

## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização

**Enfermagem de Reabilitação**

**A Pessoa com AVC, promoção do autocuidado  
nas AVD: Higiene e Vestuário**

**Marco Ivo Coimbra Fino Oliveira Vieira**

**2013**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização

### **Enfermagem de Reabilitação**

#### **A Pessoa com AVC, promoção do autocuidado nas AVD: Higiene e Vestuário**

**Marco Ivo Coimbra Fino Oliveira Vieira**

**Relatório de Estágio orientado por:**

**Professora Doutora Maria Manuela Geraldês Gândara  
Janeiro Salvado**

**2013**



## RESUMO

O aumento da esperança de vida, a diminuição da mortalidade e o decorrente aumento do envelhecimento da população portuguesa traduz-se no aumento do número de pessoas com Acidente Vascular Cerebral (AVC), sendo atualmente em Portugal a principal causa de morte e de incapacidade tendo as suas sequelas grande impacto na dinâmica de vida da pessoa, confrontando-se esta com um súbito défice no autocuidado na realização das Atividades de Vida Diária (AVD). Tornando-se cada vez mais premente uma resposta eficaz por parte dos profissionais de saúde, onde se insere a intervenção especializada do enfermeiro de reabilitação.

Por todo o impacto que esta patologia tem na sociedade atual e na minha práxis, esta problemática constituiu um foco de interesse e motivação. Sendo a hemiplegia ou hemiparesia a alteração mais manifesta do AVC, traduzindo-se num compromisso no autocuidado das AVD, das quais se destacam a higiene e vestuário, defini como objetivo central a desenvolver no estágio “promover o autocuidado da pessoa com AVC nas atividades de vida diária de higiene e vestuário”.

Constituiu-se como fundamental a compreensão das principais dificuldades enfrentadas no internamento pela pessoa com AVC, de entre as quais as que se prendem com a realização das referidas AVD. Esta identificação das principais condicionantes para o autocuidado, permitem ao enfermeiro de reabilitação através de um processo educativo, dinâmico, contínuo e progressivo, no qual se destaca a centralidade do utente nas decisões, a adequação dos cuidados ao contexto domiciliário da pessoa, a individualidade dos mesmos, o estudo da inclusão de possíveis produtos de apoio e o envolvimento precoce da família no processo de cuidados visando um planeamento de alta atempado, promover o autocuidado da pessoa. Tendo como principal objetivo da sua recuperação funcional, a reintegração na família, comunidade e sociedade, tendo as suas intervenções especializadas um papel essencial na limitação do impacto da incapacidade da pessoa com AVC.

**Palavras-chave:** Enfermagem de Reabilitação; Acidente Vascular Cerebral; Autocuidado; Atividades de Vida Diária.

## ABSTRACT

The increased life expectancy, the diminished mortality rate and therefore the increased aging of the portuguese population translate into an increased number of people with stroke. Stroke is, at the present moment, in Portugal, the main cause of death and disability, having its consequences an high impact in one's life dynamics, being confronted with a sudden deficit in self care and altered performance of Activities of Daily Living (ADL). This calls for an urgent and effective answer by the health care professional, where the specialized intervention of the rehabilitation nurse is inserted.

Due to the high impact this disease has in todays' society as well as in my own practice, it became my focus of interest and motivation. As hemiplegia or hemiparesis are the most common alteration of a stroke, resulting in an impairment of ADL, with a special highlight on hygiene and dressing, I've set as my main practice goal "promotion of selfcare in a stroke patient in the activities of daily living hygiene and dressing".

Understanding the main difficulties faced by the person with stroke in hospital, focusing on the performance of the reffered ADL, was fundamental. Identifying the main constraints for selfcare, allows the rehabilitation nurse, through a continuous, progressive and dynamic educational process, to emphasise the patient as the central key in the decision making process, to adequate the care to the patient's house with its own specificities, to review the inclusion of possible daily living aids and the early family implication in the care process, aiming for a carefully planned discharge, that promotes the patients' selfcare. Setting as the main goal for functional recovery, family, comunity and socciety reinstatement, the nurses' specialized interventions play a pivotal part in restricting the impact of the disabilities of the stroke patient.

**Key words:** Rehabilitation Nursing; Stroke; Self-care; Activities of Daily Living.

## INDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>1. A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DA PESSOA COM AVC NA PERSPETIVA DE DOROTHEA OREM .....</b>	<b>14</b>
<b>2. PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA PESSOA COM AVC: UM PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>22</b>
<b>2.1. O processo de reabilitação da pessoa com AVC num Centro de Reabilitação.....</b>	<b>23</b>
2.1.1. Departamento de Atividades de Vida Diária.....	25
2.1.2. Serviço Reabilitação de Adultos.....	34
<b>3. O PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA PESSOA COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA: UMA COMPLEMENTARIEDADE NA COMPREENSÃO DA PESSOA COM AVC E NA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO EEER.....</b>	<b>46</b>
<b>4. REFLEXÃO FINAL .....</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>52</b>
<b>APÊNDICES</b>	
<b>APÊNDICE I - Objetivos, domínios e competências, atividades a desenvolver, recursos, indicadores e critérios de avaliação</b>	
<b>APÊNDICE II - Cronograma de estágio</b>	
<b>APÊNDICE III - Guião de Observação: Departamento de AVD</b>	
<b>APÊNDICE IV - Departamento de AVD: Registos de observação de treino do vestuário na pessoa com AVC</b>	
<b>APÊNDICE V - Departamento de AVD: Registos de observação de treino de higiene na pessoa com AVC</b>	
<b>APÊNDICE VI - Documento de colheita de dados e planeamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação</b>	

**APÊNDICE VII - Plano de Cuidados I: Serviço de Reabilitação de Adultos**

**APÊNDICE VIII - Plano de Cuidados II: Serviço de Reabilitação de Adultos**

**APÊNDICE IX - Plano de Cuidados: Reeducação Funcional Respiratória**

**ANEXOS**

**ANEXO I - Instrumento de Avaliação: Departamento de AVD**

**ANEXO II - MIF: Medida de Independência Funcional**

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Sistema Totalmente Compensatório .....	19
<b>Figura 2:</b> Sistema Parcialmente Compensatório .....	20
<b>Figura 3:</b> Sistema de Apoio-Educação .....	20

## INDICE DE SIGLAS

**ACS** – Alto Comissariado da Saúde

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**AVD** – Atividades de Vida Diária

**DGS** – Direção-Geral da Saúde

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

**MIF** – Medida de Independência Funcional

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**RFR** – Reeducação Funcional Respiratória

**SRA** – Serviço de Reabilitação de Adultos

**TDACE** – Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem

## INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório de estágio surge com o culminar de um percurso de aprendizagem efectuado com o objectivo de dar resposta à temática exposta no projeto de estágio desenvolvido anteriormente e a sua aplicabilidade em contexto da prática de cuidados. Esta exposição constitui uma reflexão pessoal sobre o desenvolvimento das competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação desenvolvidas ao longo do estágio.

O estágio sendo entendido como um processo de aprendizagem e educação para a atividade prática, constituindo o eixo em torno do qual se processa a integração, apropriação e (re)construção dos conhecimentos teóricos previamente adquiridos, pode ser referido como um processo de desenvolvimento de autonomia através de um trabalho pessoal crítico onde se exige um questionamento constante dos diferentes saberes com vista à aquisição de competências (White & Ewan, 1997).

Com a elaboração deste relatório pretendo demonstrar as competências específicas que se referem à atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) adquiridas ao longo do percurso de estágio, tendo como foco central a compreensão da problemática da promoção do autocuidado nas Atividades de Vida Diária (AVD) higiene e vestuário na pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC).

O AVC é considerado a 3ª causa de morte a nível mundial segundo dados da World Health Organization (2004), sendo em Portugal a principal causa de morte e de incapacidade (Direção-Geral da Saúde, 2001), tendo as suas sequelas grande impacto na dinâmica de vida da pessoa, nomeadamente no contexto funcional, cognitivo e social (Pereira, Coelho, & Barros, 2004). Assistimos atualmente ao envelhecimento progressivo da nossa população, dados estatísticos de 2010 do Alto Comissariado da Saúde (ACS) entre 2004 e 2009 em Portugal a esperança de vida dos 65 aos 69 anos aumentou 4,5% (0,8 anos), embora o valor deste indicador em

2009 seja inferior ao valor da meta definida pelo Plano Nacional de Saúde para 2010. Correlacionando estes dados estatísticos apresentados pelo ACS em 2010 com dados da Direção-Geral da Saúde (DGS) de 2013, verifica-se que a taxa de mortalidade padronizada por AVC antes dos 65 anos entre 2001 e 2011 diminuiu 51,7%, representando no ano de 2011 cerca de 8,3 óbitos por 100 mil habitantes.

Perante todos estes dados constata-se que o aumento progressivo da esperança de vida, a diminuição da mortalidade e o decorrente aumento do envelhecimento da população portuguesa irá refletir-se no aumento do número de doentes internados com AVC, tendo-se registado em 2012 um total de 19177 internamentos hospitalares de doentes admitidos com AVC em Portugal (Direção-Geral da Saúde, 2013).

As sequelas decorrentes do AVC podem conduzir na pessoa a uma grande incapacidade psicomotora, tornando-se cada vez mais premente uma intervenção rápida dos serviços de saúde e uma capacidade de resposta eficaz por parte dos profissionais de saúde. Sendo o foco principal da reabilitação o indivíduo, o objetivo principal será colaborar com o mesmo de forma a atingir a máxima qualidade de vida com dignidade, autoestima e independência tal como nos refere Cardoso & Eusébio (2011), onde o EEER enquanto elemento integrante da equipa de profissionais de saúde deve conceber, implementar e monitorizar os planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais da pessoa. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010) o EEER tem um nível elevado de conhecimentos e experiência que lhe permite tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.

Ao refletir na minha prática de cuidados, a qual se realiza em contexto hospitalar, numa Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos, confronto-me diariamente com dificuldades que são transversais a grande parte das pessoas que sofreram um AVC, encontrando-se estas dependentes do seu estado de saúde, da área cerebral lesada e da gravidade da lesão. Estas dificuldades decorrentes da dependência e incapacidade proveniente do AVC irão afetar o equilíbrio psicodinâmico da pessoa em relação com o meio envolvente, confrontando-se esta

com uma situação nova que poderá limitar o seu desempenho nas suas obrigações sociais, pessoais, profissionais e familiares (Menoita, 2012).

Verifico ao longo dos últimos anos o incremento do número de internamentos no meu serviço de clientes com AVC em fase pós-aguda com o objetivo de reabilitação. Nestes, o plano é definido por uma equipa interdisciplinar, onde as necessidades de intervenção em função das limitações funcionais da pessoa são definidas por um fisiatra para uma posterior intervenção da equipa de fisioterapia, terapia da fala e terapia ocupacional do hospital. No entanto, sendo as AVD parte integrante da pessoa na satisfação das suas necessidades e exigências de vida do dia-a-dia, e principais áreas onde existe um maior impacto destas limitações no doente pós-AVC (Menoita, 2012), deparo-me diariamente com um défice no plano de reabilitação definido no que concerne a esta área de intervenção, nomeadamente à AVD higiene e vestuário. Pois percepciono serem duas áreas de elevada importância para o doente, sobre as quais caso não exista qualquer tipo de intervenção poderá ser comprometida a sua privacidade pela exposição física e psicológica associada a este défice no seu autocuidado.

Por se tratar de uma preocupação sentida já há algum tempo e por o AVC se tratar de uma das patologias mais frequentes na minha realidade de prática profissional, no âmbito da reabilitação, a minha escolha recaiu sobre esta problemática à qual pretendo dar resposta ao longo deste relatório.

A pessoa com AVC, através das conseqüentes limitações e incapacidades, depara-se com a existência de um desequilíbrio psicodinâmico em relação com o meio envolvente, condicionado pelo seu estado de saúde. Existe assim um défice na sua ação de autocuidado, ou seja,

na capacidade adquirida, complexa, para atender as exigências de continuar a cuidar de si próprio, reguladora dos processos de vida, manutenção ou promoção da integridade, da estrutura e do funcionamento humano, bem como, do seu desenvolvimento e promoção do bem-estar (Orem, 2001 p. 254).

Esta perspectiva de Orem veio reforçar a minha necessidade em direcionar o meu foco de atenção para a promoção do autocuidado nas AVD higiene e vestuário na pessoa com AVC. Estas AVD são consideradas por vários autores de entre as

diferentes atividades do quotidiano da pessoa aquelas onde existe um elevado défice de autocuidado, e maior dificuldade de reabilitação (Reid, Hebert, & Rudman, 2001; Harris & Eng, 2004; Pereira, Coelho, & Barros, 2004; Hartman-Maeir, Soroker, Ring, Avni, & Katz, 2007; Christie, Lochlin, & McCluskey, 2011).

Um dos fatores condicionantes básicos na pessoa com AVC segundo a Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem (TDACE) de Dorothea Orem, é o *requisito de autocuidado por desvio da saúde*, existindo uma necessidade terapêutica de autocuidado, ou seja:

a necessidade de uma estrutura formulada e expressa em emoções ou medidas de cuidados que deve ser executada para gerar processos de ação, utilizando os meios seleccionados para atender – ou seja, cumprir – as metas reguladoras (funcionais ou de desenvolvimento) dos requisitos de autocuidado dos indivíduos (Orem, 2001 p. 223).

No intuito da promoção do autocuidado neste défice recorrente da alteração do estado de saúde da pessoa com AVC, a reabilitação irá ter um papel fundamental. Esta enquanto processo educativo, dinâmico, contínuo e progressivo que tem por objectivo a recuperação funcional da pessoa, a sua reintegração na família, comunidade e sociedade, é considerada como uma etapa essencial na limitação do impacto da incapacidade da pessoa com AVC (Menoita, 2012).

A reabilitação enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar a pessoa com limitação, a maximizar o seu potencial funcional e a sua independência, tendo como objectivos gerais o melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O EEER perante a existência deste desequilíbrio entre as necessidades de autocuidado e as capacidades do doente no desempenho das atividades de autocuidado, vai assumir o papel de agente de autocuidado terapêutico (*therapeutic self-care agent*), dando resposta às limitações dos requisitos de autocuidado da pessoa com AVC, nomeadamente, através da concepção, implementação e avaliação de planos e programas especializados, com o propósito de promover capacidades adaptativas nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade com vista ao autocuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Por todos os dados apresentados, pela minha realidade profissional, e pelo impacto que o AVC tem na sociedade atual, considero que esta temática constitui para mim um foco de grande interesse e motivação. Surgiu assim a temática do trabalho de projeto desenvolvido e aplicado em contexto de prática ao longo do estágio, à qual pretendo dar resposta com este relatório: **“A Pessoa com AVC, promoção do autocuidado nas AVD: Higiene e Vestuário”**. Sabendo que a prática clínica visa a aquisição de competências referentes à atuação do EEER, procurei refletir na minha praxis e delinear e concretizar um projeto que se constituiu uma estratégia fundamental para o meu desenvolvimento no domínio específico da enfermagem de reabilitação.

Tendo em consideração o desenvolvimento de competências preconizadas para o EEER estabeleci como objetivo central do relatório: ***promover o autocuidado da pessoa com AVC nas atividades de vida diária de higiene e vestuário***. De forma a atingir este objetivo e responder às competências do EEER definidas pela OE (2010), tornou-se pertinente o desenvolvimento de objetivos específicos que melhor clarificassem a temática em questão:

- ***Compreender o processo de reabilitação da pessoa com AVC com défice de autocuidado nas AVD de higiene e vestuário numa unidade de atividades de vida diária;***
- ***Desenvolver estratégias que promovam o autocuidado na pessoa com AVC com défice de autocuidado nas AVD de higiene e vestuário internada num serviço de reabilitação;***

Assim como um outro objetivo que conduzisse à obtenção do grau de EEER, complementando os anteriores:

- ***Prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação na área de reabilitação respiratória à pessoa com patologia do foro respiratório.***

Este relatório é suportado na revisão da literatura e nos conhecimentos científicos adquiridos com a partilha de experiências e saberes com os diferentes intervenientes no processo formativo. Estruturalmente é constituído por cinco partes:

uma primeira que consiste na nota introdutória onde é apresentada e justificada a temática e definidos os objetivos; uma segunda que elenca o enquadramento teórico do tema; numa terceira e quarta parte onde é realizada toda uma descrição e análise do percurso efectuado ao longo do estágio dando resposta ao objetivos definidos, e por fim a última parte encontra-se reservada à reflexão final, onde se realçaram os aspectos mais relevantes deste percurso de aquisição de competências, respondendo à temática e perspectivando o futuro como EEER.

## 1. A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DA PESSOA COM AVC NA PERSPETIVA DE DOROTHEA OREM

Para o desenvolvimento do projeto de estágio, bem como para a realização do presente relatório de estágio tornou-se pertinente selecionar um referencial teórico que fornecesse contributos importantes de forma a enquadrar a pertinência da problemática selecionada. No âmbito da perspetiva holística e científica de enfermagem, o modelo teórico de enfermagem que melhor se enquadra e que melhor justifica a pertinência da temática trata-se da TDACE de Dorothea Orem, sendo esta a teórica que melhor sustenta a promoção do autocuidado, nomeadamente, quando este se encontra condicionado pelo estado de saúde da pessoa, existindo um défice na sua ação de autocuidado.

Neste capítulo procuro articular a TDACE de Dorothea Orem com a temática do relatório, indo efetuar uma breve abordagem da patologia em causa enquadrando-a no referencial teórico.

A World Health Organization (2012), define o AVC como o desenvolvimento rápido de sintomas e/ou sinais focais e, por vezes globais, de disfunção neurológica, com sintomas que perduram por um período superior a 24h podendo resultar na morte, sem outra causa aparente que a de origem vascular. Este ocorre predominantemente em indivíduos idosos, estando a sua etiologia relacionada com alterações vasculares que levam ao comprometimento da circulação cerebral, resultando num défice neurológico súbito motivado por isquemia ou hemorragia, podendo ser permanente ou transitório, de acordo com a tipologia da interrupção sanguínea, por obstrução ou ruptura dos vasos, existindo assim, dois tipos principais de AVC: o isquémico (obstrução) e o hemorrágico (ruptura dos vasos) (Pereira, Coelho, & Barros, 2004).

As suas consequências podem ser de grande impacto, causando enormes procuras de recursos no diagnóstico, tratamento e na sua recuperação, tratando-se de um importante problema de saúde pública (World Health Organization, 2012).

Segundo Sá (2009) o AVC é considerado em Portugal “a principal causa de dependência e de incapacidade”, sendo as suas manifestações motoras mais

frequentes a hemiparésia e a hemiplegia que geram uma assimetria corporal do lado afectado, levando a uma instabilidade postural em repouso e em movimento (Direcção-Geral da Saúde, 2010). Estas alterações irão afectar o equilíbrio psicodinâmico da pessoa em relação com o meio envolvente, confrontando-a com uma situação nova que poderá limitar o seu desempenho nas suas obrigações sociais, pessoais, profissionais e familiares (Menoita, 2012), deparando-se com um *desvio de saúde*, um dos fatores condicionantes básicos da TDACE, que desencadeia uma necessidade terapêutica de autocuidado (Orem, 2001).

O grau de independência, definido por Santos (2002, p. 49) como o “(...) alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades através de ações adequadas que o individuo realiza por si mesmo, sem ajuda de outra pessoa”, poderá assim ficar comprometido na pessoa com AVC, nomeadamente na realização das suas AVD, deixando esta de assumir o papel de *agente de autocuidado (self-care agent)* para adotar o papel de *agente dependente de cuidados (dependent-care agent)* (Orem, 2001).

As AVD “são parte integrante do quotidiano da pessoa, sendo atividades de autocuidado para satisfazer as necessidades e exigências de vida do dia-a-dia” (Menoita, 2012, p. 117). A OE (2011) refere-se ao termo AVD no contexto da reabilitação, como o conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia, podendo segundo Fricke (2010) serem categorizadas em duas áreas de atividade:

- 1) As que envolvem a *mobilidade funcional* (deambulação, mobilidade de cadeira de rodas, mobilidade na cama e transferências);
- 2) As que estão relacionadas com os *cuidados pessoais* (higiene pessoal, alimentação, vestuário e uso dos sanitários).

As AVD são frequentemente utilizadas para a avaliação do autocuidado, que não deve ser unicamente visto como uma forma racional de promoção da saúde, mas de forma mais abrangente, como a preocupação do individuo consigo mesmo relativamente às rotinas de vida diária (Petronilho, 2012).

Na enfermagem, o fenómeno do autocuidado tem sido essencialmente abordado no paradigma de interação entre o homem e o ambiente, onde as concepções de Dorothea Orem têm sido amplamente utilizadas por inúmeras escolas de enfermagem, assim como, por organizações de saúde, orientando a sua concepção de cuidados a partir da TDACE (Petronilho, 2012).

Orem parte do pressuposto que todo o individuo é capaz de se autocuidar por possuir habilidades, conhecimentos e experiência adquirida ao longo da vida, sendo este denominado de *agente de autocuidado* (Orem, 1995). No entanto, as limitações decorrentes do AVC, das quais a hemiplegia sobressai, irão condicionar esta capacidade de autocuidado, nomeadamente nas AVD, essencialmente no que concerne à mobilização, higiene e vestir e despir.

Perante este défice de autocuidado o EEER detém um papel preponderante, pois a reabilitação será o mecanismo de apoio para a readaptação da pessoa, permitindo a aquisição de novas capacidades físicas e psicológicas com o objetivo da promoção do seu autocuidado, através de um:

conjunto de atribuições que são executadas para ensinar e ajudar outras pessoas a conhecer as suas demandas de autocuidado, ajudando-as a exercitar ou desenvolver as suas ações de autocuidado ou as suas ações de dependência de cuidados (Orem, 1995, p. 435).

O internamento após a instalação do AVC já é por si só um fator indutor de fragilidade e vulnerabilidade, tanto pelo despojar de todos os seus elementos significativos, como pelo défice no seu autocuidado aliado à exposição física e psicológica e à invasão da privacidade pelo outro. Neste contexto é importante promover as capacidades e potencialidades da pessoa na promoção do seu autocuidado, reconhecendo nela o seu saber, utilizando-o e potenciando-o, como que permitindo que utilize o poder que lhe resta, e mobilizando tudo aquilo de que ainda é capaz.

A intervenção do EEER na satisfação das necessidades de autocuidado na pessoa com AVC é realizada de forma terapêutica, como resultado da sua incapacidade em determinar ou executar as necessidades de autocuidado. Sendo esta a componente essencial da sua teoria do autocuidado, Orem desenvolve o

conceito de *requisitos de autocuidado (self-care requisites)*, categorizando-o em 3 categorias: *requisitos universais de autocuidado (universal self-care requisites)*, *requisitos de autocuidado de desenvolvimento (developmental self-care requisites)* e *requisitos de autocuidado no desvio de saúde (health-deviation self-care requisites)* (Orem, 2001).

Os *requisitos universais de autocuidado* encontram-se relacionados com os processos de vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano, podendo estes na pessoa com AVC com déficit de autocuidado encontrarem-se amplamente alterados, nomeadamente:

- a manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social;
- a prevenção de perigos á vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano;
- a promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais, de acordo com o potencial humano, as limitações conhecidas e o desejo de ser normal (Orem, 2001, p. 225).

Os *requisitos de autocuidado de desenvolvimento* (relacionados com o processo de desenvolvimento humano, com condições e situações que ocorrem durante diversas fases do ciclo vital, bem como, com os eventos que podem influenciar adversamente o desenvolvimento individual) podem encontrar-se igualmente alterados, essencialmente em relação ao providenciar condições e promover comportamentos que irão prevenir a ocorrência de efeitos nocivos no desenvolvimento, nomeadamente:

- problemas de adaptação social;
- falhas de saúde individual;
- perda de haveres e de segurança ocupacional;
- problemas associados ao status;
- saúde pobre ou incapacidade (Orem, 2001, p. 232).

Por fim em relação aos *requisitos de autocuidado no desvio de saúde*, sendo estes aqueles que são exigidos em condições de doença ou de lesão, considera-se que a pessoa com AVC se engloba em todas as suas 6 categorias:

1. procurar a garantir assistência médica adequada nos eventos de exposição a agentes específicos (físicos ou biológicos) ou condições ambientais associadas a

- eventos patológicos humanos ou quando resulta de condições genéticas, fisiológicas ou psicológicas conhecidas;
2. estar consciente e atender aos efeitos e resultados das condições e estados patológicos, incluindo os efeitos decorrentes do desenvolvimento;
  3. realizar efetivamente as prescrições diagnósticas e terapêuticas e de reabilitação recomendadas, direcionadas à prevenção de patologias específicas, às normas de funcionamento humano integral, à correção de deformidades e anormalidades, à compensação das incapacidades;
  4. estar consciente e atender ou regular os efeitos desconfortáveis ou nocivos resultantes de intervenções realizadas ou prescritas, incluindo os efeitos do desenvolvimento;
  5. modificar o autoconceito (e a autoimagem) em aceitar estar num estado de saúde particular e necessitar de formas específicas de cuidados de saúde;
  6. aprender a viver com os efeitos e condições e estados patológicos e com os efeitos das intervenções e diagnóstico médico e tratamento no estilo de vida que promovam um continuado desenvolvimento pessoal (Orem, 2001, p. 235).

