclinação do</p> |
|---|--|---|--|

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
|   |   |   | tronco para a direita e procura atingir o equilíbrio.   |
| <p><b>Autocuidado vestuário comprometido</b> relacionado com hemiparesia direita e manifestado por dependência no vestir (Escala de Barthel: Vestir 0; MIF: ajuda total no vestir a metade superior e inferior do corpo);</p> <p><b>Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para o autocuidado vestuário.</b></p> | <p>- Promover a autonomia no autocuidado vestuário</p> <p><b>Sistema enfermagem:</b><br/>Totalmente compensatório</p> <p><b>Método:</b> Agir pelo outro</p> | <p>- Avaliar e monitorizar o autocuidado vestuário segundo a MIF e Escala de Barthel;</p> <p>- Ensinar sobre técnica de adaptação para o autocuidado vestuário;</p> <p>- Avaliar capacidade da Sra. R.M. sobre técnica de adaptação para o autocuidado vestuário;</p> <p>- Instruir e treinar a Sra. sobre técnica de adaptação para o autocuidado vestuário (vestir primeiro o hemicorpo afetado e despi-lo por último; ao vestir a metade superior, puxar a manga da camisa/camisola até ao ombro e costas e só depois vestir o lado menos afetado; ao vestir calças, cruzar o membro inferior afetado sobre o menos afetado e vestir até ao joelho e só depois vestir o lado menos afetado, puxando as calças o máximo que puder, repetindo o procedimento para as meias e sapatos).</p> | <p>9 a 12/12/2019 – A Sra. R.M. mantém necessidade de ajuda máxima no vestir/despir. (Escala de Barthel: Vestir 0; MIF: ajuda total no vestir a metade superior e inferior do corpo). Não consegue utilizar a técnica de adaptação instruída e treinada.</p> <p>17 a 20/12/2019 – A Sra. R.M. mantém necessidade de ajuda máxima no vestir/despir. (Escala de Barthel: Vestir 0; MIF: ajuda total no vestir a metade superior e inferior do corpo). Reforçada e treinada técnica de adaptação.</p> <p>6 a 10/01/2020 – A Sra. R.M. mantém necessidade</p> |

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
|   |  | - Incentivar a Sra. R.M. a vestir-se autonomamente dentro das suas capacidades.   | de ajuda máxima no vestir/despir (Escala de Barthel: Vestir 0; MIF: ajuda total no vestir a metade superior e inferior do corpo). Incentivada a participar dentro das suas capacidades.  |
| <p><b>Autocuidado higiene comprometido</b> relacionado com hemiparesia direita e manifestado por dependência no banho e higiene pessoal (Escala de Barthel: Banho 0 e Toalete 0; MIF: ajuda total no banho e higiene pessoal);</p> <p><b>Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de adaptação para o autocuidado de higiene.</b></p> | <p>- Promover a autonomia na realização da higiene pessoal;</p> <p><b>Sistema enfermagem:</b><br/>Totalmente compensatório</p> <p><b>Método:</b> Agir pelo outro</p> | <p>- Avaliar e monitorizar capacidade da Sra. R.M. para realizar o autocuidado higiene, segundo a MIF e Escala de Barthel;</p> <p>- Incentivar a realizar autonomamente a higiene dentro das suas capacidades, respeitando o tempo necessário à Sra. R.M. para se autocuidar, permitindo-lhe realizar o máximo possível de acordo com as capacidades remanescentes da Sra. e utilizando estratégias de adaptação.</p> | <p>9 a 12/12/2019 – A Sra. R.M. mantém necessidade de ajuda máxima nos cuidados de higiene (Escala de Barthel: Banho 0 e Toalete 0; MIF: ajuda total no banho e higiene pessoal). Incentivada a participar.</p> <p>17 a 20/12/2019 – A Sra. R.M. mantém necessidade de ajuda máxima nos cuidados de higiene (Escala de Barthel: Banho 0 e Toalete 0; MIF: ajuda total no banho e higiene</p> |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
|  |   |   | <p>peçoal). Consegue lavar parte da face, dos membros superiores, do tronco e a sua higiene oral com ajuda moderada e estímulo.</p> <p>6 a 10/01/2020 – A Sra. R.M. mantém necessidade de ajuda máxima nos cuidados de higiene (Escala de Barthel: Banho 0 e Toalete 0; MIF: ajuda total no banho e higiene pessoal). Realiza parte da higiene da metade superior do corpo com ajuda moderada.</p> |
| <p><b>Autocuidado ir ao sanitário comprometido</b> relacionado com hemiparesia direita e aparente incontinência de esfíncteres manifestado por dependência no controlo da eliminação vesical e</p> | <p>- Promover a autonomia no controlo dos esfíncteres;</p> <p><b>Sistema enfermagem:</b><br/>Totalmente compensatório</p> | <p>- Avaliar e monitorizar capacidade da Sra. R.M. para realizar o autocuidado ir ao sanitário, segundo a Escala de Barthel e a MIF;</p> <p>- Incentivar a realizar as suas eliminações no WC, promovendo a sua ida ao sanitário em</p> | <p>9 e 10/12/2019 – A Sra. R.M. foi acompanhada ao sanitário em cadeira de higiene, não teve eliminação vesical nem intestinal. Teve eliminações na fralda.</p>  |