A necessidade de intervenção do EEER ocorre perante todas as limitações e condicionantes da pessoa subsequentes ao AVC, sendo a sua intervenção necessária, tal como refere Orem (2001), quando as suas capacidades terapêuticas são superiores à capacidade de autocuidado da pessoa, intervindo no sentido de procurar minimizar os efeitos deste défice. O EEER atua assim com base nos 5 modos de intervir propostos por Orem:

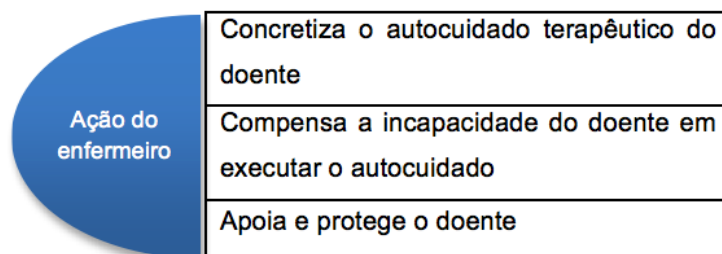
1. agir ou fazer para outra pessoa;
2. guiar e orientar;
3. proporcionar apoio físico e psicológico;
4. proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal;
5. ensinar (Orem, 1993, p. 10).

É através da *Teoria dos Sistemas de Enfermagem* de Dorothea Orem que o EEER vai articular as suas capacidades terapêuticas com as capacidades de autocuidado da pessoa com AVC, dando resposta às suas necessidades, exercendo o seu papel de *agente de autocuidado terapêutico*. Os cuidados de enfermagem são exigidos uma vez que existe um défice de autocuidado entre aquilo que o doente pode realizar (*ação de autocuidado*) e o que necessita de ser realizado para manter o funcionamento desejado (*necessidade de autocuidado*) (Petronilho, 2012).

O EEER deverá então adequar os seus cuidados em função das capacidades de autocuidado da pessoa, tendo como finalidade conhecer, agir e ajudar esta a colmatar as suas necessidades terapêuticas de autocuidado, treinando ou desenvolvendo as suas próprias habilidades e capacidades. Orem (1993) enquadra as intervenções de enfermagem através de sistemas: o *sistema totalmente compensatório*, o *sistema parcialmente compensatório*, e o *sistema de apoio-educação*, com o intuito de orientar as intervenções de enfermagem.

O *Sistema Totalmente Compensatório (Wholly Compensatory Systems)* (Figura 1) surge quando a pessoa não consegue envolver-se nas ações de autocuidado encontrando-se socialmente dependente de outros para a continuação da sua existência e/ou bem-estar, a intervenção do EEER vai consistir sobretudo em atuar e agir pela pessoa enquanto agente de autocuidado terapêutico, embora, também deva utilizar técnicas de orientação, apoio e suporte (Orem, 1995).

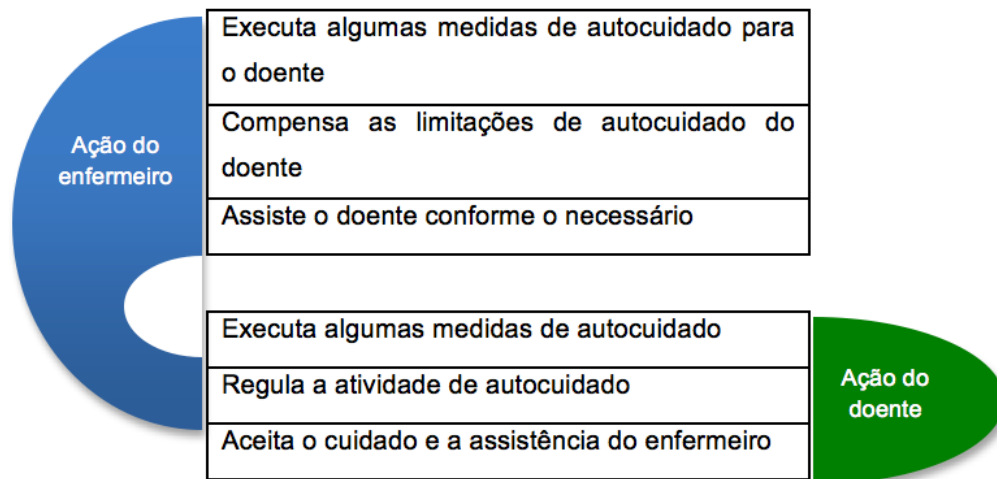
Figura 1: Sistema Totalmente Compensatório



Fonte: Orem, D. (1993). *Modelo de Orem - Conceptos de Enfermería en la práctica*, p. 322

No *Sistema Parcialmente Compensatório* (Figura 2) a pessoa consegue realizar algumas tarefas de autocuidado, no entanto, devido às limitações resultantes da sua condição de saúde ainda necessita do EEER para compensar as suas limitações, tendo ambos o papel principal na realização das tarefas de autocuidado (Orem, 1995).

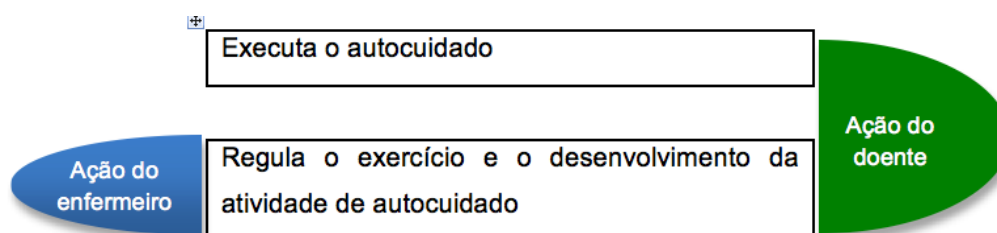
Figura 2: Sistema Parcialmente Compensatório



Fonte: Orem, D. (1993). *Modelo de Orem - Conceptos de Enfermería en la práctica*, p. 322

Por fim, quando a pessoa já se encontra num nível de autocuidado, em que possui capacidade para o mesmo, necessitando apenas de apoio, orientação e instrução para o exercício de desenvolvimento da atividade de autocuidado, pode-se referir que este já se enquadra no *Sistema de Apoio-Educação* (Figura 3) de acordo com a mesma autora.

Figura 3: Sistema de Apoio-Educação



Fonte: Orem, D. (1993). *Modelo de Orem - Conceptos de Enfermería en la práctica*, p. 322

Apesar de possuírem características próprias, os sistemas descritos por Orem podem estar presentes, de forma sequencial ou em simultâneo na mesma pessoa com AVC com déficit de autocuidado, de acordo com o estágio de reabilitação em que se encontra, ou à medida que vai readquirindo mais capacidades, assumindo as suas ações de autocuidado. Haverá no entanto pessoas com AVC em que não se poderá passar de um nível para outro “superior”, pois esta transição depende do

potencial de reabilitação de cada uma e da gravidade das sequelas manifestadas, o que não implica que os objetivos maiores não sejam a máxima autonomia possível na realização do autocuidado. Neste processo é necessário incluir a família e/ou cuidadores informais, como “elementos compensatórios” do autocuidado, proporcionando autocuidado nas AVD com as menores implicações possíveis para a qualidade de vida da pessoa (Andrade, Costa, Caetano, Soares, & Beserra, 2009).

Torna-se cada vez mais imperativo a inclusão da família/cuidador no processo de cuidados da pessoa com AVC através de uma abordagem interprofissional e com uma efetiva articulação com o contexto de cuidados ao qual o utente regressa, visando a promoção da sua autonomia e a continuidade de cuidados. A família irá desempenhar um papel fundamental na garantia da continuidade dos cuidados, pelo que, se os cuidados forem centrados na díade doente/família irão constituir um instrumento básico para otimizar a capacidade da família para cuidar e minimizar os efeitos negativos inerentes a um processo de transição do contexto do internamento para o contexto domiciliário (Almeida, Miranda, Rodrigues, & Monteiro, 2005). Assim, o enfermeiro enquanto educador em saúde, perante as necessidades de autocuidado da pessoa com AVC, deverá estar consciente que a família constitui uma instituição de carácter permanente, enquanto que o internamento apenas representa uma situação temporária na vida da pessoa (Andrade, Costa, Caetano, Soares, & Beserra, 2009).

Assim o EEER, tal como refere a OE (2010) tem um papel preponderante na intervenção junto da pessoa com AVC com défice no autocuidado das suas AVD<sup>1</sup>, bem como junto da família/cuidador informal, integrando-os como parceiros ativos de forma a que estes adquiram o máximo de autonomia aquando o seu regresso a casa, visando uma melhor reintegração na comunidade e sociedade e a melhoria da sua qualidade de vida.

---

<sup>1</sup> Utilizarei ao longo do relatório o termo *atividades de vida diária (AVD)*, ao invés dos *requisitos universais de autocuidados* definidos por Dorothea Orem, sendo o conceito utilizado e clarificado pela Ordem dos Enfermeiros através do Parecer Nº12 /2011 no contexto da Enfermagem de Reabilitação para definir “o conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia a dia” nas quais se engloba a Higiene pessoal e o Vestuário (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

## 2. PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA PESSOA COM AVC: UM PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Durante a realização do projeto de estágio fez-me sentido compreender a prestação de cuidados especializados à pessoa com AVC, assim como todo o seu percurso de reabilitação desde o incidente até à fase de sequelas.

Para além da definição do objetivo central do projeto foram estabelecidos objetivos específicos que clarificassem a temática, existindo a necessidade de delinear um percurso constituído por diversas incursões nos diferentes contextos de cuidados à pessoa com AVC, sendo impreterível a percepção em todo o seu percurso de doença, da fase aguda à fase de sequelas, de forma a compreender o processo de reabilitação, prestar cuidados especializados neste âmbito e adquirir as competências específicas definidas para o EEER.

Para tal, foi inicialmente delineado um percurso em dois contextos de cuidados distintos, sendo o primeiro de carácter observacional numa Unidade Cérebro Vascular com o objetivo de conhecer o papel do EEER na intervenção em fase aguda à pessoa que sofreu AVC, e o segundo realizado numa instituição vocacionada para a reabilitação na fase de sequelas. No entanto, por motivos externos não me foi permitida a realização do estágio no contexto da fase aguda da pessoa com AVC pouco tempo antes da incursão no mesmo, tendo sido desta forma o estágio centrado na compreensão do processo de reabilitação da pessoa com AVC em fase de sequelas.

A escolha do local de estágio neste contexto incidiu sobre um Centro de Reabilitação considerado uma instituição de referência em Medicina Física e de Reabilitação, nomeadamente na área do AVC, sendo o principal objetivo desta instituição a promoção da qualidade do movimento do utente e a maximização das suas capacidades funcionais visando uma melhor qualidade de vida/autonomia, o qual se enquadra no objetivo central deste relatório. De forma a beneficiar de todas as potencialidades deste local de estágio, optei por estagiar em 2 serviços distintos tendo sido para cada um deles traçados objectivos gerais e específicos, perspectivado o desenvolvimento de atividades tendo por base as competências do

EEER, e definidos os critérios de avaliação e recursos a utilizar, que apresento sistematizados por itens nos quadros em apêndice, facilitando assim a sua compreensão (ver **Apêndice I**).

Em todos estes contextos da prática, ao longo do meu estágio, utilizei como metodologia orientadora do mesmo, a realização de reflexões escritas, as quais me permitiram repensar a minha prática diária, a aquisição de conhecimentos e competências, bem como retratar todo o caminho que fui percorrendo, assim como a realização de alguns planos de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Irei espelhar de seguida o percurso de aquisição de competências efectuado.

## **2.1. – O processo de reabilitação da pessoa com AVC num Centro de Reabilitação**

Tem-se verificado ao longo das últimas décadas um progresso técnico-científico da Medicina, que juntamente com a evolução socioeconómica têm contribuído para o prolongar da vida humana, assim como a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas. Este fenómeno, tal como já referenciado, irá refletir-se no aumento progressivo do envelhecimento demográfico, não estando este diretamente relacionado com uma vida funcional e sem problemas de saúde. Pelo contrário, verifica-se um aumento do número de pessoas com perda de autonomia, de invalidez e de dependência que não pára de aumentar associado a uma maior prevalência de doenças crónicas e incapacitantes (Martins T. , 2006).

O AVC é considerado a 3ª causa de morte a nível mundial segundo dados da World Health Organization (2004), sendo em Portugal a principal causa de morte e de incapacidade (Direção-Geral de Saúde, 2001), em que para os que sobrevivem as sequelas são relativamente frequentes, graves e variadas, com manifestações motoras e/ou cognitivas, a par das manifestações emocionais e consequências sociais, estando o AVC associado a uma deterioração da capacidade física, emocional e social da pessoa, colocando em risco a sua autonomia funcional para o desempenho das suas AVD e requerendo a ajuda de outros (Martins T. , 2006).

Perante as sequelas decorrentes do AVC torna-se cada vez mais premente um intervenção rápida dos serviços de saúde com foco principal na reabilitação da pessoa, colaborando com a mesma de modo a que atinja a máxima qualidade de vida, com dignidade, autoestima e independência (Cardoso & Eusébio, 2011).

Tal como refere Proot, Meulen, Abu & Crebolder (2007), a pessoa pós-AVC poderá apresentar um défice de autocuidado considerável, necessitando frequentemente de uma continuidade no seu processo de reabilitação após a alta hospitalar, sendo frequente a admissão em centros ou serviços de reabilitação específicos para pessoas com AVC. Segundo os mesmos autores, nestas instituições o objetivo central na reabilitação da pessoa com AVC centra-se na promoção, tanto quanto possível, do seu autocuidado e conseqüente capacidade de viver autonomamente, de forma a facilitar a sua reinserção no domicilio e vida social.

Para além da intervenção junto da pessoa, estas instituições são um pilar fundamental perante a família da pessoa com AVC, pois o início abrupto e inesperado de um AVC impossibilita qualquer preparação prévia, colocando a família numa situação de muita angústia e instabilidade, pois ao serem apanhados de surpresa no seio da crise acidental, os familiares “necessitam de algum tempo e de alguma ajuda para poderem ultrapassar criativamente a crise e para poderem suportar efetivamente o doente, reconduzindo-o a uma vida de qualidade” (Martins M. , 2002, p. 259).

Face à minha atual prática de cuidados, tornou-se impreterivelmente essencial para mim que o meu percurso de estágio decorresse num local de referência na reabilitação da pessoa com AVC, onde fosse possível realizar alguns paralelismos com a minha atual realidade, assim como o desenvolvimento e aquisição das competências específicas do EEER definidas pela OE.

Tal como supracitado, o meu percurso de estágio foi centralizado numa instituição vocacionada para a reabilitação que tem como principal objetivo a promoção da qualidade do movimento do utente e a maximização das suas capacidades funcionais, visando uma melhor qualidade de vida/autonomia, destacando-se na área da reabilitação da pessoa com AVC através do seu

Departamento de Atividades de Vida Diária e do Serviço de Reabilitação de Adultos, sendo este último um serviço de internamento.

Face ao objetivo central de estágio, a **promoção do autocuidado da pessoa com AVC nas atividades de vida diária de higiene e vestuário**, e o consequente desenvolvimento de competências preconizadas para o EEER todo o meu percurso de estágio centrado na pessoa com AVC foi realizado nesta instituição, num período total de 14 semanas, compreendido entre 5 de Novembro de 2012 e 15 de Fevereiro de 2013 (ver **Apêndice II**).

#### 2.1.1. – Departamento de Atividades de Vida Diária

Iniciei o meu percurso de estágio com uma incursão de 3 semanas de observação, compreendidas entre 05/11 e 23/11 de 2012 (ver **Apêndice II**), no Departamento de Atividades de Vida Diária da instituição. Neste campo de estágio procurei dar resposta a um dos objetivos específicos traçados: “**Compreender o processo de reabilitação da pessoa com AVC com défice de autocuidado nas AVD de higiene e vestuário numa unidade de atividades de vida diária**”. Para assegurar o cumprimento do mesmo num período tão exíguo elaborei um Guião de Observação (ver **Apêndice III**) para focalizar a minha observação.

O Departamento de AVD é uma unidade de enfermagem de reabilitação que presta cuidados ao utentes em regime de internamento e a utentes de ambulatório, assim como aos seus familiares e/ou cuidadores, sendo a sua missão avaliar, orientar e treinar os utentes e/ou os seus cuidadores, com o objectivo de maximizar a sua autonomia nas atividades da vida diária.

A minha incursão neste serviço específico constituiu uma grande experiência de aprendizagem e aquisição de competências específicas de enfermagem de reabilitação, em que foram articulados os saberes teóricos com os práticos em contexto da prática clínica, nomeadamente no tema central do meu projeto de estágio. A equipa do Departamento de AVD é constituída unicamente por EEER,

sendo uma mais-valia no meu processo de aprendizagem, permitindo uma partilha e aquisição de experiências com enfermeiros especializados na área de reabilitação.

Nesta unidade o EEER é o elemento responsável pelo ensino e treino ao utente e/ou família/cuidadores de aspetos essenciais para o dia-a-dia da pessoa com limitação funcional: atividades na cama; vestuário; higiene; eliminação (utilização da sanita); funcionalidade da cadeira de rodas; transferências entre superfícies; equilíbrio do tronco e estudo de produtos de apoio (dispositivos como cadeiras rotativas, tábuas para o banho, entre outros). Cada um dos EEER é responsável por um número variável de utentes de um serviço específico da instituição, abrangendo utentes com patologias do foro neurológico, traumatismos vertebro-medulares, amputados, entre outros, sendo ainda responsável por utentes apenas em regime de ambulatório.

O departamento é constituído por uma única sala ampla, sendo o seu espaço físico organizado através áreas distintas para intervenções específicas: uma área com 3 camas articuladas, individualizadas entre si com cortinas, onde são realizados os treinos de atividades na cama (arrastar; virar; deitar; sentar), treino de transferência entre cadeira e cama e treino de vestuário; uma segunda área representativa de uma casa de banho com banheira e sanita, onde são realizados os treinos de transferência e utilização destas, e um lavatório com espelho onde se executam os treinos específicos da AVD de higiene, nomeadamente higiene oral, higiene facial, pentear e barbear; por fim uma terceira área ampla onde existem vários cadeirões com diferentes alturas para o treino de transferências entre desníveis, sendo nesta mesma área da sala onde é geralmente realizado o treino de equilíbrio sentado e em pé e funcionalidade da cadeira de rodas.

A sala comporta vários utentes ao mesmo tempo, estando estes distribuídos nas diferentes áreas descritas com o seu específico EEER, sendo sempre o mesmo EEER que acompanha o utente desde a sua admissão até ao momento da alta. A visita do utente ao departamento tem uma duração de 30 minutos, entre 3 a 5 dias por semana, podendo a família ou pessoas significativas acompanhar o utente.

Todos os utentes admitidos na instituição são avaliados por um dos EEER do Departamento de AVD, no momento desta primeira avaliação para além ser

apresentada a unidade e o objetivo da mesma, é realizada uma entrevista ao utente onde são abordadas questões específicas: história clínica, condições da habitação (própria/permanente; acessibilidade; características do WC); existência de produtos de apoio; apoio familiar (com quem vive, elemento de referência), perspetivas de integração social (regresso a casa/instituição, apoios sociais, etc.) e expectativas com o internamento na instituição. Posteriormente à entrevista é realizada uma 1ª avaliação da dependência e funcionalidade do utente, nomeadamente: locomoção, equilíbrio (sentado e em pé), transferências entre diferentes superfícies, atividades na cama e o grau de independência funcional nas AVD de higiene e vestuário do utente. Todos os dados recolhidos durante a avaliação inicial são registados num instrumento próprio do departamento (ver **Anexo I**), onde para a avaliação descrita da dependência e funcionalidade do utente se recorre à Medida de Independência Funcional (MIF), sendo neste mesmo instrumento onde irá ser registado o progresso do plano de reabilitação instaurado no departamento até ao momento da alta clínica do utente.

De salientar a relação de proximidade estabelecida a partir deste 1º contacto entre enfermeiro e utente, denotando-se o valor terapêutico da criação de uma relação empática como um meio para conhecer e compreender melhor a pessoa para além da sua limitação funcional. Pois, o facto dos enfermeiros mostrarem disponibilidade através da sua presença, constitui uma das formas de concretizar o espaço relacional e pode também ser entendido como uma atitude de acolhimento e aceitação, sendo a presença não só uma forma de estar próximo e disponível, mas também um modo de ser solidário, forma de manifestar preocupação e garantia de não abandono (Lopes, 2006).

Visando dar resposta ao trabalho de projeto a que inicialmente me propus ao longo destas 3 semanas de estágio os utentes que acompanhei foram essencialmente utentes que sofreram um AVC, tendo-me deparado com as dificuldades que são transversais à grande parte das pessoas que sofreram um AVC descritas na literatura decorrentes das consequências do mesmo. Estas podem apresentar diversas manifestações clínicas, sendo a hemiplegia a mais comum, conduzindo a dificuldades relacionadas com o défice no autocuidado na realização das suas AVD, nomeadamente na mobilização, higiene e vestuário, tornando-se

imperativo a necessidade de intervenção do EEER enquanto agente de autocuidado terapêutico.

Sendo este o meu primeiro percurso unicamente de carácter observacional, tornou-se pertinente o registo diário das intervenções observadas realizadas pelo EEER na promoção do autocuidado da pessoa com AVC nas AVD de higiene e vestuário (ver **Apêndice IV**). Para definição e descrição destas atividades suportei-me na escala de Medida de Independência Funcional (MIF).

A escala MIF ou Functional Independence Measure (FIM) (ver **Anexo II**), atualmente traduzida para a língua portuguesa, foi desenvolvida na década de 1980 pelo Departamento de Reabilitação da Faculdade de Medicina da Universidade do Estado de New York, em Buffalo, com o objetivo de “criar um instrumento capaz de medir o grau dependência de cuidados de terceiros que o paciente portador de deficiência exige para a realização de tarefas motoras e cognitivas” (Granger, 2011). Este instrumento de registo é amplamente utilizado na instituição por toda a equipa multidisciplinar e aplicado a todos os utentes em todos os serviços, como o objetivo de avaliar o grau de dependência do utente, avaliar os seus ganhos funcionais, avaliar a qualidade do programa de reabilitação estabelecido e fazer a comparação dos resultados e conseqüentemente da evolução do período que está entre a data de admissão e a alta. Para mim a MIF tornou-se um instrumento essencial de avaliação do autocuidado da pessoa com AVC ao longo de todo o estágio neste centro de reabilitação em função dos objetivos delineados.

A MIF separa os cuidados de higiene em duas áreas de atuação distintas, *higiene pessoal e banho*, fazendo parte integrante da *higiene pessoal* a higiene oral, o pentear, lavar as mãos e face, e o desfazer a barba ou maquilhagem, enquanto que a atividade de *banho* faz alusão à lavagem do corpo (desde o pescoço até aos pés), em banho de imersão, chuveiro ou com uma bacia e esponja ou luva de banho. Em relação ao vestuário este instrumento vai igualmente diferenciar em duas áreas, o *vestir a metade superior do corpo* (vestir da cintura para cima) e *vestir a metade inferior do corpo* (vestir da cintura para baixo, incluindo o calçado).

No que reporta à **AVD vestuário** “a experiência demonstra que o treino desta AVD necessita de um período de tempo mais longo” (Leal, 2001, p. 148). A pessoa

com AVC confronta-se por vezes com um esforço enorme podendo conduzir a irritação, frustração e consequente desmotivação.

Constatei que no ensino e treino desta AVD e como condição para a promoção do autocuidado da pessoa torna-se imprescindível a sua envolvência na tomada de decisão sobre a escolha da roupa, fornecendo o EEER características acerca do vestuário e do calçado essenciais para uma melhor adaptabilidade às limitações e dificuldades sentidas.

Tal como nos refere Christie, Lochlin, & McCluskey (2011) no departamento de AVD verifica-se que o treino deve ser dirigido de forma isolada ao vestuário da metade superior do corpo, comparativamente à metade inferior do corpo, ou seja, ambas as regiões corporais devem ser intervencionadas separadamente, sendo definido antecipadamente com o utente qual a peça de vestuário a incluir no treino das próximas sessões.

Por vezes torna-se necessário utilizar diversos produtos de apoio de forma a promover a autonomia do utente no seu autocuidado, tendo tido a oportunidade de conhecer os produtos de apoio específicos para o ato de vestir e despir (ver **Apêndice IV**). Todos estes dispositivos de apoio são adaptados à realidade de cada utente e referenciados pelo EEER sempre que se preveja a continuidade da sua utilização aquando a alta. Como nos refere Menoita “o Enfermeiro de Reabilitação adequa as suas intervenções de modo a atenuar o problema detectado, recorrendo muitas vezes às Ajudas Técnicas ou Produtos de Apoio (...) permitindo á pessoa aprender e treinar, de modo a conseguir uma utilização correta e atingir a funcionalidade na plenitude” (2012, pp. 117 - 118). Observei que inicialmente verifica-se alguma relutância por parte do utente à introdução destes produtos como elementos essenciais na promoção do seu autocuidado, no entanto ao longo das sessões de treino vai-se tornando evidente a adaptabilidade da pessoa à sua utilização, tonando-os “meios indispensáveis ao bem-estar, autonomia, integração e qualidade de vida (...) de modo a permitir uma atividade mais independente, com maior comodidade, com menor esforço e dor, como menor dispêndio de energia” (Menoita, 2012, p. 117).

Sunderland, Walker & Walker (2006) no seu estudo evidenciam uma das limitações observadas durante o treino de vestuário, ou seja nem todas as pessoas com AVC apresentam capacidade para apreender as estratégias compensatórias de autocuidado no ato de vestir e despir. Na pessoa com AVC com lesão no hemisfério cerebral esquerdo, observa-se por vezes a existência de apraxia pela dificuldade em aprender a correta sequência da atividade de vestir/despir. Quando a lesão ocorre no hemisfério cerebral direito pode ocorrer a inatenção hemiespacial seletiva, ou *neglect*, em que se observa uma incapacidade em atender, explorar e responder a estímulos presentes no hemiespaço ou no hemicorpo contralateral (hemicorpo esquerdo).

Em relação à **AVD de higiene** vários estudos demonstram-na como uma das áreas com maior dificuldade de promoção do autocuidado na pessoa com AVC, necessitando na grande maioria das vezes da existência de um agente dependente de cuidados permanente (Reid, Hebert, & Rudman, 2001; Harris & Eng, 2004; Hartman-Maeir, Soroker, Ring, Avni, & Katz, 2007).

Os cuidados de higiene são hábitos integrantes do estilo de vida da pessoa sendo importantes manifestações da sua autoestima e autoimagem, pertencendo ao enfermeiro a competência para ajudar a realizar estas atividades com o mínimo de mal-estar e sofrimento quando estas se encontram alteradas, devendo a sua realização ser adaptada ao défice da pessoa de forma a atingir o máximo de independência (Roper, Logan, & Tierney, 1995).

Na avaliação inicial do utente durante a sua admissão no Departamento de AVD, como referido anteriormente, algumas das questões colocadas estão relacionadas com as características da casa de banho do utente, nomeadamente a existência de poliban ou banheira e respetiva disposição das torneiras, acessibilidade para cadeira de roda e a existência de pontos de apoio fixos (móveis, barras, etc.). Após este registo é definido juntamente com o utente o plano de cuidados de reabilitação específico para o banho de acordo com a utilização de banheira ou poliban.

Da mesma forma como é mencionado por Hoeman (2000), Leal (2001) e Menoita (2012) observei que no Departamento de AVD existem princípios

fundamentais para a promoção do autocuidado de higiene, nomeadamente: o abordar a pessoa sempre que possível pelo lado hemiplégico, de forma a facilitar a reintegração deste no esquema corporal; o nomear todas as partes do seu corpo tocadas e o respectivo lado, corrigindo perturbações da lateralidade; proporcionar a possibilidade de se visualizar ao espelho, o que além de reintegrar a imagem corporal também aumenta a capacidade de se cuidar; certificar que o utente visualiza corretamente os objetos que vai manusear, estimulando-o a coloca-los sempre no mesmo local; proporcionar ao utente lavar o seu lado afectado, bem como usar este lado, o que permite estimular a sensibilidade superficial, aumentar a força muscular e aumentar a capacidade de se cuidar; lembrar para a pertinência de usar água temperada, evitando queimaduras, pois o hemicorpo lesado poderá ter presente alterações da sensibilidade térmica; alertar para que tenham especial atenção à higiene oral, das unhas, da barba, do cabelo e da pele.

Relativamente à atividade de banho (lavagem do corpo) uma das atividades mais observadas foi a técnica de entrada e saída da banheira na pessoa hemiplégica, com o correto uso da cadeira de rodas e respetiva transferência para o produto de apoio utilizado (tábua ou cadeira de banheira – ver **Apêndice V**). No caso da existência de poliban o treino focaliza-se igualmente no correto uso da CR e posterior transferência para a cadeira ou banco fixo adequado (ver **Apêndice V**). É ainda realizada uma avaliação juntamente com o utente das suas limitações funcionais durante o banho de forma a proceder a uma correta higienização de todo o corpo de forma a poder utilizar algum produto de apoio, como por exemplo a esponja de cabo longo flexível adequado com vista à promoção do seu autocuidado.

No departamento de AVD não é realizado o treino do banho no leito ao utente, no entanto é realizado o treino de várias atividades terapêuticas na cama (rolar para o lado são, rolar para o lado afectado, realização da ponte) que permitem aumentar a força muscular; estimular a sensibilidade superficial e profunda; pela carga inibir a instalação da espasticidade e facilitar a integração do lado lesado no esquema corporal (Hoeman, 2000; Leal, 2001; Branco & Santos, 2010; Menoita, 2012)

A higiene oral, o pentear, o lavar as mãos e face, e o desfazer a barba ou maquilhagem enquanto ações de autocuidado integrantes da AVD de higiene, são as atividades onde existe um maior ênfase na promoção do autocuidado do utente nesta AVD no Departamento. A existência de um local específico na sala torna-se uma mais-valia para a realização do treino; de salientar a existência de ensinamentos específicos para cada uma das atividades, assim como de produtos de apoio específicos que irão permitir promover o autocuidado do utente nesta AVD (ver **Apêndice V**).

Constatei ao longo destas 3 semanas que embora existam técnicas, ensinamentos e treinos específicos de promoção do autocuidado das AVD de higiene e vestuário na pessoa com AVC, estes não são “*standardizados*” para todos os utentes, existindo uma necessidade de flexibilidade e adaptabilidade constante por parte do EEER em função da individualidade de cada pessoa, tendo em conta o seu contexto familiar, comunitário e social.

Para além da observação das intervenções do EEER promotoras da melhoria da funcionalidade, dei especial enfoque às intervenções promotoras de motivação na pessoa com AVC, pois tal como refere Cordeiro & Menoita (2012) citando Oliveira (2009) a depressão na pessoa com AVC desencadeia por diversas vezes desmotivação. A motivação é fundamental para uma boa aderência da pessoa ao programa de reabilitação instituído, para sentir vontade em participar e de se empenhar. Maclean, Pound, Wolfe, & Rudd (2002) no seu estudo faz referência que a motivação da pessoa com AVC pode ser observada pelo seu grau de participação nos exercícios de reabilitação motora, onde a pessoa motivada tem um comportamento ousado e pró-ativo, colocando questões pertinentes acerca da sua reabilitação, pedindo com frequência para incrementar a reabilitação, mostrando uma compreensão e interesse na mesma, iniciando atividades terapêuticas e realizando de exercícios terapêuticos quando se encontra sozinho. Ao invés desta, a pessoa desmotivada apresenta um comportamento marcado pela passividade, pessimismo, fraca interação com a equipa de reabilitação e pouco interesse na sua própria reabilitação (Maclean, Pound, Wolfe, & Rudd, 2002).

De facto observei que a desmotivação encontra-se por vezes presente durante o treino de AVD no departamento, tendo o EEER um papel essencial através intervenções direcionadas para incrementar a motivação da pessoa com AVC. Maclean, Pound, Wolfe, & Rudd (2002) como resultado do seu estudo definem um conjunto de intervenções essenciais que tive a oportunidade de observar a sua implementação, nomeadamente: o estabelecimento de uma relação empática, mostrando interesse pelo passado (contexto familiar, profissional), presente (vivência das suas limitações) e futuro (expectativas); o estabelecer metas de reabilitação importantes para o utente, inicialmente pequenas e aparentemente realizáveis; dar informação constante sobre o progresso na reabilitação, com reforço positivo contínuo; reconhecer e respeitar as normas culturais e religiosas; não “rotular” o utente desmotivado tendo expressões como por exemplo “preguiçoso”; englobar a família no processo de reabilitação, embora não de forma protetora e manter uma postura adequada, demonstrando profissionalismo e confiança nas atividades desenvolvidas.

Durante esta minha passagem num departamento específico para a promoção do autocuidado nas AVD da pessoa, constatei através da verbalização dos próprios utentes com AVC que a instrução e treino da AVD higiene e vestuário é notoriamente pertinente para o seu processo de recuperação, visando a obtenção de maior autonomia, bem como o aumento da sua autoestima tal como refere Menoita:

“o treino das AVD é de primordial importância na promoção do autocuidado, tendo presente o estímulo à pessoa para que se torne o mais independente possível, ajudando-a somente naquilo que não consegue fazer sozinha, no sentido de obter uma maior autonomia, bem como, o aumento da autoestima” (Menoita, 2012, p. 118)

Constatai que o EEER enquanto agente de autocuidado terapêutico e elemento essencial da equipa multidisciplinar, no departamento de AVD vai articular as suas capacidades terapêuticas com as capacidades de autocuidado da pessoa com AVC, tendo como finalidade conhecer, agir e ajudar esta a colmatar as suas necessidades terapêuticas de autocuidado, treinando ou desenvolvendo as suas próprias habilidades e capacidades na realização das suas AVD. Sendo evidente a intervenção do EEER enquadrada em todos os 3 *Sistemas de Enfermagem* definidos por Dorothea Orem, no entanto, as intervenções mais observadas

enquadram-se *Sistema Parcialmente Compensatório* e no *Sistema de Apoio-Educação* uma vez que a generalidade dos utentes que frequentam o departamento apresentam algumas medidas de autocuidado. De referir que embora o tempo de estágio neste serviço tenha sido curto, foi notória e muito reconfortante a evolução na capacidade de autocuidado de alguns utentes nas AVD de higiene e vestuário permitindo a sua transição entre os diferentes Sistemas de Enfermagem citados.

Estas 3 semanas permitiram-me compreender o papel do EEER enquanto agente essencial na intervenção junto da pessoa com AVC com défice de autocuidado nas suas AVD, integrando-a como parceira ativa de forma a adquirir o máximo de autonomia aquando o seu regresso a casa, visando uma melhor reintegração na comunidade e sociedade e a melhoria da sua qualidade de vida. Possibilitou-me através da observação destas intervenções a mobilização e aquisição de saberes e competências com vista à promoção do autocuidado da pessoa com AVC que apliquei ao longo das semanas de estágio seguintes.

#### 2.1.2. – Serviço Reabilitação de Adultos

De forma a dar continuidade ao objetivo central, ***”promoção do autocuidado da pessoa com AVC nas atividades de vida diária de higiene e vestuário”***, e o conseqüente desenvolvimento de competências preconizadas para o EEER constituiu-se como essencial a compreensão do processo de reabilitação da pessoa com AVC num serviço de internamento desta mesma instituição: Serviço de Reabilitação de Adultos (SRA). Este percurso de estágio teve uma duração de 11 semanas, compreendidas entre 26 de Novembro de 2012 e 15 de Fevereiro de 2013 (ver **Apêndice II**), tendo definido como objetivo específico: ***”Desenvolver estratégias que promovam o autocuidado na pessoa com AVC com défice de autocuidado nas AVD de higiene e vestuário internada num serviço de reabilitação”***.

Neste serviço de internamento predominam patologias do foro neurológico, onde se destaca a pessoa com AVC, sendo a duração do internamento pré-definida

de acordo com o diagnóstico principal de entrada e o subsistema de saúde do utente, sendo aproximadamente de 60 dias para a pessoa com patologia de AVC.

O processo de reabilitação inicia-se desde o momento da admissão do utente na instituição, sendo realizada uma “reunião de objetivos” na qual a equipa multidisciplinar faz uma avaliação do grau de dependência e funcionalidade do utente recorrendo à utilização da MIF, sendo definidos objetivos comuns individualizados para cada utente, pois tal como refere Hesbeen (2010, p. 71) “para que uma equipa obtenha bons resultados, deve ser construída e orientada em torno de projetos de cuidados – ou do projeto de cuidar de uma pessoa – dirigidos aos doentes e seus próximos”. Posteriormente a reunião multidisciplinar passa a ser realizada de 4 em 4 semanas, denominando-se de “reunião de reavaliação”, onde é realizada uma nova avaliação recorrendo à mesma escala e em que todos os elementos intervenientes reajustam e reformulam os objetivos inicialmente propostos em função da evolução obtida. No caso do utente com AVC, ao fim de aproximadamente 60 dias desde a data de admissão é realizada a reavaliação final e elaborada a denominada “MIF de saída”.

No SRA a equipa multidisciplinar é constituída pela equipa de enfermagem, destacando-se como maioria os EEER e enfermeiros com formação interna facultada pela própria instituição em reabilitação, pelos assistentes operacionais, uma assistente social, uma psicóloga, um fisiatra, a equipa médica, os terapeutas ocupacionais, os terapeutas da fala, os fisioterapeutas e uma dietista. É através deste conjunto de diferentes profissionais que se desenvolve um trabalho em equipa concentrado, integrado e pró-ativo para se atingir o objectivo comum da maximização da autonomia, com ganhos de funcionalidade e de bem-estar do utente internado, pois,

a reabilitação só faz sentido quando desenvolvida em complementaridade funcional com outros profissionais, em interdisciplinaridade (...) o sucesso do processo de Reabilitação não depende de um conjunto de atos ou técnicas pontuais, mas da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho desenvolvido por toda a equipa, para que se traduza na resolução dos problemas e na melhoria da qualidade de vida, ou seja, em ganhos no bem-estar. Esta abordagem interdisciplinar permite uma comunicação eficaz, levando a campos de interação e visibilidade (Menoita, 2012, p. 39).

O EEER no seio deste equipa assume um papel de relevo, cada um dos utentes internados no SRA têm atribuído a si um EEER específico que o irá acompanhar desde a sua admissão até ao momento da alta, sendo este que irá desenvolver os planos de cuidados de enfermagem, que regista e atualiza a MIF dos seus utentes, e debate os resultados com os restantes profissionais durante as reuniões de objetivos e reavaliação.

Segundo Hesbeen (2010) o processo de reabilitação deve ser iniciado o mais precocemente possível, logo que as lesões sejam identificadas, pois quanto mais cedo a pessoa for submetida a um programa de reabilitação maior a sua recuperação. Desta forma constata-se que para a pessoa com AVC será uma mais-valia que o ingresso numa instituição desta natureza se dê o mais precocemente possível.

No SRA a preparação da alta e continuidade de cuidados começa a ser analisada desde o momento da admissão do utente em articulação com os restantes elementos da equipa multiprofissional. A partir desde momento começa a ser de imediato realizado o diagnóstico da situação familiar e habitacional do utente, sendo de extrema pertinência o conhecimento aprofundado deste contexto de forma a se identificar os produtos de apoio que melhor de adequem à realidade, os quais serão testados e utilizados durante os treinos de promoção do autocuidado nas diferentes AVD, de forma a que possam ser introduzidos o mais precocemente possível. Os familiares/cuidadores são incluídos desde o início no processo de cuidados e são preparados para a alta conjuntamente com o utente, com o intuito de providenciar, orientar e encaminhar as ajudas necessárias.

Desde o primeiro contacto com o utente com AVC no internamento, certifiquei-me mais uma vez que o seu défice no autocuidado depreende-se com as alterações da mobilidade decorrentes da hemiplegia e hemiparesia, as quais comprometem a realização eficaz da AVD de higiene e vestuário. Constatando mais uma vez esta realidade verifiquei que muitos destes utentes, bem como os seus familiares/cuidadores, se encontravam conscientes de toda esta nova realidade e das prováveis dificuldades mais sentidas aquando das suas idas a casa.

A minha intervenção na promoção do autocuidado da pessoa com AVC no SRA focalizou-se em conjunto com o utente e família/cuidador na formulação de um programa de reabilitação. Embora já existisse no serviço um instrumento de colheita de dados e planeamento de cuidados para o utente e família, este é estandardizado para todos os diferentes elementos da equipa multidisciplinar existindo campos distintos de registo para cada um dos profissionais, surgindo a necessidade de realizar um documento pessoal de colheita de dados e planeamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação com base no modelo teórico de Dorothea Orem (ver **Apêndice VI**), onde se destaca a neuroavaliação de enfermagem e o exame objetivo da pessoa com AVC que sustentam a posterior elaboração de um plano de intervenção exequível, de acordo com os objectivos da pessoa e família, visando a promoção do autocuidado e adaptação à sua nova condição com vista a uma reintegração social. A elaboração deste instrumento tornou-se uma mais-valia face ao já existente, permitindo-me a elaboração de planos de cuidados (ver **Apêndice VII** e **Apêndice VIII**) aliando os instrumentos de análise na perspectiva de Dorothea Orem para agrupar as informações recolhidas e analisar as suas possibilidades de autocuidado face ao défice avaliado, permitindo a elaboração de planos o mais adequados possível ao utente e família. Esta linha de pensamento constituiu sem dúvida uma mais-valia ao longo do meu percurso de aprendizagem, pois permitiu-me reagrupar as informações de forma significativa e perceber o nível de ajuda que a pessoa necessitava em função do seu défice de autocuidado ao longo do internamento.

A pessoa com AVC internada neste centro de reabilitação é submetida a um programa terapêutico intensivo e contínuo de reabilitação, do qual faz parte o treino motor, treino de AVD e uma intervenção formativa da pessoa e familiares/cuidadores tendo em vista a promoção do autocuidado, permitindo a continuidade do processo aquando o seu regresso a casa. Não sendo apenas as sessões de reabilitação que conduzem ao sucesso, mas também tudo o que se passa com a pessoa durante o resto do dia, observa-se que nesta instituição a reabilitação é encarada como um modo de vida. É imperiosa a continuidade de um programa de reabilitação ao utente submetido a programas terapêuticos intensivos de forma a que toda a aprendizagem realizada não se perca, caso não seja utilizada a longo prazo (Menoita, 2012).

Constatei que desde o momento da admissão do utente no serviço inicia-se de imediato a sua preparação para a alta, mobilizando os recursos necessários para a mesma, sendo uma prática assumida pelos EEER. A envolvimento da família nos cuidados, a preparação que sustentam para cuidar do seu familiar com défice no autocuidado, as dificuldades sentidas e qual o local de retorno do utente no momento da alta, são temas de discussão frequente entre a equipa de enfermagem no serviço e durante as reuniões de equipa multidisciplinar de forma a que todos os profissionais detenham conhecimento da situação familiar e social do utente.

A “família” pode ser definida de acordo com Dorothea Orem como:

um sistema ou unidade de relações de pessoas unidas por casamento, nascimento, ou outro grande vínculo social, com compromissos e ligações entre membros desta unidade que incluem obrigações futuras e cujo propósito central é criar, manter, e promover o desenvolvimento social, mental, psíquico, e emocional de cada um de seus indivíduos (Orem, 1995, p. 361).

De acordo com Almeida, Miranda, Rodrigues, & Monteiro “a família desempenha um papel fundamental na garantia da continuidade dos cuidados” pelo que se os cuidados forem centrados na díade doente/família, incluídos num planeamento da alta efetivo “constitui um instrumento básico para otimizar a capacidade da família para cuidar e minimizar os efeitos negativos inerentes a um processo de transição” do contexto do internamento para o contexto domiciliário (2005, p. 26). Andrade, Costa, Caetano, Soares, & Beserra (2009) referem no seu estudo que a assistência prestada à pessoa com AVC deverá ser semelhante direcionada para a família, uma vez que esta também necessita de ser preparada para o regresso a casa.

O EEER enquanto membro integrante da equipa multidisciplinar no contexto de internamento, deverá permitir uma adequada preparação para a alta, ancorada na compreensão das principais dificuldades que o utente e os seus familiares ou cuidadores enfrentam no domicilio aquando o seu regresso a casa, de forma a promover a minimização do défice de autocuidado nas AVD da pessoa com AVC (Menoita, 2012). Como refere Orem, “os membros da família com responsabilidade para garantir a continuidade de autocuidado do outro no domicílio, devem desenvolver conhecimentos, habilidades e competências interpessoais (...) para a

prestação de cuidados”, devendo o enfermeiro ver-se não só como “responsável pela preparação do paciente, mas também pelos familiares e amigos que irão assumir a responsabilidade de agentes de autocuidado no regresso a casa” (1993, p. 327).

Desta forma procurei sempre, tal como refere Branco & Santos, que a minha intervenção de reabilitação envolvesse continuamente o utente e sua família/cuidador, através da incorporação destes na prestação de cuidados, baseando-me “em três objetivos principais: informar, formar e apoiar a família”, pois esta é um recurso disponível a ser usado “para e pela Pessoa na gestão dos seus requisitos de cuidado desde que, devidamente ensinada, instruída e treinada” (2010, pp. 120-121).

Nigolian & Miller (2011) fazem referência que uma maior satisfação por parte do utente e cuidador nos cuidados e uma maior adesão aos mesmos, encontra-se relacionada com uma comunicação eficaz. Verifiquei ao longo destes momentos formativos a sua importância para com o utente e sua família/cuidadores, de forma a permitir uma adequada aquisição de conhecimentos e técnicas, o que não poderia de forma alguma ter deixado à margem da minha intervenção. Esta comunicação eficaz na perspetiva dos mesmos autores, requer a utilização de alguns princípios, tais como:

- Recurso a uma linguagem simples e adequada ao grau de literacia da pessoa e família;
- Criação de um ambiente tranquilo envolvente;
- Apresentação da informação repartida, de forma a verificar a sua compreensão (“repartir e verificar”);
- Focar alguns aspetos considerados como mais pertinentes e verificar a sua compreensão recorrendo ao “*ensinar de volta*”.

O “*ensinar de volta*” consiste para Nigolian & Miller numa estratégia utilizada para averiguar a eficácia da educação, em que o profissional “pede ao utente ou cuidador que demonstre ou repita” o que considera mais relevante daquela sessão (2011, p. 55).

O déficit de autocuidado nas AVD está subjacente às limitações físicas e cognitivas da pessoa decorrentes do AVC, nomeadamente na mobilidade, nos cuidados de higiene e no vestuário como refere Branco & Santos (2010). O EEER deve ter “presente as competências que permitem promover na pessoa com AVC a máxima independência, prevenir complicações e promover a segurança no desempenho das atividades de autocuidado”, sendo essencial a “permanente identificação do potencial, capacidades, preferências, estilos de vida e a participação da pessoa” (Menoita, 2012).

De acordo com Roper, Logan, & Tierney, a **AVD mobilidade** inclui tanto “o movimento produzido por grupos de grandes músculos” permitindo que a pessoa assuma a posição ortostática, que se sente, ande e corra, como por grupos de pequenos músculos os quais permitem movimentos como “os envolvidos na destreza manual ou em expressões faciais, gestos manuais e maneirismos”, estando intrinsecamente relacionada com a maior parte das outras AVD (1995, p. 28).

As alterações da mobilidade na pessoa com AVC, segundo Menoita “estão relacionadas com as modificações da força e do tónus muscular, do mecanismo do controlo postural e da sensibilidade” (2012, p.74). Estas alterações poderão conduzir “à perda dos padrões de movimento do hemicorpo afectado, bem como a padrões inadequados do lado não afectado”, podendo evoluir para o desenvolvimento de um quadro de espasticidade incapacitante (Menoita, 2012, p. 76).

Tendo por base os modelos de Bobath e Jonhstone, os objetivos da reabilitação motora na pessoa com AVC com hemiplegia são o “evitar ou diminuir a instalação insidiosa da espasticidade, estimular a sensibilidade, treinar o equilíbrio, reeducar o mecanismo reflexo-postural e estimular movimentos voluntários do lado afectado” (Menoita, 2012, p. 76).

Visando a promoção no autocuidado na AVD mobilidade da pessoa com AVC realizei diversas técnicas no âmbito das competências do EEER, das quais destaco: mobilizações; atividades terapêuticas no leito e colchão de plano duro (rolar, ponte, rotação controlada da anca, automobilização); posicionamentos, prevenindo a instalação do padrão espástico ou contrariando o mesmo quando já instalado; exercícios de equilíbrio; transferências com e sem dispositivos de apoio; levantes;

treino de marcha com e sem auxiliares de marcha; treino de atividades em cadeira de rodas; treino de motricidade fina; treino de coordenação de movimentos; treino de entrada e saída do carro; treino de posição de pé estática no Standing Frame; colocação de ortóteses (tala de punho e mão) e colocação de talas pneumáticas de membro superior e inferior. Durante as intervenções específicas do EEER na AVD mobilização procurei sempre que estas se integrassem nas sessões de educação programadas para o utente e familiares/cuidadores através do seu ensino, instrução e treino, tendo sempre na base os conhecimentos teóricos anteriormente adquiridos, tendo gradualmente aperfeiçoando as diferentes técnicas, muitas das quais nunca antes executadas.

No que concerne à promoção do autocuidado da **AVD vestuário** da pessoa com AVC no internamento, os conhecimentos previamente adquiridos durante o período de estágio no Departamento de AVD foram essenciais de forma a dar continuidade ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências do EEER nesta área.

No SRA a minha intervenção na promoção do autocuidado da pessoa com AVC nesta AVD ocorria em dois momentos específicos ao longo do dia de acordo com o turno realizado: no turno da manhã sucedia após os cuidados de higiene, durante o turno da tarde ocorria antes do deitar. O local era sempre o mesmo, junto da unidade do doente com a sua cortina individual corrida de forma a garantir a sua privacidade. Tal como descrito anteriormente sempre que fosse possível, incentivava a presença da família ou cuidadores de forma a participar ativamente no treino/ensino.