|   |                                       |   |   |
|---|---------------------------------------|---|---|
| <p>intestinal e uso dos sanitários (Escala de Barthel: Controlo Intestinal 0, Controlo Urinário 0 e Utilização do WC 0; MIF: ajuda total no Controlo dos Esfíncteres e Utilização da sanita);</p> | <p><b>Método:</b> Agir pelo outro</p> | <p>intervalos frequentes e expectáveis, respeitando o tempo necessário para tal e tendo presente a importância do reflexo gastrocólico;<br/> - Motivar e treinar a utente para a comunicação e expressão verbal e/ou não verbal da necessidade de ir ao sanitário, de acordo com as suas capacidades remanescentes.</p> | <p>11/12/2019 - A Sra. R.M. foi acompanhada ao sanitário em cadeira de higiene e após o almoço, teve micção na sanita. Apresentou dejeção na fralda.</p> <p>12/12/2019 - A Sra. R.M. foi acompanhada ao sanitário, teve micção na sanita. (Escala de Barthel: Controlo Intestinal 0, Controlo Urinário 0 e Utilização do WC 0; MIF: ajuda total no Controlo dos Esfíncteres e Utilização da sanita)</p> <p>17 e 18/12/2019 – A Sra. R.M. foi acompanhada ao sanitário, não teve eliminações na sanita.</p> <p>20/12/2019 – A Sra. R.M. foi acompanhada ao sanitário, teve dejeção antes dos</p> |
|---|---------------------------------------|---|---|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | <p>cuidados de higiene e micção após o almoço na sanita.</p> <p>Não consegue comunicar a necessidade de ir ao sanitário. (Escala de Barthel: Controlo Intestinal 0, Controlo Urinário 0 e Utilização do WC 0; MIF: ajuda total no Controlo dos Esfíncteres e Utilização da sanita).</p> <p>6 a 10/01/2020 – A Sra. R.M. teve várias micções e dejeções na fralda, tendo pontualmente urinado na sanita. (Escala de Barthel: Controlo Intestinal 0, Controlo Urinário 0 e Utilização do WC 0; MIF: ajuda total no Controlo dos Esfíncteres e Utilização da sanita).</p> |
|--|--|--|--|