Os métodos de ensino e técnicas utilizadas no ato de vestir e despir o utente foram equivalentes às supracitadas aquando da minha passagem pelo Departamento de AVD. De salientar mais uma vez a necessidade de flexibilizar as mesmas, verificando que não pode existir uma “*standardização*” das mesmas, ou seja, cada utente é um indivíduo único com características e limitações próprias existindo a necessidade de ajustar o ensino em conformidade com as mesmas.

Mais uma vez tornou-se pertinente a utilização dos produtos de apoio durante a promoção do autocuidado nesta AVD, sendo evidente a adaptabilidade da pessoa

à sua utilização, verificando em alguns dos utentes a passagem de um grau de dependência de ajuda máxima para um grau de independência modificada (Escala MIF) após algumas sessões de treino.

Em relação à **AVD higiene** no SRA os cuidados de higiene do utente internado são realizados desde o início do internamento na casa de banho, sendo apenas realizada no leito em situações ou casos excepcionais. Tal como refere Menoita “logo que possível, a pessoa deve deslocar-se à casa de banho para realizar os seus cuidados de higiene” (2012, p. 118).

A intervenção do EEER na promoção deste autocuidado no internamento é realizado em três momentos específicos ao longo do dia, cada um dos quais com ensinamentos e treino específico. No início da manhã é realizado o treino da atividade de banho (lavagem do corpo), preferencialmente na casa de banho, posteriormente o treino de higiene oral e pentear no lavatório do quarto. À tarde, geralmente após o lanche, é realizado o treino de lavar as mãos e a face, o desfazer a barba ou maquilhagem. No final do dia antes do deitar, é realizado no quarto novamente o ensino sobre a higiene oral, lavagem das mãos e face, assim como o treino da higiene dos genitais na casa de banho.

Os princípios fundamentais utilizados para a promoção do autocuidado da pessoa com AVC nesta área foram os mesmos observados no Departamento de AVD, permitindo esta minha passagem pelo internamento implementar na prática estes conhecimentos previamente adquiridos.

Ao longo do estágio no SRA procurei não limitar a minha aprendizagem e intervenção à promoção do autocuidado na pessoa com AVC na realização das AVD definidas no projeto inicial, procurando sempre visualizar o utente como um todo incluindo na minha intervenção aspetos imprescindíveis de serem incluídos no processo educativo da pessoa, família ou cuidadores.

Destaco a minha intervenção no treino de deglutição nos utentes com disfagia a líquidos ou a sólidos, intervindo nas diferentes fases da deglutição de modo a promover a diminuição deste défice. White, O'Rourke, Ong, Cordato, & Chan (2008) referem no seu estudo que a maioria dos casos de disfagia estão associados a

doentes com AVC, na qual a reabilitação da deglutição envolve a educação do doente e dos prestadores de cuidados no que respeita a métodos de deglutição segura, tais como o deglutir com cuidado e lentamente, a importância da postura ortostática, assim como as manobras de deglutição seguras. O alimentar-se ingerindo pequenas quantidades de alimentos, a ingestão de líquidos mais espessos, proporcionar um ambiente calmo e o incentivar a alimentar-se sozinho, foram medidas incluídas na minha intervenção junto do utente e família/cuidadores.

Na AVD eliminação tive a possibilidade de intervir junto do utente através da realização de treinos vesicais e intestinais, visando a promoção de uma eliminação vesical e intestinal eficaz e em segurança. Sendo notória a importância da preparação da família para estas alterações na promoção do autocuidado nesta AVD, tendo em conta os hábitos da pessoa.

Para além da pessoa com AVC, tive igualmente a oportunidade de prestar cuidados de reabilitação a utentes com outras patologias do foro neurológico, tais como traumatismos crânio encefálicos e Guillain-Barré, o que constituiu sem dúvida uma mais-valia para a minha aprendizagem, permitindo-me aprofundar conhecimentos noutras áreas.

Tal como refere Branco & Santos (2010), muitas vezes a família não está preparada para o cuidar da pessoa com AVC, pois depara-se com uma doença de instalação súbita, onde a sua reestruturação e redefinição de papéis ocorre num curto espaço de tempo, exigindo aos seus membros uma rápida mobilização na gestão desta situação de crise. Desta forma, verifiquei que muitas famílias apresentam dificuldade em lidar com algumas das sequelas específicas do seu familiar, nomeadamente: as alterações das capacidades cognitivas, emoções e comportamentos, que se traduzem essencialmente em dificuldades de memória, de aprendizagem, de concentração e resolução de problemas; alterações da sensibilidade sensorial como o tacto, audição e visão reduzidas do lado afectado; e aos défices perceptivos e de comunicação verbal. Sendo o ensino à família e a sua envolvência nos cuidados da pessoa com AVC uma prática assumida pelo EEER, realizei várias intervenções de forma a diminuir as dificuldades percebidas pela família, nomeadamente:

- Instruir a família para a compreensão das possíveis alterações emocionais (choro, tristeza, riso, medo) e da necessidade de uma abordagem calma, de períodos de repouso, abolição de ruídos excessivos e a importância de estimular um comportamento adequado;
- Importância de reorganizar o ambiente de forma a permitir a aquisição de referências temporais, tal como a colocação de um relógio ou calendário num local visível, colocação da cama junto a uma janela, utilizar a televisão ou o rádio visando uma maior estimulação;
- Instruir para a pertinência de abordar a pessoa pelo lado afectado, tocando e estimulando, visando a integração deste no esquema corporal. Assim como, alterar a disposição do quarto de forma a que a pessoa receba constante estimulação pelo lado afectado;
- Informar a família que apesar da pessoa com AVC poder não se conseguir expressar poderá compreender tudo o que se passa, sendo importante falar mais lentamente, dar uma informação de cada vez, usar frases simples e curtas, dar tempo para a pessoa se possa exprimir, renomear os objetos com frequência e recorrer à linguagem não-verbal.

O cuidar da pessoa com limitações funcionais e cognitivas decorrentes de um AVC e sua família é sem dúvida uma responsabilidade acrescida do EEER, em que o processo de reabilitação deve ser encarado como um caminhar conjunto onde estão concentrados os esforços para atingir um objetivo comum, como refere Hesbeen:

o encontro e os laços de confiança que se criam são os primeiros elementos que permitem cuidar a pessoa na perspectiva da saúde, na perspectiva da recuperação do equilíbrio do ser, ao longo de um percurso singular e particular (...) quando houve lugar ao encontro e quando este deu lugar à criação de laços de confiança, passará a ser possível à pessoa que recebe cuidados e à que os presta, caminharem juntas, fazerem determinado percurso comum (2010, p. 75).

Na reabilitação da pessoa com AVC toda a individualização de cuidados é imperiosa, o cuidar não passa apenas pela prestação de cuidados ao corpo doente, mas sim o cuidado à pessoa em toda a sua dimensão e complexidade. Como refere Renaud em relação ao cuidado de enfermagem:

este cuidado não é exclusivamente objectivo, não se limita a fornecer prestações de cuidado ao corpo. Ele é o cuidado de toda a pessoa, de tal modo que se exerce nele, uma resposta à pessoa doente encarada na complexidade do seu ser (2010, p. 3).

A pessoa doente, como refere a mesma autora, “mesmo sem saber, espera do cuidado de enfermagem um acompanhamento não apenas técnico, mas ético”, sendo “esta dimensão ética que constitui em grande parte a essência desta forma de cuidado” (2010, p. 4). Desta forma, ao prestar cuidados à pessoa com AVC e sua família procurei sempre estabelecer uma relação que interligasse a competência técnica com a vivência ética do encontro, procurando ter sempre presente o capacitar “a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 3), suportando a minha intervenção nas considerações éticas descritas pela OE, visando a promoção do autocuidado na pessoa com AVC no seu contexto de vida.

### 3. O PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA PESSOA COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA: UMA COMPLEMENTARIEDADE NA COMPREENSÃO DA PESSOA COM AVC E NA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO EEER

A pessoa com AVC na sua fase aguda necessita imperiosamente de internamento hospitalar, sendo a primeira semana o período mais propenso à ocorrência de um novo AVC ou ao desenvolvimento de complicações, tornando-se imperativa a monitorização do estado neurológico, cardíaco e pulmonar (Hoeman, 2000).

Nesta fase a prevenção e o tratamento precoce das complicações agudas são uma prioridade, podendo estas ocorrer a vários níveis, onde a patologia respiratória muitas vezes associada à alteração da mobilidade decorrente do AVC está envolvida (Martins T. , 2006).

Segundo o mesmo autor, é imprescindível o início de um programa de reabilitação com início 48 a 72 horas após a instalação da doença tendo em vista a prevenção de complicações respiratórias, nomeadamente através da realização de Reeducação Funcional Respiratória (RFR), aspiração de secreções quando necessário, mobilização essencialmente no membro afectado, treino de equilíbrio e da alimentação (Martins T. , 2006).

De forma a compreender melhor a patologia respiratória como co-morbilidade decorrente do AVC e a ampliar o leque de competências específicas do EEER a outras áreas de intervenção, constituiu-se como essencial a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia respiratória. Este percurso de estágio teve a duração de 5 semanas, compreendidas entre 1 de Outubro de 2012 e 2 de Novembro de 2012 (ver **Apêndice II**), tendo sido realizado num Serviço de Medicina, traçando o objetivo: ***“Prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação na área de reabilitação respiratória à pessoa com patologia do foro respiratório”***, perspectivado o desenvolvimento de atividades tendo por base as competências do EEER (ver **Apêndice I**).

tendo realizado um estágio de 5 semanas neste contexto de cuidados num serviço de Medicina traçando objectivos gerais e específicos,

Ao longo deste período tive a possibilidade de prestar cuidados especializados a um vasto leque de pessoas internadas com as mais diversas patologias, das quais destaco: a doença pulmonar obstrutiva crónica; a asma; a bronquite; a neoplasia do pulmão; o derrame pleural; o pneumotórax; a atelectasia; a fibrose pulmonar e as pneumonias, tendo-me permitido aprofundar, consolidar e adquirir novos conhecimentos em função das competências específicas do EEER definidas pela OE (2010).

Dispus, como tal, da oportunidade de realizar diversas técnicas no âmbito das competências específicas do EEER, das quais destaco: visualização e análise de exames radiológicos; observação e análise de gasimetria arterial; monitorização da Saturação de oxigénio (SaO<sub>2</sub>) e restantes sinais vitais; observação do padrão respiratório com inspecção, palpação e auscultação pulmonar antes e após intervenção de enfermagem de reabilitação; avaliação da dispneia recorrendo ao uso da Escala da Dispneia classificada em quatro graus e Escala de Borg; identificação dos principais problemas da pessoa com patologia do foro respiratório e planeamento de estratégias de intervenção de reabilitação à mesma e respectiva família/cuidador; avaliação do grau de conhecimento que o utente possui sobre a sua patologia aguda ou crónica e quais as estratégias adoptadas pelo mesmo para dominar a cronicidade da sua patologia, quando em presença desta; implementação dos planos de intervenção de reabilitação e de RFR ao utente, dos quais destaco: técnicas e posição de descanso e relaxamento; técnica de consciencialização da respiração; controlo e dissociação dos tempos respiratórios; respiração diafragmática com ênfase nos dois tempos respiratórios; reeducação diafragmática da porção posterior sem e com aplicação de resistência, hemicúpulas e global; reeducação costal selectiva nas diversas porções e decúbitos, sem e com abertura costal, sem e com aplicação de peso; reeducação costal global com bastão; terapêutica de posição nos diversos decúbitos; drenagem postural modificada (lobo superior, médio e inferior nas várias posições de drenagem); técnicas de limpeza das vias aéreas (tosse dirigida; assistida; CATR e aspiração de secreções); observação das secreções brônquicas expelidas, suas características e quantidade;

manobras acessórias (compressões; percussões e vibrações); selecção e utilização dos diversos dispositivos de ajuda para limpeza das vias aéreas (flutter; acapella; cough assist); ensino ao utente e utilização de Inspirómetro de Incentivo; aerossoloterapia; oxigenoterapia por óculos nasais e mascaras diversas.

De forma a planear estratégias de intervenção de reabilitação à pessoa com patologia respiratória e implementação dos respetivos planos de intervenção individualizados em função dos problemas identificados, elaborei ao longo do estágio alguns planos de cuidados, dos quais um se encontra em apêndice (ver **Apêndice IX**).

A realização deste estágio no âmbito da RFR permitiu-me a aquisição de competências específicas na área de reabilitação respiratória. Embora tenha sido um período de estágio reduzido face à dimensão desta área de reabilitação, não se verificou ter sido impeditivo do processo de aprendizagem, tendo sido o investimento nesta aprendizagem grande, pelo que penso que a consecução do objetivo inicialmente proposto é uma realidade.

#### 4. REFLEXÃO FINAL

O aumento progressivo da esperança de vida, a diminuição da mortalidade e o decorrente aumento do envelhecimento da população portuguesa traduz-se no aumento do número de pessoas com AVC, podendo este conduzir a uma grande incapacidade psicomotora da pessoa, existindo uma redução súbita da sua autonomia na realização das suas AVD. Sendo em Portugal o AVC a principal cauda de morte e de incapacidade (Direção-Geral da Saúde, 2001), tendo as suas sequelas grande impacto na dinâmica de vida da pessoa, nomeadamente no contexto funcional, cognitivo e social, tornando-se cada vez mais premente uma intervenção rápida dos serviços de saúde e uma capacidade de resposta eficaz por parte dos profissionais de saúde, onde se insere a intervenção especializada do EEER.

O EEER enquanto elemento integrante da equipa de profissionais de saúde deve conceber, implementar e monitorizar os planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais da pessoa, pois apresenta um nível elevado de conhecimentos e experiência que lhe permite tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

De forma a dar resposta à problemática e para melhor compreensão do processo de reabilitação e prestação de cuidados especializados à pessoa com AVC, tornou-se imprescindível a incursão no contexto de cuidados da fase pós-aguda da doença até à reintegração da pessoa na sociedade. A passagem por um departamento de AVD constituiu uma grande experiência de aprendizagem, nomeadamente na temática central do meu projeto de estágio, constatando que a pessoa com AVC devido à hemiplegia ou hemiparesia sequelar da doença apresenta um elevado défice de autocuidado nas AVD de mobilização, higiene e vestuário e maior dificuldade de reabilitação tal como é referido por vários autores (Reid, Hebert, & Rudman, 2001; Harris & Eng, 2004; Pereira, Coelho, & Barros, 2004; Hartman-Maeir, Soroker, Ring, Avni, & Katz, 2007; Christie, Lochlin, & McCluskey, 2011). Tendo sido uma incursão unicamente de carácter observacional,

reconheci que o EEER enquanto agente de autocuidado terapêutico articula as suas capacidades terapêuticas com as capacidades de autocuidado da pessoa com AVC, procurando conhecer, agir e ajudar esta a colmatar as suas necessidades terapêuticas de autocuidado, treinando ou desenvolvendo as suas próprias habilidades e capacidades na realização das suas AVD. Destaco o papel do EEER enquanto elemento responsável pelo ensino e treino ao utente e/ou família/cuidadores de aspetos essenciais para o dia-a-dia da pessoa com limitação funcional, nomeadamente através do estudo da inclusão de possíveis produtos de apoio de forma a reduzir, por vezes até mesmo colmatar, o défice de autocuidado existente.

A passagem por um serviço de internamento de reabilitação, contexto idêntico ao de onde exerço funções, verificou-se o período mais marcante do estágio, dando continuidade e complementando o objetivo central delineado, através do desenvolvimento das competências preconizadas para o EEER, nomeadamente na compreensão do processo de reabilitação da pessoa com AVC. Esta compreensão permitiu-me planear, executar e avaliar os cuidados de enfermagem e intervenções especializadas à pessoa, tanto no seu contexto de vida como no contexto de internamento, direcionando a minha intervenção para a promoção do autocuidado das suas AVD, integrando um planeamento de alta precoce e individualizado em conjunto com a pessoa e família/cuidador. Ao longo deste percurso tive ainda a oportunidade de prestar cuidados especializados a um vasto leque de utentes com outras patologias do foro neurológico, para além do AVC, levando-me a uma constante necessidade de aprofundar conteúdos por forma a sustentar a minha intervenção numa base sólida de conhecimentos, procurando ter sempre presente o capacitar “a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 3).

Sendo o estágio entendido como um processo de aprendizagem e educação para a atividade prática, constituindo o eixo em torno do qual se processa a integração, apropriação e (re)construção dos conhecimentos teóricos previamente adquiridos, foi para mim uma excelente oportunidade para abordar uma temática atual e preocupante, bem como para articular aprendizagens apreendidas ao longo

de todo este percurso formativo com o contexto da prática de cuidados, onde foram atingidos os objetivos a que me propus, visando o desenvolvimento de competências preconizadas para o EEER pela OE (2010) conduzindo à obtenção do grau de especialista.

Ao longo de todo este percurso, desde a realização do projeto de estágio, face à pesquisa bibliográfica realizada em diferentes bases de dados, pude constatar que, nomeadamente na língua portuguesa, a promoção do autocuidado nas AVD higiene e vestuário na pessoa com AVC é uma temática que carece de maior investigação sendo o AVC considerado uma patologia da sociedade atual com expressão a nível mundial, geradora de incapacidade funcional nestas AVD com repercussão na qualidade de vida da pessoa e na sua estrutura familiar.

A pessoa com AVC comporta uma realidade e uma preocupação que passará a integrar a minha prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, tendo já dado início à elaboração de instrumentos de colheita de dados e registo da intervenção de enfermagem de reabilitação adaptado ao meu contexto de cuidados, de forma a dar visibilidade da intervenção especializada do EEER no seio da equipa multidisciplinar, assim como permitir a continuidade da mesma.

Para finalizar, sabendo que no ato de aprender está implícito um comprometimento e um desejo de crescimento e envolvimento permanente, e que “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria” (Benner, 2001, p. 61), como resultado deste percurso posso referir que o enfermeiro enquanto resultado de vivências e experiências do seu percurso na vida e profissão, deverá sempre integrar a prática, a reflexão, a formação e a investigação no seu dia-a-dia em enfermagem. Esta capacidade de autoconhecimento, operacionalização de experiências e racionalização das emoções foi para mim uma mais valia ao longo deste trajeto, facilitando o meu processo de transição para a especialização na área da reabilitação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A., Miranda, M., Rodrigues, M., & Monteiro, R. (2005). Transição do Doente Dependente para a Família. *Sinais Vitais* , 26-31.
- Andrade, L., Costa, M., Caetano, J., Soares, E., & Beserra, E. (2009). A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. *Revista Escola Enfermagem USP* , 1 (43), 37-43.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Branco, T., & Santos, R. (2010). *REABILITAÇÃO DA PESSOA COM AVC*. Coimbra: Formasau.
- Cardoso, R., & Eusébio, A. (2011). Atividades da Vida Diária - Abordagens e praxis como contributo para a melhoria da qualidade de vida na pessoa com deficiência. *Cidade Solidária - Revista da SCML* (25), 30-35.
- Christie, L., Lochlin, R., & McCluskey, A. (2011). Task-specific practice of dressing tasks in a hospital setting improved dressing performance post-stroke: a feasibility study. *Australian Occupational Therapy Journal* , 58, pp. 364-369.
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória - Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência.
- Direção-Geral da Saúde. (2001). *Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento*. (D. G. Saúde, Ed.) Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Acidente Vascular Cerebral – Itinerários Clínicos*. Lisboa: Lidel.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *PORTUGAL: DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES EM NÚMEROS - 2013*. Obtido em 28 de Setembro de 2013, de Direção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-2013.aspx>

- Fricke, J. (2010). *Activities of Daily Living*. Obtido em 02 de Maio de 2012, de Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE): <http://cirrie.buffalo.edu>
- Granger, C. (2011). *Quality and Outcome Measures for Rehabilitation*. Obtido em 24 de Novembro de 2012, de Medscape Reference: <http://emedicine.medscape.com/article/317865-overview>
- Harris, J., & Eng, J. (2004). Goal Priorities Identified through Client-Centred Measurement in Individuals with Chronic Stroke. *Physiotherapy Canada* , 56, pp. 171 - 176.
- Hartman-Maeir, A., Soroker, N., Ring, H., Avni, N., & Katz, N. (2007). Activities, participation and satisfaction one-year post stroke. *Disability and Rehabilitation* , 29, pp. 559 - 566.
- Hesbeen, W. (2010). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Leal, F. (2001). Intervenções de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral. In J. Padilha, *ENFERMAGEM EM NEUROLOGIA*. Coimbra: Formasau.
- Lopes, M. J. (2006). *A RELAÇÃO ENFERMEIRO-DOENTE COMO INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA*. Coimbra: Formasau.
- Macleon, N., Pound, P., Wolfe, C., & Rudd, A. (2002). The Concept of Patient Motivation: A Qualitative Analysis of Stroke Professionals Attitudes. *Stroke - Journal of the American Heart Association* , 33, pp. 444-448.
- Martins, M. (2002). *UMA CRISE ACIDENTAL NA FAMÍLIA: O Doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins, T. (2006). *ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- Menoita, E. (2012). *REABILITAR A PESSOA IDOSA COM AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

- Nigolian, C., & Miller, K. (2011). Supporting Family Caregivers: Teaching Essential Skills to Family Caregivers. *American Journal of Nursing* , 111 (11), pp. 52-58.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO*. Obtido em 25 de Novembro de 2012, de Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamentos das Competências Específicas das Especialidades em Enfermagem: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Parecer sobre as Actividades de Vida Diária*. Obtido em 25 de Novembro de 2012, de Pareceres emitidos pelos Colégios de Especialidade :  
[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)
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem - Conceptos de Enfermeria en la práctica*. (M. T. Rodrigo, Trans.) Barcelona: Masson - Salvat.
- Orem, D. (1995). *Nursing: Concepts of Practice* (5ª Edição ed.). Saint Louis: Mosby.
- Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6 ed.). St. Louis: Mosby.
- Pereira, S., Coelho, F., & Barros, H. (2004). ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: Hospitalização, Mortalidade e Prognóstico. *Acta Med* , pp. 187 - 192.
- Petronilho, F. (2012). *AUTOUIDADO: CONCEITO CENTRAL DA ENFERMAGEM*. Coimbra: Formasau.
- Proot, I., Meulen, R., Abu, H., & Crebolder, H. (2007). Supporting stroke patients' autonomy during rehabilitation. *Nursing Ethics* , 14 (230-241).
- Reid, D., Hebert, D., & Rudman, D. (2001). Occupational performance in older stroke wheelchair users living at home. *Occupational Therapy International* , 8 (ISSN 0966-7903 ), pp. 273 - 286.

- Renaud, I. (2010). O Cuidado em Enfermagem. *Pensar Enfermagem* , 14 (1), pp. 2-8.
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (1995). *Modelo de Enfermagem* (3ª Edição ed.). Alfragide: Mc Graw-Hill.
- Sá, M. (2009). AVC – Primeira Causa de Morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde* , 6, pp. 12-19.
- Santos, P. (2002). *A depressão no idoso : estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Coimbra: Quarteto.
- Sunderland, A., Walker, C., & Walker, M. (2006). Action errors and dressing disability after stroke: An ecological approach to neuropsychological assessment and intervention. *NEUROPSYCHOLOGICAL REHABILITATION* , 16, pp. 666–683.
- White, G., O'Rourke, F., Ong, B., Cordato, D., & Chan, D. (May de 2008). Dysphagia: Causes, assessment, treatment, and management. *Geriatrics* , 63 (5), pp. 15-20.
- White, R., & Ewan, C. (1997). *Clinical teaching in nursing*. Cheltenham: Stanley Thornes Publishers Limited.
- World Health Organization. (2004). *The Atlas of Heart Disease and Stroke*. Obtido em 02 de Junho de 2012, de World Health Organization: [www.who.int](http://www.who.int)
- World Health Organization. (2012). *Stroke, Cerebrovascular Accident*. Obtido em 10 de Outubro de 2012, de WHO: [http://www.who.int/topics/cerebrovascular\\_accident/en/](http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/)

**APÊNDICES**

## **APÊNDICE I:**

**Objetivos, domínios e competências, atividades a desenvolver, recursos,  
indicadores e critérios de avaliação**

CAMPO DE ESTÁGIO	Serviço de Medicina II: ██████████			
OBJETIVO GERAL	Prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação na área de reabilitação respiratória à pessoa com patologia do foro respiratório			
Objectivos Específicos	Domínios e Competências	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p><b>Nº1</b> – Compreender a dinâmica do Serviço de Medicina II do ██████████ e identificar o papel do EEER, neste contexto da prática de cuidados.</p>	<p><b>A1</b> – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p><b>A2</b> – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p><b>B3</b> – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;</p> <p><b>D1</b> – Desenvolve autoconhecimento e assertividade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação aos elementos da equipa multidisciplinar do serviço;</li> <li>• Observação da intervenção do EEER;</li> <li>• Observação do funcionamento do Serviço de Medicina II;</li> <li>• Observação da dinâmica do Serviço de Medicina II;</li> <li>• Conhecimento dos instrumentos de registo de enfermagem utilizados no Serviço de Medicina II;</li> <li>• Conhecimento dos instrumentos utilizados na</li> </ul>	<p><b><u>Humanos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiro orientador;</li> <li>• Equipa multidisciplinar</li> </ul> <p><b><u>Materiais:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumentos de registo de enfermagem utilizados no SRA 3º Esquerdo;</li> <li>• Instrumentos de avaliação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descreve a dinâmica de funcionamento do Serviço de Medicina II;</li> <li>• Identifica o papel do EEER no Serviço de Medicina II.</li> </ul>

		<p>avaliação da funcionalidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação dos procedimentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa/família.</li> </ul>	<p>funcional.</p> <p><b><u>Físicos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Local de estágio.</li> </ul> <p><b><u>Temporal:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ver cronograma.</li> </ul>	
<p><b>Nº2</b> – Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração do padrão respiratório.</p>	<p><b>Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados:</b></p> <p><b>J1.1.</b> Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adquirição conhecimentos técnicos /científicos acerca das intervenções do EEER na reabilitação da pessoa com alteração do padrão respiratório;</li> <li>• Avaliar a função respiratória;</li> <li>• Avaliar a influencia função respiratória nos outros requisitos universais;</li> </ul>	<p><b><u>Humanos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiro orientador;</li> <li>• Equipa multidisciplinar</li> </ul> <p><b><u>Materiais:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo clinico;</li> <li>• Pesquisas em Base de</li> </ul>	<p><b><u>Indicadores:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresenta conhecimentos técnicos/científicos acerca das intervenções do EEER na reabilitação da pessoa com alteração do padrão respiratório;</li> <li>• Avalia o risco de alteração da funcionalidade a nível respiratório;</li> <li>• Recolhe informação</li> </ul>

	<p><b>J1.2.</b> Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;</p> <p><b>J1.3.</b> Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;</p> <p><b>J1.4.</b> Avalia os resultados das intervenções implementadas</p> <p><b>Maximiza a funcionalidade</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer um plano de RFR;</li> <li>• Avaliar o resultado das intervenções e rever o plano de cuidados;</li> <li>• Realizar registos de ER.</li> </ul>	<p>dados.</p> <p><b><u>Físicos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Local de estágio.</li> </ul> <p><b><u>Temporal:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ver cronograma.</li> </ul>	<p>pertinente e utiliza instrumentos de avaliação;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica os aspetos psicossociais que interferem na transição saúde/doença;</li> <li>• Identifica as necessidades de intervenção;</li> <li>• Implementa programas de reeducação funcional respiratória;</li> <li>• Monitoriza a implementação e os resultados dos programas.</li> </ul> <p><b><u>Critérios:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De que modo as atividades planeadas foram úteis para atingir o objetivo;</li> </ul>
--	---	---	--	--

	<p><b>desenvolvendo as capacidades da pessoa:</b></p> <p><b>J3.1.</b> Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório;</p> <p><b>J3.2.</b> Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados.</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação.</li> </ul>
<p><b>Nº3</b> – Compreender na pessoa com patologia respiratória crónica o impacto da doença na sua qualidade de vida</p>	<p><b>Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados:</b></p> <p><b>J1.1.</b> Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer qual o significado de qualidade de vida para a pessoa;</li> <li>• Identificar as limitações provocadas pela doença no contexto pessoal, familiar e social da pessoa na fase de estabilidade;</li> <li>• Conhecer a periodicidade de fases de crise da doença e</li> </ul>	<p><b><u>Humanos;</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pessoa com patologia respiratória crónica internada por agudização da doença;</li> <li>• Enfermeiro orientador;</li> <li>• Equipa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza o levantamento das limitações provocadas pela doença respiratória crónica no contexto pessoal, familiar e social da pessoa em fase de crise e de estabilidade da doença;</li> <li>• Identifica quais os principais fatores desencadeantes das fases</li> </ul>

	<p><b>J1.2.</b> Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;</p> <p><b>J1.3.</b> Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;</p> <p><b>J1.4.</b> Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p>	<p>possíveis fatores desencadeantes;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar o impacto da doença em períodos de crise no contexto pessoal, familiar e social da pessoa;</li> <li>• Identificar quais as estratégias/mecanismos utilizados para atenuar ou solucionar os períodos de crise.</li> </ul>	<p>multidisciplinar</p> <p>.</p> <p><b><u>Materiais:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo clinico;</li> <li>• Pesquisas em Base de dados.</li> </ul> <p><b><u>Físicos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Local de estágio.</li> </ul> <p><b><u>Temporal:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ver cronograma.</li> </ul>	<p>de crise da doença;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica quais as estratégias utilizadas pela pessoa para atenuar ou solucionar os períodos de crise da doença;</li> <li>• Realiza programas de educação para a saúde sobre métodos/técnicas preventivas dos períodos de crise da doença;</li> <li>• Realiza programas de educação para a saúde sobre métodos/técnicas a utilizar para atenuar/solucionar períodos de crise da doença;</li> </ul>
--	---	--	--	---

	<p><b>Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania:</b></p> <p><b>J2.1.</b> Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;</p> <p><b>J2.2.</b> Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</p> <p><b>Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa:</b></p> <p><b>J3.1.</b> Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório;</p> <p><b>J3.2.</b> Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados.</p>			
--	--	--	--	--

CAMPO DE ESTÁGIO	Departamento de AVD – ██████████			
OBJETIVO GERAL	Compreender o processo de reabilitação da pessoa com AVC com défice de autocuidado nas AVD de higiene e vestuário numa unidade de atividades de vida diária			
Objectivos Específicos	Domínios e Competências	Atividades a Desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p><b>Nº1</b> – Compreender a dinâmica do Departamento de AVD do ██████████ e identificar o papel do EEER, neste contexto da prática de cuidados.</p>	<p><b>A1</b> – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;</p> <p><b>A2</b> – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p><b>B3</b> – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;</p> <p><b>D1</b> – Desenvolve autoconhecimento e assertividade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação aos elementos da equipa multidisciplinar do serviço;</li> <li>• Observação da intervenção do EEER;</li> <li>• Observação do funcionamento do Departamento de AVD;</li> <li>• Observação da dinâmica do Departamento de AVD;</li> <li>• Conhecimento dos instrumentos de registo de enfermagem utilizados no Departamento de AVD;</li> <li>• Conhecimento dos instrumentos utilizados na avaliação da funcionalidade;</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiro orientador;</li> <li>• Equipa multidisciplinar</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumentos de registo de enfermagem utilizados no SRA 3º Esquerdo;</li> <li>• Instrumentos de avaliação funcional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descreve a dinâmica de funcionamento do Departamento de AVD;</li> <li>• Identifica o papel do EEER no Departamento de AVD.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação dos procedimentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa/família.</li> </ul>	<p><b><u>Físicos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Local de estágio.</li> </ul> <p><b><u>Temporal:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ver cronograma.</li> </ul>	
<p><b>Nº2</b> – Observar os treino/ensinos realizados na AVD de vestuário na pessoa com AVC na promoção do autocuidado.</p>	<p><b>Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica:</b></p> <p>B2.1. - Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado</p> <p><b>Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a existência de procedimentos e/ou protocolos sobre a atuação do EEER acerca do treino/ensinos na AVD de vestuário na AVC;</li> <li>• Observar os treinos/ensinos no vestuário efectuados pelo EEER na pessoa com AVC;</li> <li>• Registar os treinos/ensinos no vestuário efectuados pelo EEER na pessoa com AVC observados;</li> </ul>	<p><b><u>Humanos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiro orientador;</li> <li>• Equipa multidisciplinar</li> </ul> <p><b><u>Materiais:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manuais, documentos do serviço (protocolos, procedimentos, instrumentos de registo).</li> </ul>	<p><b><u>Indicadores:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresenta conhecimentos técnicos/científicos acerca da avaliação do défice no autocuidado na AVD de vestuário da pessoa com AVC;</li> <li>• Descreve os treinos/ensinos no vestuário efectuados pelo EEER na pessoa com AVC;</li> </ul> <p>Elabora documento descritivo do treino/ensinos na AVD de vestuário efectuados pelo EEER na</p>

	<p><b>longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados:</b></p> <p>J1.1. – Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades;</p> <p>J1.3. – Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;</p> <p>J1.4. – Avalia os resultados das intervenções implementadas;</p> <p><b>Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania:</b></p> <p>J2.1. – Elabora e implementa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de documento com os resultados obtidos da observação do treino/ensinos no vestuário efectuados pelo EEER na pessoa com AVC.</li> </ul>	<p><b><u>Físicos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Local de estágio.</li> </ul> <p><b><u>Temporal:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ver cronograma.</li> </ul>	<p>pessoa com AVC.</p> <p><b><u>Crterios:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De que modo as atividades planeadas foram uteis para atingir o objetivo.</li> <li>• De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação.</li> </ul>
--	--	--	--	---

	<p>programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;</p> <p>J2.2. – Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social;</p> <p><b>Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa:</b></p> <p>J3.1. – Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório;</p> <p>J3.2. – Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados;</p>			
--	---	--	--	--



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação dos procedimentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa/família.</li> </ul>	<p><b><u>Temporal:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ver cronograma.</li> </ul>	
<p><b>Nº2</b> – Desenvolver cuidados de enfermagem especializados, considerando os princípios éticos, os direitos e a autonomia da pessoa ao longo do seu ciclo vital, com limitação da atividade e/ou restrição da participação, promovendo um ambiente favorável ao processo de reabilitação.</p>	<p><b>A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção:</b></p> <p><b>A1.1.</b> - Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada;</p> <p><b>A1.2.</b> - Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas;</p> <p><b>A1.3.</b> - Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade;</p> <p><b>A1.4.</b> - Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.</p> <p><b>A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover o exercício da profissão, de acordo com os direitos humanos e o código deontológico;</li> <li>• Promover o respeito pela individualidade da pessoa, assim como pelas suas crenças, valores e decisões;</li> <li>• Desenvolver competências no âmbito da tomada de decisão, envolvendo todos os intervenientes neste processo;</li> </ul> <p>Colaborar com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa/família em processo de reabilitação.</p>	<p><b><u>Humanos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiro orientador;</li> <li>• Equipa multidisciplinar.</li> </ul> <p><b><u>Materiais:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2009);</li> <li>• Carta dos Direitos e Deveres do Doente (DGS);</li> </ul> <p><b><u>Físicos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Local de estágio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolve cuidados de enfermagem que promovam um ambiente seguro;</li> <li>• Desenvolve os cuidados de enfermagem de acordo com os princípios, valores e normas éticas do código deontológico dos enfermeiros;</li> <li>• Avalia as intervenções dos planos de cuidados, considerando a pessoa e família/cuidador.</li> </ul>

	<p><b>A2.1.</b> - Promove a proteção dos direitos humanos;</p> <p><b>A2.2.</b> - Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente;</p> <p><b>B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro:</b></p> <p><b>B3.1.</b> - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo;</p> <p><b>B3.2.</b> - Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais</p> <p><b>C1 - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional:</b></p> <p><b>C1.1.</b> - Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;</p>		<p><b><u>Temporal:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ver cronograma.</li></ul>	
--	--	--	--	--

	<b>C1.2.</b> - Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.			
<b>Nº3</b> – Desenvolver cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de reabilitação na avaliação da funcionalidade na pessoa com AVC.	<p><b>Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados:</b></p> <p><b>J1.1.</b> Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades;</p> <p><b>J1.2.</b> Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;</p> <p><b>Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver instrumento de registo de avaliação da funcionalidade na pessoa com AVC;</li> <li>• Avalia o risco de alteração da funcionalidade na pessoa com AVC;</li> <li>• Recolher informação pertinente e utilizar escalas e instrumentos de medida para avaliar a funcionalidade na pessoa com AVC;</li> <li>• Avaliar a capacidade funcional da pessoa com AVC para o autocuidado nas AVD;</li> </ul>	<p><b><u>Humanos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiro orientador;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Pessoa com AVC.</li> </ul> <p><b><u>Materiais:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisas em Base de dados;</li> <li>• Processo clínico;</li> <li>• Instrumentos de avaliação funcional.</li> </ul> <p><b><u>Físicos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Local de</li> </ul>	<p><b><u>Indicadores:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolve instrumento de registo da avaliação da funcionalidade da pessoa com AVC;</li> <li>• Avalia e regista o risco de alteração da funcionalidade na pessoa com AVC;</li> <li>• Utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar a funcionalidade na pessoa com AVC;</li> <li>• Identifica fatores facilitadores e inibidores para o autocuidado nas AVD da pessoa com AVC;</li> <li>• Identifica as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a funcionalidade da pessoa com AVC;</li> </ul>

	<p><b>e exercício da cidadania:</b></p> <p><b>J2.1.</b> Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar fatores facilitadores e inibidores para o autocuidado nas AVD da pessoa com AVC;</li> <li>• Identificar as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a funcionalidade da pessoa com AVC;</li> </ul>	<p>estágio.</p> <p><b><u>Temporal:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ver cronograma.</li> </ul>	<p><b><u>Crítérios:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De que modo as atividades planeadas foram úteis para atingir o objetivo;</li> <li>• De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação.</li> </ul>
<p><b>Nº4</b> – Desenvolver cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de reabilitação no cuidar da pessoa com AVC com défice de autocuidado na AVD de Higiene (banho, higiene oral, higiene facial, barbear/maquilhar, pentear);</p>	<p><b>Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados:</b></p> <p><b>J1.1.</b> Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades;</p> <p><b>J1.2.</b> Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto-cuidado nos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a capacidade funcional da pessoa com AVC para o autocuidado na AVD de higiene;</li> <li>• Identificar as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a funcionalidade da pessoa com AVC na AVD de higiene;</li> <li>• Realizar treino específico de promoção do autocuidado de higiene na pessoa com AVC</li> </ul>	<p><b><u>Humanos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiro orientador;</li> <li>• Equipa multidisciplinar ;</li> <li>• Pessoa com AVC;</li> <li>• Docente orientador.</li> </ul> <p><b><u>Materiais:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo</li> </ul>	<p><b><u>Indicadores:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avalia a capacidade funcional da pessoa com AVC para o autocuidado na AVD de higiene;</li> <li>• Identifica as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a funcionalidade da pessoa com AVC na AVD de higiene;</li> <li>• Realiza treino específico de</li> </ul>

	<p>processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;</p> <p><b>J1.3.</b> Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;</p> <p><b>J1.4.</b> Avalia os resultados das intervenções implementadas</p> <p><b>Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania:</b></p> <p><b>J2.1.</b> Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;</p>	<p>(banho, higiene oral, higiene facial, barbear/maquilhar, pentear);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar a possibilidade de utilização de produtos de apoio de forma a promover o autocuidado da pessoa com AVC na AVD de higiene;</li> <li>• Registrar semanalmente, ou sempre que seja pertinente, a avaliação da funcionalidade da pessoa com AVC na AVD de higiene;</li> <li>• Realizar planos de cuidados em função das necessidades de intervenção do EEER;</li> <li>• Realizar registos de EEER no processo clínico.</li> </ul>	<p>clínico;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisas em Base de dados;</li> <li>• Instrumentos de avaliação funcional.</li> </ul> <p><b><u>Físicos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Local de estágio.</li> </ul> <p><b><u>Temporal :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ver cronograma.</li> </ul>	<p>promoção do autocuidado de higiene na pessoa com AVC (banho, higiene oral, higiene facial, barbear/maquilhar, pentear);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica quais os produtos de apoio a utilizar de forma a promover o autocuidado da pessoa com AVC na AVD de higiene;</li> <li>• Realiza o registo semanalmente, ou sempre que seja pertinente, da avaliação da funcionalidade da pessoa com AVC na AVD de higiene;</li> <li>• Realiza planos de cuidados em função das necessidades de intervenção do EEER na AVD de higiene;</li> <li>• Realiza registos de EEER no processo clínico.</li> </ul>
--	--	--	---	--

	<p><b>J2.2.</b> Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</p> <p><b>Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa:</b></p> <p><b>J3.1.</b> Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório;</p> <p><b>J3.2.</b> Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados.</p>			<p><b><u>Crítérios:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De que modo as atividades planeadas foram úteis para atingir o objetivo;</li> <li>• De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação.</li> </ul>
<p><b>Nº5</b> – Desenvolver cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de reabilitação no cuidar da pessoa com AVC com défice de autocuidado na AVD de Vestuário (½ superior</p>	<p><b>Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados:</b></p> <p><b>J1.1.</b> Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a capacidade funcional da pessoa com AVC para o autocuidado na AVD de vestuário;</li> <li>• Identificar fatores facilitadores e inibidores para o autocuidado na AVD de</li> </ul>	<p><b><u>Humanos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiro orientador;</li> <li>• Equipa multidisciplinar ;</li> <li>• Pessoa com AVC;</li> </ul>	<p><b><u>Indicadores:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avalia a capacidade funcional da pessoa com AVC para o autocuidado na AVD de vestuário;</li> <li>• Identifica as necessidades de intervenção para otimizar</li> </ul>

<p>do corpo, ½ inferior do corpo, calçado);</p>	<p><b>J1.2.</b> Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;</p> <p><b>J1.3.</b> Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;</p> <p><b>J1.4.</b> Avalia os resultados das intervenções implementadas</p> <p><b>Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania:</b></p>	<p>vestuário na pessoa com AVC;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a funcionalidade da pessoa com AVC na AVD de vestuário;</li> <li>• Realizar treino específico de promoção do autocuidado de vestuário na pessoa com AVC (½ superior do corpo, ½ inferior do corpo, calçado);</li> <li>• Identificar a possibilidade de utilização de produtos de apoio de forma a promover o autocuidado da pessoa com AVC na AVD de vestuário;</li> <li>• Registrar semanalmente, ou sempre que seja pertinente, a avaliação da funcionalidade da pessoa com AVC na AVD de vestuário;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Docente orientador.</li> </ul> <p><b><u>Materiais:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo clínico;</li> <li>• Pesquisas em Base de dados;</li> <li>• Instrumentos de avaliação funcional.</li> </ul> <p><b><u>Físicos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Local de estágio.</li> </ul> <p><b><u>Temporal:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ver cronograma.</li> </ul>	<p>e/ou reeducar a funcionalidade da pessoa com AVC na AVD de vestuário;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza treino específico de promoção do autocuidado de vestuário na pessoa com AVC (½ superior do corpo, ½ inferior do corpo, calçado);</li> <li>• Identifica quais os produtos de apoio a utilizar de forma a promover o autocuidado da pessoa com AVC na AVD de vestuário ;</li> <li>• Realiza o registo semanalmente, ou sempre que seja pertinente, da avaliação da funcionalidade da pessoa com AVC na AVD de vestuário;</li> <li>• Realiza planos de cuidados em função das necessidades de intervenção do EEER na</li> </ul>
---	---	---	---	--

	<p><b>J2.1.</b> Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida;</p> <p><b>J2.2.</b> Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</p> <p><b>Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa:</b></p> <p><b>J3.1.</b> Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório;</p> <p><b>J3.2.</b> Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar planos de cuidados em função das necessidades de intervenção do EEER;</li> <li>• Realizar registos de EEER no processo clínico.</li> </ul>		<p>AVD de vestuário;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza registos de EEER no processo clínico.</li> </ul> <p><b><u>Crítérios:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De que modo as atividades planeadas foram uteis para atingir o objetivo;</li> <li>• De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação.</li> </ul>
--	--	--	--	--

**APÊNDICE II:**  
**Cronograma de estágio**

## CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

		ANO		2012												2013						
		MÊS		Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fev.		
		SEMANAS / DIAS		1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	20		3	7	14	21	28
		5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	19		2	4	11	18	25	1	8	15
Locais de Estágio	Serviço de Medicina II: ██████████ ██████████													Férias de Natal								
	Departamento de AVD – ██████████ ██████████																					
	SRA 3º Esquerdo – ██████████ ██████████																					

**APÊNDICE III:**

**Guião de Observação: Departamento de AVD**

# **GUIA DE OBSERVAÇÃO**

**DEPARTAMENTO DE AVD**



**Elaborado por:**

Marco Ivo Coimbra Fino Oliveira Vieira

Aluno Nº 4182 - 3º Curso de Mestrado de Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Escola Superior Enfermagem Lisboa

**Novembro 2012**

<b>LOCAL A OBSERVAR</b>	<b>Departamento de AVD do [REDACTED]</b>
<b>QUEM OBSERVAR</b>	<b>Enfermeiro Especialista em Reabilitação</b>
<b>ASPETOS A OBSERVAR</b>	<p><b><u>DINÂMICA ORGANIZACIONAL</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organização do espaço físico do Departamento de AVD face ao treino das diferentes AVD;</li> <li>• Horário estabelecido de visita dos utentes;</li> <li>• Distribuição dos utentes na sala;</li> <li>• Acompanhamentos dos familiares ou cuidadores ao departamento;</li> <li>• Procedimentos da equipa de enfermagem aquando admissão do utente.</li> </ul> <p><b><u>DINÂMICA FUNCIONAL</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar a articulação entre o Departamento de AVD e os restantes serviços de internamento do Centro de Medicina de Reabilitação;</li> <li>• Conhecimento dos instrumentos de registo/protocolos no departamento;</li> <li>• Observar a articulação entre EEER do Departamento de AVD e a restante equipa multidisciplinar do Centro de Medicina de Reabilitação;</li> <li>• Observação da reunião multiprofissional semanal e o papel do EEER do Departamento de AVD durante este momento: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Interação entre os elementos;</li> </ul> </li> </ul>

## ASPETOS A OBSERVAR

- Assuntos abordados;
- Contexto/ambiente envolvente (nível de ruído, presença de outras pessoas não envolvidas na reunião);
- Registos efectuados;
- Intervenção do EEER no decurso da reunião relativo ao plano de reabilitação do utente.

### FUNÇÕES/PAPEL DO EEER NO DEPARTAMENTO DE AVD

#### ➤ **Observação da abordagem do EEER ao utente:**

- No primeiro contacto qual o grau de proximidade?
- Chama o utente pelo nome pelo qual gosta de ser tratado?
- Existe toque? De que natureza?
- Qual o tom de voz? Sobre o que falam? A conversação é pública ou privada?

#### ➤ **Observação das intervenções do EEER:**

- Proporciona ambiente harmonioso e de relaxamento?
- Como interage com a pessoa durante o treino de AVD? Dá conhecimento dos procedimentos a realizar? Valida a receptividade e compreensão?
- Mantém um diálogo durante o momento da intervenção?
- Fornece informação/formação durante o treino

## ASPETOS A OBSERVAR

de AVD? Valida os momentos formativos?

- Envolve o familiar/cuidador no treino de AVD?
- Incentiva o utente durante o treino recorrendo ao reforço positivo?

### 👉 **Observação e registo das intervenções do EEER face à promoção do autocuidado nas AVD de higiene e vestuário na pessoa com AVC:**

- Observar e registar o treino/ensinos realizados na AVD de vestuário ao utente com AVC;
- Observar e registar o treino/ensinos realizados na AVD de higiene ao utente com AVC;
- Observar e registar os produtos de apoio utilizados nas AVD de higiene e vestuário.

### 👉 **Observação dos registos efectuados:**

- Utiliza escalas de avaliação da funcionalidade? Quais? Com que periodicidade?
- Como é realizado o registo das intervenções do EEER no Departamento de AVD? Está incluído no processo do utente?

## **APÊNDICE IV:**

**Departamento de AVD: Registos de observação de treino do vestuário na  
pessoa com AVC**

## Treino do Vestuário na Pessoa com AVC

### 1. ½ SUPERIOR DO CORPO

#### 1.1. Camisola

##### 1.1.1. Vestir:

1. Colocar a camisola sobre as coxas com a gola virada para os joelhos e com a parte da frente para baixo;
2. Com a mão não afectada, agarrando pela parte posterior, juntar o cós à gola;
3. Introduzir a cabeça na gola com a mão não afectada;
4. Rodar a camisola de forma a posicionar o buraco da manga do membro afectado na linha média anterior do corpo;
5. Com a mão não afectada pegar na mão afectada e introduzi-la na manga respectiva;
6. Com a mão não afectada puxar a manga do membro oposto, passando pelo cotovelo, até chegar ao ombro;
7. Introduzir o membro não afectado na respectiva manga;
8. Ajeitar a camisola anterior e posteriormente.

##### 1.1.2. Despir:

1. Com a mão não afectada agarrar na região posterior da gola;
2. Puxar a camisola sobre a cabeça e para a frente despindo-a;
3. Despir o membro superior afectado com a mão não afectada;
4. Despir o membro não afectado, segurando a camisola entre as coxas ou sob as nádegas.

## **1.2. Camisa ou casaco aberto**

### **1.2.1. Vestir:**

1. Colocar a camisa/casaco sobre os joelhos, com o interior para cima e o colarinho para o lado dos joelhos;
2. Com a mão não afectada levantar a mão afectada para a introduzir na manga;
3. Puxar a manga até chegar ao ombro afectado;
4. Agarrar o colarinho/gola com a mão não afectada por trás da cabeça e puxar para o lado não afectado;
5. Introduzir a mão não afectada na manga respectiva.

### **1.2.2. Despir:**

1. Com a mão não afectada desapertar os botões;
2. Retirar a camisa do ombro afectado, de forma a proporcionar espaço para despir a manga do lado não afectado;
3. Com a mão não afectada segurar na camisa/ casaco pela parte anterior e fazendo um movimento de extensão do cotovelo, seguido de flexão, puxar o cotovelo para cima e para fora da manga, despindo o lado não afectado;
4. Retirar por fim o membro superior afectado.