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <p><b>Alimentar-se comprometido</b> relacionado com AVC, manifestado por disfagia (Escala de GUSS: score 3 na avaliação preliminar).</p> | <p>- Promover a autonomia na alimentação;</p> <p><b>Sistema enfermagem:</b><br/>Totalmente compensatório</p> <p><b>Método:</b> Agir pelo outro</p> | <p>- Avaliar e monitorizar capacidade da Sra. R.M. para deglutir, segundo a Escala de GUSS;</p> | <p>4/12/2019 a 20/12/2019 – A Sra. R.M. mantém score 3 na avaliação preliminar da Escala de GUSS, médico da UMDR Y tem conhecimento da disfagia da utente, mas ainda não foi observada pelo médico fisiatra.</p> <p>6 a 10/01/2020 - A Sra. R.M. mantém score 3 na avaliação preliminar da Escala de GUSS. A situação da utente foi discutida em reunião semanal de equipa, tendo ficado decidido que a Sra. R.M. irá ser referenciada à consulta de Otorrinolaringologia e Gastreenterologia do Hospital da sua área de residência para avaliação.</p> |
| <p><b>Comunicação comprometida</b> relacionado com linguagem</p>   | <p>- Promover uma comunicação</p>  | <p>- Promover um ambiente tranquilo;</p>  | <p>9/12/2019 – A Sra, R.M. mantém linguagem</p>   |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <p>comprometida, manifestado por discurso espontâneo: ausente, nomeação: ausente, repetição de palavras: presente mas inconsistente (1/5 palavras simples), (MIF: ajuda total na comunicação e cognição social).</p> | <p>verbal e/ou não-verbal eficaz;<br/> - Reduzir a desvantagem comunicacional;<br/> - Promover a interação social.</p> <p><b>Sistema enfermagem:</b><br/> Totalmente compensatório</p> <p><b>Método:</b> Agir pelo outro</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar-me à utente e chamá-la pelo nome preferido;</li> <li>- Dar tempo à utente para se expressar;</li> <li>- Motivar a utente para a comunicação e expressão verbal;</li> <li>- Otimizar a comunicação, obtendo o melhor resultado com as estratégias comunicacionais utilizadas;</li> <li>- Facilitar a comunicação recorrendo à linguagem não-verbal;</li> <li>- Fazer perguntas simples;</li> <li>- Usar discurso simples, claro, preciso e adaptado ao contexto da utente;</li> <li>- Falar calmamente com a utente;</li> <li>- Explicar todos os procedimentos à utente, de forma que possa compreender;</li> <li>- Não interromper a utente na comunicação;</li> <li>- Manter sempre o contato visual.</li> </ul> | <p>comprometida, conseguiu nomear um objeto (pente), repete algumas palavras simples de forma inconsistente, cumpre algumas ordens simples. Incentivada a comunicar verbal e não verbalmente.</p> <p>10 a 12/12/2019 - A Sra, R.M. mantém linguagem comprometida, não nomeia, repete algumas palavras simples de forma inconsistente (“bom dia”), mantém dificuldade em cumprir ordens simples. Tem dificuldade em manter o contacto visual.</p> <p>17 a 20/12/2019 – A Sra. R.M. acena afirmativamente com a cabeça quando questionada sobre qualquer assunto, incentivada a</p> |
|--|--|--|---|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <p>- Treinar a nomeação e repetição de palavras.</p> | <p>acenar negativamente quando quer dizer não, sem sucesso.</p> <p>6 a 10/01/2020 – A Sra. R.M. mantém linguagem comprometida, não nomeia, repete “bom dia” e “pois” de forma inconsistente e com muito estímulo, cumpre algumas ordens simples. Continua a acenar afirmativamente com a cabeça quando abordada sob a forma de questão, independentemente da questão que lhe é colocada. Incentivada a comunicar verbal e não verbalmente.</p> |
|--|--|--|--|

**17/01/2020:**

**Reavaliação do grau de dependência:** A Sra. R.M. manteve-se dependente na realização das suas ABVD, tendo mantido score de 5 (não independente) na Escala de Barthel e um score de 16 na MIF (dependência completa).

**Plano após alta da UMDR:** A filha da Sra. R.M. refere que não tem capacidade de receber a mãe em casa, pois a saúde do marido agravou-se. Reconhece que a mãe se encontra com dependência completa nas AVD, referindo ainda que esperava que ela tivesse "outra recuperação" SIC. A família decidiu que iria procurar um lar de idosos para a Sra. R.M., encontrando-se em articulação com a técnica de serviço social da UMDR Y.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, J., Silveira, L., Tavares, F., Oliveira, F., Natário, A., Cunha, L., . . . Rodrigues, M. (2016). *Rede de Referência Hospitalar: Neurologia. República Portuguesa - Saúde*. Obtido em Maio de 2017, de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/05/RRH-Neurologia-Para-CP.pdf>
- Branco, T., & Santos, R. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Marques-Vieira, C., Sousa, L., & Braga, R. (2016). Reabilitar a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 465-474). Loures: Lusodidacta.
- Menoita, E., Sousa, L., Pão-Alvo, I., & Marques-Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Organização Mundial de Saúde. (2006). *Neurological disorders: public health challenges*. Genebra: Organização Mundial de Saúde. Obtido em Abril de 2017, de [http://www.who.int/mental\\_health/neurology/neurodiso/en/](http://www.who.int/mental_health/neurology/neurodiso/en/)
- Santos, T., & Madeira, N. (2011). *Síndrome do Lobo Frontal: uma entidade única?* Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação., pp. 71-79.