*Pode ser também usada a técnica de despir a camisola, puxando sobre a cabeça.*

## **1.3. Soutien**

1. Soutien previamente apertado ou cosido;
2. Veste primeiro a cabeça até à região abdominal;
3. Usar a mão não afectada para passar 1º o braço afectado na alça;
4. Segue-se a passagem do membro não afectado pela outra alça;
5. Corrige as alças no fim.

## 2. ½ INFERIOR DO CORPO

### 2.1. Calças

#### 2.1.1. Vestir:

1. Pedir ao utente para cruzar as pernas;
2. Com a mão não afectada o utente coloca a calça primeiro na perna afectada até ao joelho;
3. Coloca o pé no chão ou em banco de apoio;
4. Coloca a calça na perna não afectada;
5. Puxa as calças o mais para cima que puder;
6. Assume a posição de pé;
7. Puxa as calças para a cintura, usando a mão não afectada;
8. Senta-se para abotoar ou puxar o fecho.

O utente apenas deve assumir a posição de pé calçado ou descalço (nunca com meias) pelo risco de queda

#### 2.1.2. Despir:

1. Desapertar o cinto ou fecho com a mão não afectada;
2. Levantar-se e deixar cair as calças (ou puxá-las se forem de elástico);
3. Voltar a sentar-se e retirar a calça da perna não afectada;
4. Cruzar membro inferior afectado e retirar a calça da perna afectada.

Se o utente não tem bom equilíbrio é preferível vestir ou despir as calças deitado na cama, através do exercício da “ponte”.

### **3. CALÇADO**

#### **3.1. Meias**

1. Começa-se indiferentemente por qualquer dos lados;
2. No caso do lado afectado, cruzar a perna sobre a não afectada;
3. No caso do lado não afectado, a perna não deve ser cruzada sobre a outra para esta actividade, pois provoca desequilíbrio;
4. Colocar os dedos em concha dentro do canhão da meia e afastá-los, de forma a criar uma abertura por onde se vai fazer passar o pé;
5. Acertar a biqueira da meia e só depois puxar o restante, para que o calcanhar fique no sítio.

#### **3.2. Sapatos**

1. Com a mão não afectada coloca o sapato à frente do pé;
2. Introduzir o pé afectado no sapato;
3. Pressionar para baixo o joelho afectado para introduzir o calcanhar no sapato.

*Deve começar pelo pé não afectado, para o proteger da queda acidental do pé afectado já calçado.*

**Atacadores** – começar com nó na extremidade inferior e vai puxando de baixo para cima com laçada corrida; a ponta restante é introduzida dentro do sapato ou dá meio laço).

#### **IMPORTANTE:**

- Vestuário largo ou com aberturas largas no pescoço;
- Botões grandes e em número reduzido;
- Roupas leves e práticas;
- Evitar fechos e elásticos apertados nos punhos.

#### **EVITAR:**

- Fatos de treino, sobretudo com calças forradas.

## DISPOSITIVOS DE COMPENSAÇÃO PARA VESTUÁRIO:

1. Para calçar meias:



2. Para calçar meias elásticas:



3. Para calçado:



4. Para abotoar botões:



5. Cabo/Bastão em “S” (multifunções):



Notas Importantes durante treino do vestuário na pessoa com AVC:

- Usar estímulos sensoriais
- Ajudar, falar e ensinar do lado afectado
- Colocar roupa, objetos do lado afectado
- Alertar para riscos vários. Controlar o ambiente

## **APÊNDICE V:**

**Departamento de AVD: Registos de observação de treino de higiene na pessoa  
com AVC**

# Treino dos Cuidados de Higiene na Pessoa com AVC

## Higiene e Cuidados Pessoais:

1. Banho (Banheira/Poliban);
2. Higiene oral;
3. Pentear;
4. Barbear.

**Nota:** No departamento de AVD relativamente aos cuidados de higiene da pessoa com AVC faz-se essencialmente:

- Estudo das ajudas técnicas necessárias para promover a autonomia;
- Treino técnica de transferência (Banheira, cadeira higiene);
- Treino do barbear;
- Treino do pentear.

## Escolha das ajudas técnicas para a higiene

- Há que considerar:
  - Condições preexistentes na habitação;
  - Idade e peso do indivíduo;
  - Controle cefálico ou não;
  - Equilíbrio sentado;
  - Movimentos involuntários;
  - Capacidade de executar ou de ajudar nas transferências;
  - Deformidades ou limitações na postura.
- Estas devem ser decididas:
  - Em conjunto com o utente/família;
  - Mais perto da alta, pois o grau de dependência altera-se muitas vezes ao longo do internamento.

## 1. BANHO

### 1.1. Ajudas Técnicas para o banho:

- Tapete anti-derrapante (essencial para a segurança)
- Torneiras de vários tipos (manípulo, sensor, termóstato);
- Dispositivos para a higiene de zonas do corpo de mais difícil acesso (pés, costas e cabelo):



- Tábuas e cadeiras para a banheira:



- Cadeiras e bancos para poliban:



***Nota:*** Importante o treino da transferência da cadeira de rodas para a cadeira de banheira rotativa, tábua, cadeiras e bancos de poliban.

- Barras ou varões: Fixas à parede ou amovíveis (com ventosas) – em posição vertical ou horizontal, consoante a finalidade a que se destinam:



## 2. HIGIENE ORAL

### 2.1. Ajudas Técnicas para a higiene oral

- O uso de escovas elétricas pode ser mais eficaz que o uso de escovas convencionais;
- O uso de engrossador de cabo ou adaptador para aplicar na escova de dentes:



- O uso de espremedor para pasta de dentes:



### 2.2. Ensino dos cuidados a ter durante a higiene oral

- Ter especial atenção ao lado afectado uma vez que a comida tem tendência em acumular-se;
- Incentivar uma frequente higiene oral;
- Incentivar a lavagem frequente da escova de dentes;
- O utente pode colocar a mão afetada sobre o lavatório, e aplicar do dorso da mesma um pouco de pasta de dentes, passando posteriormente com a escova pelo local de forma a poder iniciar a higiene oral.

***Nota:*** A perda da função muscular da hemiface afetada, diminui a ação de limpeza dos músculos da bochecha e da língua, tendendo a comida em se acumular entre a bochecha e a língua, aumento o numero de bactérias e outros microrganismos.

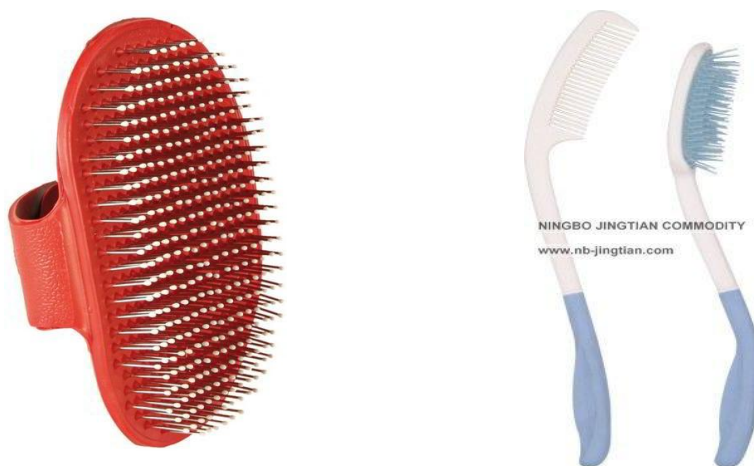
### 3. PENTEAR

#### 3.1. Ajudas Técnicas para o pentear o cabelo

- Utilização de pente/escova com cabo longo:



- Utilização de pente/escova com cabo modificado:



### 4. BARBEAR

#### 4.1. Ajudas Técnicas para o barbear

- O uso de engrossador de cabo ou adaptador para aplicar na lâmina de barbear:



- O uso de máquina de barbear pode ser mais eficaz que o uso da lâmina convencional, reduzindo o risco de lacerações.

#### **4.2. Ensino dos cuidados a ter durante o barbear**

- Colocar toalha sobre o tórax e ombros;
- Para humedecer a face pode utilizar toalha humedecida com água tépida;
- O utente pode colocar a mão afetada sobre o lavatório, e aplicar do dorso da mesma um pouco de gel/espuma de barbear, sendo um local de fácil acesso onde poderá ir retirando o mesmo para aplicar na face;
- Deve manter a pele esticada para evitar lacerações;
- Chamar a atenção para o lado afectado.

## **APÊNDICE VI:**

**Documento de colheita de dados e planeamento dos cuidados de enfermagem  
de reabilitação**

## COLHEITA DE DADOS E PLANEAMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Nome				Nome como deseja ser tratado		
Idade	Género		Estado Civil	Religião		
Língua			Raça			
Escolaridade				Profissão		
Condições ambientais e habitacionais						
Agregado Familiar						
Pessoas Significativas						

## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIOS DE SAÚDE

Data de Internamento		
Diagnóstico de internamento		
História clínica		Alergias
Historia de familiar de doenças		
Objectivos do internamento		
Programa terapêutico	Enfermagem	
	AVD	
Conhecimento e expetativas sobre a condição de doença	Utente	
	Família	

## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS

Provisão de cuidados associados a processos de eliminação e excreção

### CUIDADOS DE HIGIENE PESSOAL E BANHO

Hábitos de higiene pessoal e banho	
Nível de independência no banho (lavar o corpo)	
Utilização de produtos de apoio	

## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS

Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso

### Medida de independência funcional adaptada\* - Higiene

(Avaliação Inicial) – Data: \_\_\_\_\_

		Indep. Completa	Indep. Modificada	Supervisão	Ajuda mínima (≥75%)	Ajuda moderada (≥50%)	Ajuda Máxima (≥25%)	Ajuda total (≥0%)
Higiene	Higiene oral							
	Higiene facial							
	Pentear o cabelo							
	Barbear Maquilhar							
	Banho							

\*Utilizada no Centro de Reabilitação

## Medida de independência funcional adaptada\* - Vestuário

(Avaliação Inicial) – Data: \_\_\_\_\_

		Indep. Completa	Indep. Modificada	Supervisão	Ajuda mínima (≥75%)	Ajuda moderada (≥50%)	Ajuda Máxima (≥25%)	Ajuda total (≥0%)
Vestuário 1/2 Superior	Camisola							
	Camisa Casacos							
	Soutien							
Vestuário 1/2 Inferior	Calças							
	Meias Elásticas							
Calçado	Meias							
	Sapatos							

## Medida de independência funcional (MIF)

(Avaliação Inicial) – Data: \_\_\_\_\_

<b>Auto-cuidados</b>	A - Alimentação	
	B - Higiene Pessoal	
	C - Banho	
	D - Vestir metade superior	
	E - Vestir metade inferior	
	F - Utilização da sanita	
<b>Controlo dos Esfíncteres</b>	G - Bexiga	
	H - Intestino	
<b>Mobilidade</b>	I - Transferência cama, cadeira, Cadeira de rodas	
	J - Sanita	
	K - Banheira, Duche	
<b>Locomoção</b>	L - Marcha / Cadeira de rodas	M
		Cr
	M - Escadas	
<b>Comunicação</b>	N - Compreensão (Auditiva/Visual)	A
		V
	O - Expressão (Vocal/Não vocal)	V
		NV
<b>Cognição Social</b>	P - Interação social	
	Q - Resolução de problemas	
	R - Memória	

Níveis Independência	
7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal)	
6 – Independência modificada (ajuda técnica)	
Dependência modificada	Dependência Completa
5 – Supervisão	2 – Ajuda Máxima (Indivíduo participa em ≥25%)
4 – Ajuda mínima (Indivíduo participa em ≥75%)	
3 – Ajuda Moderada (Indivíduo participa em ≥50%)	
	1 – Ajuda total (Indivíduo participa em ≤25%)

## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS:

Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso

**Avaliação da força muscular - Escala de Lower (Avaliação Inicial) – Data: \_\_\_\_\_**

MEMBRO SUPERIOR DIREITO	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação Int. Pronação	Rotação Ext Supinação	Desvio radial	Desvio cubital	Oponência elevação
Escap. Umeral									
Cotovelo									
Antebraço									
Punho									
Dedos									
Polegar									

MEMBRO SUPERIOR ESQUERD	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação Int. Pronação	Rotação Ext Supinação	Desvio radial	Desvio cubital	Oponência elevação
Escap. Umeral									
Cotovelo									
Antebraço									
Punho									
Dedos									
Polegar									

MEMBRO INFERIOR DIREITO	Flexão Bâscula ant	Extensão Bâscula .post.	Adução	Abdução	Rotação Int. Inversão	Rotação Ext Eversão
Coxo-fémural						
Joelho						
Tibio-tarsica						
Dedos						

Escala de Lower	
5/5	Movimento normal contra gravidade e resistência
4/5	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força.
3/5	Raio de movimento completo contra gravidade, não contra resistência.
2/5	Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade, a pessoa consegue mover o membro na base da cama.
1/5	Observa-se contração palpável e ou visível sem movimento
0/5	Sem contração muscular e sem movimento

MEMBRO INFERIOR ESQUERD	Flexão Bâscula ant	Extensão Bâscula .post.	Adução	Abdução	Rotação Int. Inversão	Rotação Ext Eversão
Coxo-fémural						
Joelho						
Tibio-tarsica						
Dedos						

## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS:

Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso

Avaliação da espasticidade - Escala de Ashworth modificada (Avaliação Inicial) – Data: \_\_\_\_\_

MEMBRO SUPERIOR DIREITO	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação Int. Pronação	Rotação Ext Supinação	Desvio radial	Desvio cubital	Oponência elevação
Escap. Umeral									
Cotovelo									
Antebraço									
Punho									
Dedos									
Polegar									

MEMBRO SUPERIOR ESQUERD	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação Int. Pronação	Rotação Ext Supinação	Desvio radial	Desvio cubital	Oponência elevação
Escap. Umeral									
Cotovelo									
Antebraço									
Punho									
Dedos									
Polegar									

MEMBRO INFERIOR DIREITO	Flexão Bâscula ant	Extensão Bâscula .post.	Adução	Abdução	Rotação Int. Inversão	Rotação Ext Eversão	Escala de Ashworth Modificada	
							0	1
Coxo-fémural							0	Nenhum aumento de tónus muscular
Joelho							1	Leve aumento do tónus, manifestado por um tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular qdo a região é movida em extensão/flexão
Tibio-tarsica							1+	Leve aumento do tónus, manifestado por um tensão abrupta seguida de resistência mínima em menos da metade da amplitude do movimento articular restante
Dedos							2	Aumento mais marcado do tónus muscular, durante a maior parte da amplitude do movimento articular, mas a região é movida facilmente
							3	Considerável aumento do tónus muscular, o movimento passivo é difícil
							4	Parte afetada rígida em flexão ou extensão

## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS:

Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso

Equilíbrio / Marcha / Transferências / Atividades na cama\* (Avaliação Inicial) – Data: \_\_\_\_\_

			Eficaz	Pouco Eficaz	Não Eficaz	Observações
Equilíbrio	Sentado	Estático				
		Dinâmico				
	Em pé	Estático				
		Dinâmico				

Marcha (disbasia/marcha hemiparética/atáxica) \_\_\_\_\_

		Indep. Completa	Indep. Modificada	Supervisão	Ajuda mínima (≥75%)	Ajuda moderada (≥50%)	Ajuda Máxima (≥25%)	Ajuda total (≥0%)
Transferências	Cama							
	Sanita							
	Banheira duche							
	Desníveis							
Atividades na cama	Arrastar							
	Virar							
	Deitar							
	Sentar							

## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS

Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social

Isolamento Social e atividades lúdicas habituais	
Periodicidade de visitas enquanto está internado	
Alterações sexuais	
Outras alterações	

## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS

### Prevenção de Perigos

<b>Estado de Consciência</b>	Vigília	
	Consciente	
	Letargico ou Sonolento	
	Confuso	
	Obnubilado	
	Estuporoso	
	Coma	
	Score Escala de Glasgow	

<b>Estado de Orientação</b>	<i>Autopsiquicamente</i>	Sim/Não
	<i>Alopsiquicamente</i>	Sim/Não

<b>Estado de Atenção</b>	Vigilância	Hipervigil	
		Normal	
		Hipovigil	
	Tenacidade <small>(exemplo de bater na mesa sempre que ouvir a letra A)</small>	Presente/Ausente	
	Concentração <small>(exemplo de subtração sucessiva de 7 ao N°100)</small>	Presente/Ausente	

Escala de Glasgow		
Variáveis		Score
Abertura ocular	Espontânea	
	À voz	
	À dor	
	Nenhuma	
Resposta Verbal	Orientada	
	Confusa	
	Palavras inapropriadas	
	Palavras incompreensivas	
	Nenhuma	
Resposta motora	Obedece a comandos	
	Localiza dor	
	Movimento de retirada	
	Flexão anormal	
	Extensão anormal	
	Nenhuma	

	Score	Data
<b>Escala de Quedas de Morse</b>		
<b>Escala de Braden</b>		

Escala de quedas de Morse		
Antecedentes de queda (anterior ou nos últimos três meses)	Não	
	Sim	
Diagnóstico secundário	Não	
	Sim	
Ajuda na mobilização	Acamado/Repouso no leito/cadeira de Rodas	
	Bengala/Andarilho/Canadiana	
	Aparelho/Equipamento	
Terapia endovenosa	Não	
	Sim	
Marcha	Normal/Acamado/Cadeira de Rodas	
	Lenta	
	Alterada/Cambaleante	
Estado mental	Orientado	
	Desorientado/Confuso	

Escala de Braden	
Percepção Sensorial	1 - Completamente limitada
	2 - Muito limitada
	3 - Ligeiramente limitada
	4 - Nenhuma limitação
Humidade	1 - Pele constantemente húmida
	2 - Pele muito húmida
	3 - Pele ocasionalmente húmida
	4 - Pele raramente húmida
Actividade	1 - Acamado
	2 - Sentado
	3 - Anda ocasionalmente
	4 - Anda frequentemente
Mobilidade	1 - Completamente imobilizado
	2 - Muito limitada
	3 - Ligeiramente limitada
	4 - Nenhuma limitação
Nutrição	1 - Muito Pobre
	2 - Provavelmente inadequada
	3 - Adequada
	4 - Excelente
Fricção e forças de deslizamento	1 - Problema
	2 - Problema potencial
	3 - Nenhum Problema

Sensibilidade superficial		Mantida	Alterada	Não Aplicável	Observações
	Tátil				
	Térmica				
	Dolorosa				

Sensibilidade profunda	Sentido de pressão ou barestesia				
	Sensibilidade vibratória ou palestesia				
	Sensibilidade postural				
	Sentido esteriognócio				
		M-mantida	D-diminuída	A-ausente	NA-Não Aplicável

<b>Memória</b>	Sensorial (0.5s)		Presente	<input type="checkbox"/>
			Diminuida	<input type="checkbox"/>
			Ausente	<input type="checkbox"/>
	Imediata (15 a 20s)		Presente	<input type="checkbox"/>
			Diminuida	<input type="checkbox"/>
			Ausente	<input type="checkbox"/>
	Recente	curto prazo (5 a 10min)	Presente	<input type="checkbox"/>
			Diminuida	<input type="checkbox"/>
			Ausente	<input type="checkbox"/>
		longo prazo (>30min)	Presente	<input type="checkbox"/>
			Diminuida	<input type="checkbox"/>
			Ausente	<input type="checkbox"/>
Remota		Presente	<input type="checkbox"/>	
		Diminuida	<input type="checkbox"/>	
		Ausente	<input type="checkbox"/>	

TIPOS DE AFASIA	FLUÊNCIA	COMPREENSÃO	NOMEAÇÃO	REPETIÇÃO	Assinalar com X a afasia detectada
<b>Global</b>	Não fluente	perturbada	perturbada	perturbada	<input type="checkbox"/>
<b>Broca</b>	Não fluente	normal	perturbada	perturbada	<input type="checkbox"/>
<b>Transcortical mista</b>	Não fluente	perturbada	perturbada	normal	<input type="checkbox"/>
<b>Transcortical motora</b>	Não fluente	normal	perturbada	normal	<input type="checkbox"/>
<b>Wernicke</b>	fluente	perturbada	perturbada	perturbada	<input type="checkbox"/>
<b>Condução</b>	fluente	normal	perturbada	perturbada	<input type="checkbox"/>
<b>Transcortical sensorial</b>	fluente	perturbada	perturbada	normal	<input type="checkbox"/>
<b>Anômica</b>	fluente	normal	perturbada	normal	<input type="checkbox"/>

<b>Par Craniano</b>		<b>Avaliação/ Alterações</b>
<b>I</b>	<b>Olfativo</b>	
<b>II</b>	<b>Óptico</b>	
<b>III</b>	<b>Motor ocular comum</b>	
<b>IV</b>	<b>Patético</b>	
<b>VI</b>	<b>Motor ocular externo</b>	
<b>V</b>	<b>Trigémio</b>	
<b>VII</b>	<b>Facial</b>	
<b>VIII</b>	<b>Estado-acústico</b>	
<b>IX</b>	<b>Glossofaríngeo</b>	
<b>X</b>	<b>Vago / Pneumogástrico</b>	
<b>XI</b>	<b>Espinal</b>	
<b>XII</b>	<b>Grande Hipoglosso</b>	

**Reavaliação**  
Medida de independência funcional adaptada - Higiene

		DATA					
<b>Higiene</b>	Higiene oral						
	Higiene facial						
	Pentear o cabelo						
	Barbear Maquilhar						
	Banho						

**Reavaliação**  
Medida de independência funcional adaptada - Vestuário

		DATA					
<b>Vestuário 1/2 Superior</b>	Camisola						
	Casaco						
	Soutien						
<b>Vestuário 1/2 Inferior</b>	Calças						
	Meias Elásticas						
<b>Calçado</b>	Meias						
	Sapatos						

Dependência Completa	Dependência modificada	Níveis Independência
<b>1</b> – Ajuda total (Individuo participa em ≤25%);	<b>3</b> – Ajuda Moderada (Individuo participa em ≥50%);	<b>6</b> – Independência modificada (ajuda técnica);
<b>2</b> – Ajuda Máxima (Individuo participa em ≥25%).	<b>4</b> – Ajuda mínima (Individuo participa em ≥75%);	<b>7</b> – Independência Completa (em segurança, em tempo normal).
	<b>5</b> – Supervisão	

**PLANO DE CUIDADOS**

**Nome:**

**Diagnóstico:**

**Incapacidade:**

<b>N.º</b>	<b>Inicio</b>	<b>Problemas reais ou potenciais</b>	<b>Fim</b>	<b>Objectivos</b>	<b>Inicio</b>	<b>Acções de Enfermagem</b>	<b>Fim</b>
<b>1</b>							
<b>2</b>							

## **APÊNDICE VII:**

### **Plano de Cuidados I: Serviço de Reabilitação de Adultos**

## COLHEITA DE DADOS E PLANEAMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

<b>Nome</b>	████████████████████			<b>Nome como deseja ser tratado</b>	████████████████████		
<b>Idade</b>	67	<b>Género</b>	Masculino	<b>Idade</b>	67	<b>Género</b>	Masculino
<b>Língua</b>	Portuguesa		<b>Raça</b>	Caucasiano	<b>Língua</b>		
<b>Escolaridade</b>	12º Ano		<b>Profissão</b>	Gerente comercial (Reformado)			
<b>Condições ambientais e habitacionais</b>	Casa própria Moradia Sem barreiras 2 WC c/ poliban						
<b>Agregado Familiar</b>	Esposa 63a - reformada Filho 37a – mecânico TAP, reside com os pais						
<b>Pessoas Significativas</b>	Esposa Filho						

### REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIOS DE SAÚDE

<b>Data de Internamento</b>	19/11/2012		
<b>Diagnóstico de internamento</b>	AVC isquémico do território da ACM esquerdo na região subcortical nucleocapsular.		
<b>História clínica</b>	HTA, BAV completo iatrogénico, HBP, hipoacusia	<b>Alergias</b>	0
<b>História de familiar de doenças</b>	0		
<b>Objectivos do internamento</b>	Manter estado geral e nutrição; Manter o revestimento cutâneo; Aumentar a autonomia/capacidade de participação em AVD; Melhorar controlo de esfíncteres; Diminuir a dor; Melhorar a funcionalidade do(s) membro(s) superior(es) / membro(s) inferior(es) do hemisfério direito; Melhorar o controlo postural em posição de sentado; Aumentar a força muscular; Melhorar a autonomia e segurança no desempenho de actividades funcionais; Melhorar a capacidade de realizar marcha; Melhorar a funcionalidade de comunicação; Ensinar os cuidadores; Estudar/prescrever/adaptar produtos de apoio; Mediar/facilitar o processo de integração após alta do internamento.		
<b>Programa terapêutico</b>	<b>Enfermagem</b>	Avaliação/vigilância de sinais vitais Treino de AVD Ensino ao doente / cuidadores Manutenção / recuperação da integridade cutânea / pensos	
	<b>AVD</b>	Avaliação Ensino à família Estudo / treino de ajudas técnicas / produtos de apoio Treino de AVD Ensino ao utente	

## CONHECIMENTO E EXPECTATIVAS SOBRE A CONDIÇÃO DE DOENÇA

<b>Utente</b>	Não avaliado
<b>Família</b>	<p>Esposa e filho conscientes da condição de doença do familiar, das suas limitações funcionais e cognitivas.</p> <p>Referem como expectativas para o internamento no [REDACTED] que o seu familiar consiga de forma independente realizar algumas das AVD, como uso do sanitário, vestuário, alimentação. Tendo expectativas realistas sobre a possibilidade de no final do internamento o resultado da reabilitação não corresponder às suas expectativas iniciais.</p> <p>Referem necessidade de conhecimentos sobre a forma como poderão dar apoio no dia-a-dia ao seu familiar, nomeadamente: transferências, posicionamentos no leito, troca de fralda, apoio na higiene, apoio no vestuário.</p> <p>Relativamente ao futuro do utente após a alta do [REDACTED], ou seja a sua reintegração social, gostariam que este regressa-se a casa mesmo que haja a necessidade de realizar obras de modificação da estrutura da casa de forma a diminuir possíveis barreiras, referindo-se consciencializados da possibilidade de terem que prestar apoio 24h. No entanto já trataram da referenciação do utente para a RNCCI, na eventualidade do regresso a casa não ser possível de o grau de dependência for muito elevado.</p>

## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS

Provisão de cuidados associados a processos de eliminação e excreção

### CUIDADOS DE HIGIENE PESSOAL E BANHO

<b>Hábitos de higiene pessoal e banho</b>	Prática de cuidados de higiene diariamente
<b>Nível de independência no banho (lavar o corpo)</b>	Independência completa
<b>Utilização de produtos de apoio</b>	Não utilizava

## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS

Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso

### Medida de independência funcional adaptada\* - Higiene

(Avaliação Inicial) – Data: 19/11/2012

		Indep. Completa	Indep. Modificada	Supervisão	Ajuda mínima (≥75%)	Ajuda moderada (≥50%)	Ajuda Máxima (≥25%)	Ajuda total (≥0%)
Higiene	Higiene oral					X		
	Higiene facial				X			
	Pentear o cabelo				X			
	Barbear Maquilhar						X	
	Banho						X	

\*Utilizada no Centro de Reabilitação

### Medida de independência funcional adaptada\* - Higiene

(Avaliação Inicial) – Data: 19/11/2012

		Indep. Completa	Indep. Modificada	Supervisão	Ajuda mínima (≥75%)	Ajuda moderada (≥50%)	Ajuda Máxima (≥25%)	Ajuda total (≥0%)
Vestuário ½ Superior	Camisola						X	
	Camisa Casacos						X	
	Soutien	----	----	----	----	----	----	----
Vestuário ½ Inferior	Calças						X	
	Meias Elásticas	----	----	----	----	----	----	----
Calçado	Meias						X	
	Sapatos						X	

## Medida de independência funcional (MIF)

(Avaliação Inicial) – Data: 20/12/2012

<b>Auto-cuidados</b>	A - Alimentação	4	
	B - Higiene Pessoal	2	
	C - Banho	2	
	D - Vestir metade superior	2	
	E - Vestir metade inferior	2	
	F - Utilização da sanita	2	
<b>Controlo dos Esfíncteres</b>	G - Bexiga	1	
	H - Intestino	1	
<b>Mobilidade</b>	I - Transferência cama, cadeira, Cadeira de rodas	2	
	J - Sanita	1	
	K - Banheira, Duche	1	
<b>Locomoção</b>	L - Marcha / Cadeira de rodas	M	1
		Cr	1
	M - Escadas	1	
<b>Comunicação</b>	N - Compreensão (Auditiva/Visual)	A	1
		V	1
	O - Expressão (Vocal/Não vocal)	V	1
		NV	1
<b>Cognição Social</b>	P - Interação social	4	
	Q - Resolução de problemas	2	
	R - Memória	1	

Níveis Independência	
7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal)	
6 – Independência modificada (ajuda técnica)	
Dependência modificada	Dependência Completa
5 – Supervisão	2 – Ajuda Máxima (Indivíduo participa em ≥25%)  1 – Ajuda total (Indivíduo participa em ≤25%)
4 – Ajuda mínima (Indivíduo participa em ≥75%)	
3 – Ajuda Moderada (Indivíduo participa em ≥50%)	

### REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS:

Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso

### Avaliação da força muscular - Escala de Lower

(Avaliação Inicial) – Data: 20/12/2012

MEMBRO SUPERIOR DIREITO	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação Int. Pronação	Rotação Ext Supinação	Desvio radial	Desvio cubital	Oponência elevação
Escap. Umeral	0	0	0	0	0	0			0
Cotovelo	0	0							
Antebraço					0	0			
Punho	0	0					0	0	
Dedos	0	0	0	0					
Polegar	0	0	0	0					0

MEMBRO SUPERIOR ESQUERD	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação Int. Pronação	Rotação Ext Supinação	Desvio radial	Desvio cubital	Oponência elevação
Escap. Umeral	5	5	5	5	5	5			5
Cotovelo	5	5							
Antebraço					5	5			
Punho	5	5					5	5	
Dedos	5	5	5	5					
Polegar	5	5	5	5					5

MEMBRO INFERIOR DIREITO	Flexão Báscula ant	Extensão Báscula .post.	Adução	Abdução	Rotação Int. Inversão	Rotação Ext Eversão
Coxo-fémural	0	0	0	0	0	0
Joelho	0	0				
Tibio-tarsica	0	0				
Dedos	0	0	0	0		

MEMBRO INFERIOR ESQUERD	Flexão Báscula ant	Extensão Báscula .post.	Adução	Abdução	Rotação Int. Inversão	Rotação Ext Eversão
Coxo-fémural	5	5	5	5	5	5
Joelho	5	5				
Tibio-tarsica	5	5				
Dedos	5	5	5	5		

Escala de Lower	
5/5	Movimento normal contra gravidade e resistência
4/5	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força.
3/5	Raio de movimento completo contra gravidade, não contra resistência.
2/5	Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade, a pessoa consegue mover o membro na base da cama.
1/5	Observa-se contração palpável e ou visível sem movimento
0/5	Sem contração muscular e sem movimento

**REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS:**  
**Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso**

**Avaliação da espasticidade - Escala de Ashworth modificada (Avaliação Inicial) – Data: 20/12/2012**

MEMBRO SUPERIOR DIREITO	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação Int. Pronação	Rotação Ext Supinação	Desvio radial	Desvio cubital	Oponência elevação
Escap. Umeral	1	1	0	0	0	0			1
Cotovelo	0	1							
Antebraço					0	0			
Punho	0	1					0	1	
Dedos	0	1+	1	1					
Polegar	0	1+	1	1					0

MEMBRO SUPERIOR ESQUERD	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação Int. Pronação	Rotação Ext Supinação	Desvio radial	Desvio cubital	Oponência elevação
Escap. Umeral	0	0	0	0	0	0			0
Cotovelo	0	0							
Antebraço					0	0			
Punho	0	0					0	0	
Dedos	0	0	0	0					
Polegar	0	0	0	0					0

MEMBRO INFERIOR DIREITO	Flexão Bâscula ant	Extensão Bâscula .post.	Adução	Abdução	Rotação Int. Inversão	Rotação Ext Eversão	Escala de Ashworth Modificada	
							0	1
Coxo-fémural	0	0	0	0	0	0	0	Leve aumento do tônus, manifestado por um tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular qdo a região é movida em extensão/flexão
Joelho	0	0					1+	Leve aumento do tônus, manifestado por um tensão abrupta seguida de resistência mínima em menos da metade da amplitude do movimento articular restante
Tibio-tarsica	0	0			0	0	2	Aumento mais marcado do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude do movimento articular, mas a região é movida facilmente
Dedos	0	0	0	0			3	Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil
							4	Parte afetada rígida em flexão ou extensão

MEMBRO INFERIOR ESQUERD	Flexão Bâscula ant	Extensão Bâscula .post.	Adução	Abdução	Rotação Int. Inversão	Rotação Ext Eversão
Coxo-fémural	0	0	0	0	0	0
Joelho	1	0				
Tibio-tarsica	0	0			0	0
Dedos	0	0	0	0		

**REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS:**  
**Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso**

**Equilíbrio / Marcha / Transferências / Atividades na cama\* (Avaliação Inicial) – Data: 20/12/2012**

			Eficaz	Pouco Eficaz	Não Eficaz	Observações
<b>Equilíbrio</b>	Sentado	Estático		X		
		Dinâmico			X	
	Em pé	Estático			X	
		Dinâmico			X	

**Marcha** (disbasia/marcha hemiparética/atáxica) \_\_\_\_\_ 0 \_\_\_\_\_

		Indep. Completa	Indep. Modificada	Supervisão	Ajuda mínima (≥75%)	Ajuda moderada (≥50%)	Ajuda Máxima (≥25%)	Ajuda total (≥0%)
<b>Transferências</b>	Cama						X	
	Sanita							X
	Banheira duche	----	----	----	----	----	----	----
	Desníveis						X	
<b>Atividades na cama</b>	Arrastar					X		
	Virar					X		
	Deitar						X	
	Sentar						X	

**REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS**  
**Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social**

<b>Isolamento Social e atividades lúdicas habituais</b>	Pouca interação com outros utentes do ■■■■; Bastante interativo com os profissionais do ■■■■ quando estimulado; Gosta de ver televisão; Prática de reza diária.
<b>Periodicidade de visitas enquanto está internado</b>	Visitas diárias da esposa e filho
<b>Alterações sexuais</b>	Não avaliado

## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS

### Prevenção de Perigos

<b>Estado de Consciência</b>	Vigília	
	Consciente	X
	Letárgico ou Sonolento	
	Confuso	
	Obnubilado	
	Estuporoso	
	Coma	
	Score Escala de Glasgow	11

<b>Estado de Orientação</b>	<i>Autopsiquicamente</i>	NA
	<i>Alopsiquicamente</i>	NA

Escala de Glasgow		
Variáveis		Score
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
Resposta motora	Nenhuma	1
	Obedece a comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

<b>Estado de Atenção</b>	Vigilância	Hipervigil	
		Normal	X
		Hipovigil	
	Tenacidade (exemplo de bater na mesa sempre que ouvir a letra A)	NA	
Concentração (exemplo de subtração sucessiva de 7 ao N°100)	NA		

	Score	Data
<b>Escala de Quedas de Morse</b>	75	19/11/2012
<b>Escala de Braden</b>	15	19/11/2012

Escala de quedas de Morse		
Antecedentes de queda (anterior ou nos últimos três meses)	Não	0
	Sim	25
Diagnóstico secundário	Não	0
	Sim	15
Ajuda na mobilização	Acamado/Repouso no leito/cadeira de Rodas	0
	Bengala/Andarilho/Canadiana	15
	Aparelho/Equipamento	30
Terapia endovenosa	Não	0
	Sim	20
Marcha	Normal/Acamado/Cadeira de Rodas	0
	Lenta	10
	Alterada/Cambaleante	20
Estado mental	Orientado	0
	Desorientado/Confuso	15

Escala de Braden	
Percepção Sensorial	1 - Completamente limitada
	2 - Muito limitada
	3 - Ligeiramente limitada
	4 - Nenhuma limitação
Humidade	1 - Pele constantemente húmida
	2 - Pele muito húmida
	3 - Pele ocasionalmente húmida
	4 - Pele raramente húmida
Actividade	1 - Acamado
	2 - Sentado
	3 - Anda ocasionalmente
	4 - Anda frequentemente
Mobilidade	1 - Completamente imobilizado
	2 - Muito limitada
	3 - Ligeiramente limitada
	4 - Nenhuma limitação
Nutrição	1 - Muito Pobre
	2 - Provavelmente inadequada
	3 - Adequada
	4 - Excelente
Fricção e forças de deslizamento	1 - Problema
	2 - Problema potencial
	3 - Nenhum Problema

Sensibilidade superficial		Mantida	Alterada	Não Aplicável	Observações
	Tátil			X	
	Térmica			X	
	Dolorosa			X	

Sensibilidade profunda	Sentido de pressão ou barestesia			NA	
	Sensibilidade vibratória ou palestesia			NA	
	Sensibilidade postural			NA	
	Sentido esteriognócio			NA	
		M-mantida	D-diminuída	A-ausente	NA-Não Aplicável

TIPOS DE AFASIA	FLUÊNCIA	COMPREENSÃO	NOMEAÇÃO	REPETIÇÃO	Assinalar com X a afasia detectada
Global	Não fluente	perturbada	perturbada	perturbada	X
Broca	Não fluente	normal	perturbada	perturbada	
Transcortical mista	Não fluente	perturbada	perturbada	normal	
Transcortical motora	Não fluente	normal	perturbada	normal	
Wernicke	fluente	perturbada	perturbada	perturbada	
Condução	fluente	normal	perturbada	perturbada	
Transcortical sensorial	fluente	perturbada	perturbada	normal	
Anômica	fluente	normal	perturbada	normal	

**Reavaliação**  
Medida de independência funcional adaptada - Higiene

	DATA	28/11 /2012	04/12 /2012	08/12 /2012	13/12 /2012	19/12 /2012	05/01 /2013	09/01 /2013	12/01 /2013	19/01 /2013	24/01 /2013	30/01 /2013 (ALTA)
<b>Higiene</b>	Higiene oral	2	3	3	3	3	4	5	5	6	6	6
	Higiene facial	2	3	3	3	3	4	5	6	6	6	6
	Pentear o cabelo	3	4	4	4	4	4	5	6	6	6	6
	Barbear Maquilhar	1	1	1	1	3	4	5	5	6	6	6
	Banho	1	2	2	2	3	4	4	5	5	5	5

**Reavaliação**  
Medida de independência funcional adaptada - Vestuário

	DATA	28/11 /2012	04/12 /2012	08/12 /2012	13/12 /2012	19/12 /2012	05/01 /2013	09/01 /2013	12/01 /2013	19/01 /2013	24/01 /2013	30/01 /2013 (ALTA)
<b>Vestuário 1/2 Superior</b>	Camisola	2	2	3	4	5	5	5	5	6	6	6
	Camisa Casacos	2	2	3	4	5	5	5	5	6	6	6
	Soutien	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----
<b>Vestuário 1/2 Inferior</b>	Calças	1	1	2	3	4	5	5	5	5	6	6
	Meias Elásticas	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----
<b>Calçado</b>	Meias	1	1	3	3	4	5	6	6	6	6	6
	Sapatos	1	1	3	3	4	5	6	6	6	6	6

Dependência Completa	Dependência modificada	Níveis Independência
1 – Ajuda total (Individuo participa em ≤25%);	3 – Ajuda Moderada (Individuo participa em ≥50%);	6 – Independência modificada (ajuda técnica);
	4 – Ajuda mínima (Individuo participa em ≥75%);	
2 – Ajuda Máxima (Individuo participa em ≥25%).	5 – Supervisão	7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal).

## PLANO DE CUIDADOS

Nome: ██████████

**Diagnóstico:** AVC isquémico do território da ACM esquerdo na região subcortical nucleocapsular

**Incapacidade:** Sequelas de AVC

N.º	Início	Problemas reais ou potenciais	Fim	Objectivos	Início	Acções de Enfermagem	Fim
1	28/11/2012	<b><u>Prevenção de riscos para a vida</u></b>  <i>Risco de queda</i>	30/01/2013 (ALTA)	<b>Evitar o risco de queda</b>	28/11/2012	- Utilização de dispositivos de segurança na cama: <ul style="list-style-type: none"> <li>Elevação das grades da cama quando deitado.</li> </ul>	30/01/2013 (ALTA)
					28/11/2012	- Utilização de dispositivos de segurança na cadeira de rodas: <ul style="list-style-type: none"> <li>Utilização de faixa abdominal na cadeira de rodas.</li> </ul>	30/01/2013 (ALTA)
					08/12/2012	- Ensino à família (esposa e filho) sobre prevenção de quedas em casa: <ul style="list-style-type: none"> <li>Utilização de várias almofadas na face lateral da cama como zona de bloqueio caso o utente se tente mobilizar para fora do colchão;</li> <li>Encostar a cama a uma das paredes do quarto do lado em que o utente dorme.</li> </ul>	05/01/2013
2	28/11/2012	<b><u>Preservação do equilíbrio entre solidão e interação social</u></b>  <i>Afasia Global</i>	30/01/2013 (ALTA)	<b>Promover uma comunicação eficaz.</b>  <b>Estabelecer padrão de comunicação</b>	28/11/2012	- Dar tempo ao utente para se expressar;	30/01/2013 (ALTA)
					28/11/2012	- Repetir as perguntas sempre que necessário;	30/01/2013 (ALTA)

				<b>adequada com o utente.</b>	28/11/2012	- Fazer uma pergunta de cada vez e dar tempo para a resposta;	30/01/2013 (ALTA)
				<b>Melhorar padrão de comunicação do utente.</b>	28/11/2012	- Utilizar formas de comunicação alternativa: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Através de gestos (aceno de cabeça no Sim/Não);</li> <li>• Utilização de meio aumentativo na superfície em acrílico para cadeira de rodas.</li> </ul>	30/01/2013 (ALTA)
				<b>Ensino à família sobre formas comunicação eficaz com o utente.</b>	08/12/2012	- Instruir a família (esposa e filho) sobre formas de comunicação adequadas para com o utente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar tempo ao utente para se expressar;</li> <li>• Repetir as perguntas sempre que necessário;</li> <li>• Fazer uma pergunta de cada vez e dar tempo para a resposta;</li> <li>• Utilizar formas de comunicação alternativa.</li> </ul>	05/01/2013
					08/12/2012	- Instruir a família (esposa e filho) sobre a importância de incentivar o utente a utilizar formas de comunicação alternativas.	05/01/2013
<b>3</b>	28/11/2012	<b><u>Manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e comida</u></b>  Dificuldade em se alimentar e hidratar de forma independente	30/01/2013 (ALTA)	<b>Promover um bom padrão nutricional e hidratação;</b>  <b>Evitar aspiração de</b>	28/11/2012	- Providenciar dieta pastosa;	04/12/2012
					28/11/2012	- Necessidade de supervisão (Score 5 na escala MIF) na alimentação e hidratação: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessita de ajuda na preparação dos alimentos (cortar a carne/peixe, servir bebida)</li> </ul>	30/01/2013 (ALTA)

		Disfagia para líquidos e sólidos		<b>conteúdo alimentar.</b>	28/11/2012	- Utilização de espessante: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocação de espessante na água de forma a adquirir consistência tipo “néctar”;</li> </ul>	30/01/2013 (ALTA)	
					04/12/2012	- Providenciar dieta mole.	30/01/2013 (ALTA)	
					<b>Ensino à família (esposa e filho) sobre adequação da dieta ao utente;</b>	08/12/2012	- Instruir a família (esposa e filho) sobre a adequação da dieta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confeção, preparação e consistência de acordo com a dificuldade de deglutição do utente;</li> </ul>	05/01/2013
					<b>Ensino à família (esposa e filho) sobre sinais indicadores do risco de aspiração de conteúdo alimentar.</b>	08/12/2012	- Instruir a família (esposa e filho) sobre utilização de espessante na água: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensino sobre quantidade de espessante adequada de forma a adquirir consistência tipo “néctar”;</li> </ul>	05/01/2013
						08/12/2012	- Instruir a família (esposa e filho) sobre a importância da supervisão da alimentação e hidratação do utente;	05/01/2013
						08/12/2012	- Instruir a família (esposa e filho) sobre sinais indicadores de aspiração de conteúdo alimentar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Engasgos durante a alimentação;</li> <li>• Acessos de tosse frequentes durante e após alimentação.</li> </ul>	05/01/2013
<b>4</b>	28/11/2012	<b><u>Processos de eliminação de</u></b>	30/01/2013 (ALTA)	<b>Treinar o uso de</b>	28/11/2012	- Verificar duas vezes por turno a fralda, e mudar em SOS;	30/01/2013 (ALTA)	

		<b><u>excrementos</u></b>  <b><i>Incontinência vesical</i></b>  <b><i>Incontinência fecal</i></b>		<b>estratégias adaptativas na eliminação vesical e fecal;</b>	04/12/2012	- Levar o utente ao WC ou oferecer o urinol após as refeições;	30/01/2013 (ALTA)
					04/12/2012	- Incentivar o uso do meio aumentativo de forma a comunicar necessidade em urinar ou defecar;	30/01/2013 (ALTA)
					04/12/2012	- Dar reforço positivo nos episódios de continência;	30/01/2013 (ALTA)
				<b>Ensino à família (esposa e filho) sobre importância da vigilância da incontinência vesical e fecal do utente.</b>	13/12/2012	- Instruir a família (esposa e filho) sobre a importância da vigilância frequente da fralda (no domicílio);	05/01/2013
					13/12/2012	- Instruir a família (esposa e filho) sobre técnica de mudança de fralda (no domicílio);	05/01/2013
				<b>Ensino à família (esposa e filho) sobre o treino de estratégias adaptativas na incontinência vesical e fecal.</b>	13/12/2012	- Instruir a família (esposa e filho) sobre a importância de levar o utente ao WC ou oferecer o urinol após as refeições (no domicílio);	05/01/2013
<b>5</b>	28/11/2012	<b><u>Prevenção de riscos à vida humana, ao funcionamento humano e ao bem-estar humano</u></b>	30/01/2013 (ALTA)	<b>Promover autonomia no banho;</b>	28/11/2012	- Banho diário de manhã no WC (Poliban) em cadeira de banho:  • Necessita de ajuda na transferência para a cadeira de banho e de ser levada até ao poliban.	30/01/2013 (ALTA)

		<b><i>Dificuldade em se autocuidar nos cuidados de higiene de forma independente</i></b>			28/11/2012	<p>- Necessidade de ajuda total (Score 1 – MIF) no banho (incapacidade de lavagem de toda a superfície corporal, excepto lavagem cabelo quando estimulado):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino de lavagem de toda a superfície corporal do hemicorpo afetado (direito) com o uso de esponja na mão esquerda (não afetada);</li> <li>• Treino de colocação do gel de duche na esponja com a mão esquerda (não afetada), com a esponja fixa na mão direita (afetada).</li> </ul>	04/12/2012
					04/12/2012	<p>- Necessidade de ajuda máxima (Score 2 – MIF) no banho (lavagem ineficaz de toda a superfície corporal, com incapacidade de lavagem dos membros inferiores abaixo dos joelhos e lavagem das costas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino de lavagem de toda a superfície corporal de forma sequenciada (cabeça, tronco, membros superiores, membros inferiores, genitais) com uso de esponja na mão esquerda (não afetada);</li> <li>• Treino de lavagem dos membros inferiores abaixo dos joelhos, incentivando a flexão de tronco em segurança na cadeira de banho;</li> <li>• Treino de utilização de esponja com cabo longo flexível no banho na</li> </ul>	19/12/2012

						lavagem das costas.	
					19/12/2012	<p>- Necessidade de ajuda moderada (Score 3 – MIF) no banho (necessidade de sequenciar a lavagem das diferentes áreas do corpo, lavagem ineficaz das costas com uso de esponja com cabo longo flexível, incapacidade de secagem eficaz de toda a superfície corporal com uso de toalha):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino de lavagem de toda a superfície corporal de forma sequenciada (cabeça, tronco, membros superiores, membros inferiores, genitais) com uso de esponja na mão esquerda (não afetada);</li> <li>• Treino de utilização de esponja com cabo longo flexível no banho na lavagem das costas;</li> <li>• Treino de secagem do corpo com uso de toalha na mão esquerda (não afetada).</li> </ul>	05/12/2012
					05/12/2012	<p>- Necessidade de ajuda mínima (Score 4 – MIF) no banho (necessidade de sequenciar a lavagem das diferentes áreas do corpo, incapacidade de secagem eficaz de toda a superfície corporal com uso de toalha):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino de lavagem de toda a superfície corporal de forma sequenciada (cabeça, tronco,</li> </ul>	12/01/2013

					<p>membros superiores, membros inferiores, genitais) com uso de esponja na mão esquerda (não afetada);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino de secagem do corpo com uso de toalha na mão esquerda (não afetada).</li> </ul>	
					<p>12/01/2013</p> <p>- Necessidade de supervisão (Score 5 – MIF) no banho (necessita de presença física para pequenas indicações técnicas no banho):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisionar o banho, sugerindo pequenas indicações técnicas para melhorar o desempenho.</li> </ul>	30/01/2013 (ALTA)
				<b>Promover autonomia na higiene oral;</b>	<p>28/11/2012</p> <p>- Higiene oral diária após o banho, na lavatório do quarto com uso do espelho;</p>	30/01/2013 (ALTA)
					<p>28/11/2012</p> <p>- Necessidade de ajuda máxima (Score 2 – MIF) na higiene oral (incapacidade de colocação de pasta de dentes na escova, incapacidade de escovagem eficaz):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino de colocação da mão afetada (direita) sobre o lavatório, e aplicar do dorso da mesma um pouco de pasta de dentes, passando posteriormente com a escova pelo local de forma a poder iniciar a higiene oral;</li> <li>• Treino de lavagem eficaz dos dentes de toda a arcada dentária superior e inferior;</li> </ul>	04/12/2012

					04/12/2012	<p>- Necessidade de ajuda moderada (Score 3 – MIF) na higiene oral (incapacidade de escovagem eficaz de toda a arcada dentária superior e inferior, essencialmente dentes molares):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino de lavagem eficaz dos dentes de toda a arcada dentária superior e inferior;</li> <li>• Treino do movimento correto da utilização da escova de dentes na lavagem dos dentes molares.</li> </ul>	05/01/2013
					05/01/2013	<p>- Necessidade de ajuda mínima (Score 4 – MIF) na higiene oral (incapacidade de escovagem eficaz dos dentes molares):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino do movimento correto da utilização da escova de dentes na lavagem dos dentes molares.</li> </ul>	09/01/2013
					09/01/2013	<p>- Necessidade de supervisão (Score 5 – MIF) na higiene oral (necessita de presença física para pequenas indicações técnicas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisionar a higiene oral, sugerindo pequenas indicações técnicas para melhorar o desempenho.</li> </ul>	19/01/2013
					19/01/2013	<p>- Independência modificada (Score 6 – MIF) na higiene oral (consegue de forma independente realizar a higiene oral diária, demorando mais tempo que o razoável).</p>	30/01/2013 (ALTA)

				<b>Promover autonomia na higiene facial;</b>	28/11/2012	- Necessidade de ajuda máxima (Score 2 – MIF) na higiene facial (incapacidade de colocação de sabonete ou outro produto de limpeza facial, incapacidade de lavagem eficaz de toda a superfície facial): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino de utilização da mão não afetada para envolver o sabonete de forma a promover o desenvolvimento de “espuma”;</li> <li>• Treino de lavagem de toda a superfície facial através da passagem da mão não afetada (esquerda) na face previamente envolvida em sabonete;</li> </ul>	04/12/2012
					04/12/2012	- Necessidade de ajuda moderada (Score 3 – MIF) na higiene facial (incapacidade de colocação de sabonete ou outro produto de limpeza facial, incapacidade de terminar a higiene facial com eficácia (passagem com água)): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino de utilização da mão não afetada para envolver o sabonete de forma a promover o desenvolvimento de “espuma”;</li> <li>• Treino de lavagem final de toda a superfície facial com água com uso da mão não afetada (esquerda).</li> </ul>	05/01/2013
					05/01/2013	- Necessidade de ajuda mínima (Score 4 – MIF) na higiene facial (incapacidade de colocação de sabonete ou outro produto de limpeza facial):	09/01/2013

					<ul style="list-style-type: none"> <li>Treino de colocação da mão afetada (direita) sobre o lavatório com a região palmar virada para cima, colocar o sabonete na palma da mão afetada utilizando a mesma como base de apoio, esfregar a mão não afetada (esquerda) sobre o sabonete de forma a conseguir desenvolver “espuma” de forma a iniciar a higiene facial.</li> </ul>		
					09/01/2013	<p>- Necessidade de supervisão (Score 5 – MIF) na higiene facial (necessita de presença física para pequenas indicações técnicas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Supervisionar a higiene facial, sugerindo pequenas indicações técnicas para melhorar o desempenho.</li> </ul>	12/01/2013
					12/01/2013	<p>- Independência modificada (Score 6 – MIF) na higiene facial (consegue de forma independente realizar a higiene facial, demorando mais tempo que o razoável).</p>	30/01/2013 (ALTA)
				<b>Promover autonomia no pentear o cabelo;</b>	28/11/2012	<p>- Necessidade de ajuda moderada (Score 3 – MIF) no pentear o cabelo (incapacidade de manuseamento eficaz do pente com uso da mão esquerda, incapacidade de pentear com eficácia todo o couro cabeludo):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Treino de utilização de escova com cabo largo;</li> <li>Treino de pentear todas as diferentes áreas do couro cabeludo com uso da mão não afetada</li> </ul>	04/12/2012

					(esquerda).		
					04/12/2012	<p>- Necessidade de ajuda mínima (Score 4 – MIF) no pentear o cabelo (dificuldade em manusear corretamente escova com cabo largo, dificuldade no pentear o cabelo na região posterior da nuca):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino de utilização correta de escova com cabo largo;</li> <li>• Treinar o pentear o cabelo sempre em frente ao espelho para melhorar noção espacial da nuca, nomeadamente região posterior.</li> </ul>	09/01/2013
					09/01/2013	<p>- Necessidade de supervisão (Score 5 – MIF) no pentear o cabelo (dificuldade em manusear corretamente escova com cabo largo, necessita de presença física para pequenas indicações técnicas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino da utilização de escova com cabo modificado;</li> <li>• Supervisionar o pentear o cabelo com uso de escova com cabo modificado, sugerindo pequenas indicações técnicas para melhorar o desempenho.</li> </ul>	12/01/2013
					12/01/2013	<p>- Independência modificada (Score 6 – MIF) no pentear o cabelo com uso de escova de cabo modificado (consegue de forma independente pentear o cabelo, demorando</p>	30/01/2013 (ALTA)

						mais tempo que o razoável).	
				<b>Promover autonomia no barbear;</b>	28/11/2012	- Necessidade de ajuda total (Score 1 – MIF) no barbear (incapacidade de barbear a face com uso de lâmina de barbear): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino de utilização da lâmina de barbear com engrossador de cabo nas diferentes áreas da face (com aplicação previa de espuma de barbear).</li> </ul>	13/12/2012
			13/12/2012		- Necessidade de ajuda total (Score 1 – MIF) no barbear (incapacidade de barbear a face com uso de lâmina de barbear): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino de utilização da maquina de barbear (maquina de barbear do utente).</li> </ul>	19/12/2012	
			19/12/2012		- Necessidade de ajuda moderada (Score 3 – MIF) no barbear (dificuldade de barbear com eficácia toda a superfície da face): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino de utilização da maquina de barbear nas diferente áreas da face;</li> <li>• Treino da passagem da mão não afetada (esquerda) nas diferentes áreas da face de forma a perceber pelo tacto locais com necessidade de nova passagem da maquina de barbear de forma a terminar o barbear com eficácia.</li> </ul>	05/01/2013	

					05/01/2013	<p>- Necessidade de ajuda mínima (Score 4 – MIF) no barbear com uso de maquina de barbear (dificuldade de barbear com eficácia toda a superfície da face, nomeadamente lado afetado e região mentoniana):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino da passagem da mão não afetada (esquerda) nas diferentes áreas da face (essencialmente no lado afetado e região mentoniana) de forma a perceber pelo tacto locais com necessidade de nova passagem da maquina de barbear de forma a terminar o barbear com eficácia.</li> </ul>	09/01/2013
					09/01/2013	<p>- Necessidade de supervisão (Score 5 – MIF) no barbear com uso de maquina de barbear (necessita de presença física para pequenas indicações técnicas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisionar o barbear, sugerindo pequenas indicações técnicas para melhorar o desempenho.</li> </ul>	19/01/2013
					19/01/2013	<p>- Independência modificada (Score 6 – MIF) no barbear com uso maquina de barbear (consegue de forma independente pentear o cabelo, demorando mais tempo que o razoável).</p>	30/01/2013 (ALTA)
				<b>Ensino à família (esposa e filho) sobre</b>	13/12/2012	<p>- Instruir a família (esposa e filho) sobre a importância dos cuidados de higiene (no domicílio);</p>	30/01/2013 (ALTA)

				<b>o autocuidado de higiene do utente;</b>	13/12/2012	- Instruir a família (esposa e filho) sobre estratégias adaptativas para os cuidados de higiene do utente (no domicílio);	30/01/2013 (ALTA)
					13/12/2012	- Instruir a família (esposa e filho) sobre métodos de apoio nos cuidados de higiene do utente (no domicílio);	30/01/2013 (ALTA)
					09/01/2013	- Instruir a família (esposa e filho) sobre a supervisão dos cuidados de higiene do utente (no domicílio);	30/01/2013 (ALTA)
28/11/2012	<b><u>Prevenção de riscos à vida humana, ao funcionamento humano e ao bem-estar humano</u></b>			<b>Promover autonomia no vestuário da ½ superior do corpo (camisola, camisa, casaco);</b>	28/11/2012	- Treinar o autocuidado de vestuário da ½ superior do corpo 2 vezes por dia na cadeira de rodas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Turno da manhã após cuidados de higiene;</li> <li>• Turno da tarde antes de deitar.</li> </ul>	30/01/2013 (ALTA)
	<b><i>Dificuldade em se autocuidar no vestuário de forma independente</i></b>				28/11/2012	- Necessidade de ajuda máxima (Score 2 – MIF) para o vestuário da ½ superior do corpo (dificuldade em introduzir a cabeça na gola da camisola, dificuldade no vestir o braço afetado (nomeadamente articulação do cotovelo e ombro no vestuário da camisola e casaco): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar a passagem da cabeça pela gola da camisola com ajuda da mão não afetada (esquerda);</li> <li>• Treinar a passagem da manga de forma eficaz no cotovelo do braço afetado com ajuda na mão não afetada;</li> </ul>	08/12/2012

					<ul style="list-style-type: none"> <li>Treinar a passagem da manga de forma eficaz no ombro do braço afetado com ajuda na mão não afetada.</li> </ul>	
				08/12/2012	<p>- Necessidade de ajuda moderada (Score 3 – MIF) para o vestuário da ½ superior do corpo (dificuldade no vestir o braço afetado (nomeadamente articulação do cotovelo e ombro no vestuário da camisola e casaco):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Treinar a passagem da manga de forma eficaz no cotovelo do braço afetado com ajuda na mão não afetada;</li> <li>Treinar a passagem da manga de forma eficaz no ombro do braço afetado com ajuda na mão não afetada.</li> </ul>	13/12/2012
				13/12/2012	<p>- Necessidade de ajuda mínima (Score 4 – MIF) para o vestuário da ½ superior do corpo (dificuldade em ajeitar a camisola e o casaco anteriormente e posteriormente na fase final do vestir):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Treinar o ajeitar a camisola e o casaco na face anterior e posterior, recorrendo à ligeira flexão de tronco.</li> </ul>	19/12/2012
				19/12/2012	<p>- Necessidade de supervisão (Score 5 – MIF) no vestuário da ½ superior do corpo (necessita de presença física para pequenas indicações técnicas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Supervisionar o vestuário da ½</li> </ul>	19/01/2013

					superior do corpo, sugerindo pequenas indicações técnicas para melhorar o desempenho.		
					19/01/2013	<p>- Independência modificada (Score 6 – MIF) para o vestuário da ½ superior do corpo (consegue realizar o vestuário da camisola e do casaco de forma independente, no entanto demora mais tempo do que o razoável):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar o treino autónomo do vestuário da ½ superior do corpo de forma a melhorar o tempo despendido.</li> </ul>	30/01/2013 (ALTA)
				<b>Promover autonomia no vestuário da ½ inferior do corpo (calças).</b>	28/11/2012	<p>- Treinar o autocuidado de vestuário da ½ inferior do corpo 2 vezes por dia na cadeira de rodas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Turno da manhã após cuidados de higiene;</li> <li>• Turno da tarde antes de deitar.</li> </ul>	30/01/2013 (ALTA)
					28/11/2012	<p>- Necessidade de ajuda total (Score 1 – MIF) para o vestuário da ½ inferior do corpo (incapacidade total no vestir as calças):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar as diferentes fases do vestuário da ½ inferior do corpo;</li> <li>• Avaliar possíveis estratégias adaptativas de forma a promover a autonomia no vestuário da ½ inferior do corpo.</li> </ul>	08/12/2012

					08/12/2012	<p>- Necessidade de ajuda máxima (Score 2 – MIF) para o vestuário da ½ inferior do corpo (dificuldade em cruzar a perna afetada sobre a perna não afetada, consegue iniciar o vestuário da perna não afetada através da flexão de tronco, dificuldade em assumir a posição de pé para puxar as calças para a cintura):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar o cruzar a perna afetada sobre a perna não afetada de forma a iniciar o vestuário das calças;</li> <li>• Treinar o assumir a posição de pé com apoio na base da cama (junto aos pés da cama) de forma a poder elevar as calças até à cintura.</li> </ul>	13/12/2012
					13/12/2012	<p>- Necessidade de ajuda moderada (Score 3 – MIF) para o vestuário da ½ inferior do corpo (consegue vestir as calças em ambas as pernas até à região das coxas com supervisão, incapaz de vestir as calças até à cintura):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar o assumir a posição de pé com apoio na base da cama de forma a poder elevar as calças até à cintura.</li> </ul>	19/12/2012
					19/12/2012	<p>- Necessidade de ajuda mínima (Score 4 – MIF) para o vestuário da ½ inferior do corpo (consegue vestir as calças até à cintura de forma independente, com apoio físico do lado afetado para assumir a posição de pé):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar o assumir a posição de pé de</li> </ul>	05/01/2013

					<p>forma independente aos pés da cama:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Colocar a cadeira de rodas de frente para os pés da cama;</li> <li>○ Elevar o corpo com o apoio na mão não afetada na barra da cama;</li> <li>○ Manter a posição de pé;</li> <li>○ Elevar as calças com a mão não afetada.</li> </ul>	
				05/01/2013	<p>- Necessidade de supervisão (Score 5 – MIF) no vestuário da ½ inferior do corpo (necessita de presença física para pequenas indicações técnicas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisionar o vestuário da ½ inferior do corpo, sugerindo pequenas indicações técnicas para melhorar o desempenho.</li> </ul>	24/01/2013
				24/01/2013	<p>- Independência modificada (Score 6 – MIF) para o vestuário da ½ inferior do corpo (consegue realizar o vestuário das calças de forma independente, no entanto demora mais tempo do que o razoável):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar o treino autónomo do vestuário da ½ inferior do corpo de forma a melhorar o tempo despendido.</li> </ul>	30/01/2013 (ALTA)
			<b>Promover autonomia</b>	28/11/2012	<p>- Treinar o autocuidado do calçado (meias + sapato tipo “mocassim”) 2 vezes por dia na</p>	30/01/2013 (ALTA)

				<b>no calçado (meias e sapatos).</b>	cadeira de rodas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Turno da manhã após cuidados de higiene;</li> <li>• Turno da tarde antes de deitar.</li> </ul>	
					28/11/2012 - Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o calçado;	
					28/11/2012 - Treinar a utilização de estratégias adaptativas para o calçado;	
					28/11/2012 - Necessidade de ajuda total (Score 1 – MIF) para o calçado (incapacidade total no calçar as meias, consegue calçar sapato no pé não afetado, dificuldade em calçar no pé afetado): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar as diferentes fases do calçar as meias e sapatos;</li> <li>• Avaliar possíveis estratégias adaptativas de forma a promover a autonomia no calçado.</li> </ul>	08/12/2012
					08/12/2012 - Necessidade de ajuda máxima (Score 2 – MIF) para o calçado (dificuldade em cruzar a perna afetada sobre a perna não afetada de forma a calçar a meia a sapato no pé afetado, dificuldade em colocar a meia no pé não afetado (no entanto consegue posteriormente elevar a meia e calçar sapato)): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar o cruzar a perna afetada sobre a perna não afetada de forma</li> </ul>	19/12/2012

Marco Ivo Coimbra Fino Oliveira Vieira - Aluno Nº 4182

					<p>a iniciar o calçar a meia e sapato no pé afetado;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar o calçar a meia no pé não afetado através da colocação dos dedos em concha dentro do canhão da meia e afastá-los, de forma a criar uma abertura por onde se vai fazer passar o pé.</li> </ul>	
				19/12/2012	<p>- Necessidade de ajuda mínima (Score 4 – MIF) para o calçado (consegue calçar a meia e sapato no pé afetado, dificuldade em colocar a meia no pé não afetado (no entanto consegue posteriormente elevar a meia e calçar sapato)):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar o calçar a meia no pé não afetado através da colocação dos dedos em concha dentro do canhão da meia e afastá-los, de forma a criar uma abertura por onde se vai fazer passar o pé.</li> </ul>	05/01/2013
				05/01/2013	<p>- Necessidade de supervisão (Score 5 – MIF) no calçado (necessita de presença física para pequenas indicações técnicas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisionar o calçado, sugerindo pequenas indicações técnicas para melhorar o desempenho.</li> </ul>	09/01/2013
				09/01/2013	<p>- Independência modificada (Score 6 – MIF) para o calçado (consegue realizar o calçado das meias e sapatos “tipo mocassim” de forma independente, no entanto demora mais tempo do que o razoável):</p>	30/01/2013 (ALTA)

						<ul style="list-style-type: none"> <li>Incentivar o treino autónomo do calçado de forma a melhorar o tempo despendido.</li> </ul>	
				<b>Ensino à família (esposa e filho) sobre o autocuidado de vestuário do utente.</b>	08/12/2012	- Instruir a família (esposa e filho) sobre a importância de utilização de vestuário adequado às limitações funcionais do utente;	05/01/2013
					13/12/2012	- Instruir a família (esposa e filho) sobre estratégias adaptativas para o vestuário do utente (no domicílio);	05/01/2013
					13/12/2012	- Instruir a família (esposa e filho) sobre métodos de apoio no vestuário do utente (no domicílio);	05/01/2013
					05/01/2013	- Instruir a família (esposa e filho) sobre a supervisão do vestuário do utente (no domicílio);	30/01/2013 (ALTA)
6	28/11/2012	<u>Prevenção de riscos à vida humana, ao funcionamento humano e ao bem-estar humano</u>  <b>Dificuldade em mobilizar-se de forma independente</b>		<b>Conservar a amplitude articular, aumentar o grau de força muscular, desfazendo gradualmente o padrão espástico instalado</b>	28/11/2012	- Realização de Reeducação Funcional Motora diariamente de acordo com a tolerância do utente e quando este se encontra no serviço (turno da tarde): <ul style="list-style-type: none"> <li>Mobilizações passivas em todos os segmentos articulares do hemicorpo direito;</li> </ul>	30/01/2013 (ALTA)
					28/11/2012	- Realização de Standing Frame uma vez por dia no turno da tarde após o lanche;	30/01/2013 (ALTA)
					28/11/2012	- Realizar posicionamento no leito em padrão anti-espástico (decúbito dorsal, decúbito lateral);	30/01/2013 (ALTA)

--	--	--

<b>Promover a facilitação de movimentos no leito de forma independente</b>	28/11/2012	- Treino de atividades terapêuticas no leito com <u>ajuda total</u> (final do turno da tarde): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ponte;</li> <li>• Rolar para o lado são;</li> <li>• Rolar para o lado afectado.</li> </ul>	19/12/2013
	19/12/2013	- Treino de atividades terapêuticas no leito com <u>ajuda parcial</u> (final do turno da tarde): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ponte;</li> <li>• Rolar para o lado são;</li> <li>• Rolar para o lado afectado.</li> </ul>	05/01/2012
	05/01/2012	- <u>Supervisão</u> das atividades terapêuticas no leito (ponte, rolar para o lado são e lado afetado).	30/01/2013 (ALTA)
<b>Ensino à família (esposa e filho) sobre posicionamentos do utente no leito;</b>	08/12/2012	- Instruir a família (esposa e filho) sobre a realização de posicionamento ao utente no leito em padrão anti-espástico (decúbito dorsal, decúbito lateral);	05/01/2013
	08/12/2012	- Instruir a família (esposa e filho) sobre a importância de alternar os decúbitos do utente no leito de 3/3 horas;	05/01/2013
<b>Reeducar o equilíbrio na posição de sentado (estático / dinâmico).</b>	28/11/2012	- Treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado (turno da tarde após o lanche);	05/01/2013
<b>Promover a transferências entre</b>	28/11/2012	- Treino de transferência da cadeira de rodas para a cama pelo lado afectado com necessidade de <u>ajuda total</u> ;	05/12/2013

			<b>diferentes superfícies de forma independente;</b>	28/11/2012	- Treino de transferência da cama para a cadeira de rodas lado não afectado com necessidade de <u>ajuda total</u> ;	05/12/2013
				05/12/2013	- Treino de transferência da cadeira de rodas para a cama pelo lado afectado com necessidade de <u>ajuda parcial</u> ;	30/01/2013 (ALTA)
				05/12/2013	- Treino de transferência da cama para a cadeira de rodas lado não afectado com necessidade de <u>ajuda parcial</u> ;	30/01/2013 (ALTA)
			<b>Ensino à família (esposa e filho) sobre técnica de transferência do utente entre diferentes superfícies;</b>	08/12/2012	- Instruir a família (esposa e filho) sobre a técnica de transferência do utente da cadeira de rodas para a cama pelo lado afectado;	05/01/2013
					08/12/2012	- Instruir a família (esposa e filho) sobre a técnica de transferência do utente da cama para a cadeira de rodas pelo lado não afectado;

## **APÊNDICE VIII:**

**Plano de Cuidados II: Serviço de Reabilitação de Adultos**

## COLHEITA DE DADOS E PLANEAMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

<b>Nome</b>	██████████			<b>Nome como deseja ser tratado</b>	D. ██████		
<b>Idade</b>	83	<b>Género</b>	Feminino	<b>Estado Civil</b>	Viúva	<b>Religião</b>	Católica
<b>Língua</b>	Portuguesa		<b>Raça</b>	Caucasiano			
<b>Escolaridade</b>	4ª Classe		<b>Profissão</b>	Doméstica			
<b>Condições ambientais e habitacionais</b>	Casa própria Apartamento 5 degraus de acesso ao prédio 1 WC c/ poliban						
<b>Agregado Familiar</b>	1 Filho adotivo (que trata por sobrinho)						
<b>Pessoas Significativas</b>	Filho adotivo (██████████)						

### REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIOS DE SAÚDE

<b>Data de Internamento</b>	20/12/2012		
<b>Diagnóstico de internamento</b>	AVC Lacunar do hemisfério cerebral direito		
<b>História clínica</b>	Prótese Total da Anca à Esquerda; HTA	<b>Alergias</b>	Citrinos; Tomate
<b>História de familiar de doenças</b>	0		
<b>Objectivos do internamento</b>	Aumentar a autonomia/capacidade de participação em AVD; Aumentar a autonomia/capacidade de participação nas actividades no leito; Aumentar a autonomia/capacidade de participação nas transferências; Melhorar controlo de esfíncteres; Melhorar a funcionalidade do(s) membro(s) superior(es) / membro(s) inferior(es) do hemisfério esquerdo; Aumentar a força muscular; Melhorar a autonomia e segurança no desempenho de actividades funcionais; Ensino ao doente / cuidadores; Estudar/prescrever/adaptar produtos de apoio; Mediar/facilitar o processo de integração após alta do internamento.		
<b>Programa terapêutico</b>	<b>Enfermagem</b>	Avaliação/vigilância de sinais vitais; Treino de AVD; Treino de funcionalidade no leito; Ensino ao doente / cuidadores; Manutenção / recuperação da integridade cutânea / pensos; Treino de alimentação / vigilância da disfagia.	
	<b>AVD</b>	Avaliação Ensino à família Estudo / treino de ajudas técnicas / produtos de apoio Treino de AVD Ensino ao utente	

## CONHECIMENTO E EXPETATIVAS SOBRE A CONDIÇÃO DE DOENÇA

<b>Utente</b>	<p>Utente tem percepção do seu estado e das suas limitações, inicialmente aparenta não ter uma opinião muito formada acerca das suas expectativas. No entanto refere que gostaria que no final do seu internamento no [REDACTED] pudesse deambular autonomamente.</p> <p>Acaba por centrar o seu discurso no local para onde irá após a alta, referindo-se à sua casa como o local desejado, no entanto também assume que apenas poderá acontecer caso no momento da alta se encontre independente nas AVD.</p> <p>Manifesta a existência de problemas familiares com o filho adotivo relacionados com os seus bens, receando que este a possa institucionalizar num Lar, o que não será do seu agrado.</p>
<b>Família</b>	<p>Nunca houve contacto com a família (visitas esporádicas ao fim de semana)</p> <p>(De acordo com notas registadas no processo clínico da utente no dia da entrada, família com percepção do estado do seu familiar, mas esperam que esta venha a recuperar as suas limitações na totalidade com o internamento. Existe ainda referência que a família já referenciou a utente para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados)</p>

## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS

Provisão de cuidados associados a processos de eliminação e excreção

## CUIDADOS DE HIGIENE PESSOAL E BANHO

<b>Hábitos de higiene pessoal e banho</b>	Prática de cuidados de higiene diariamente
<b>Nível de independência no banho (lavar o corpo)</b>	Independência completa
<b>Utilização de produtos de apoio</b>	Não utilizava

## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS

Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso

## Medida de independência funcional adaptada\* - Higiene (Avaliação Inicial) – Data: 20/12/2012

		Indep. Completa	Indep. Modificada	Supervisão	Ajuda mínima (≥75%)	Ajuda moderada (≥50%)	Ajuda Máxima (≥25%)	Ajuda total (≥0%)
<b>Higiene</b>	Higiene oral				X			
	Higiene facial				X			
	Pentear o cabelo				X			
	Barbear Maquilhar					X		
	Banho					X		

\*Utilizada no Centro de Reabilitação

**Medida de independência funcional adaptada\* - Higiene**

**(Avaliação Inicial) – Data: 20/12/2012**

		Indep. Completa	Indep. Modificada	Supervisão	Ajuda mínima (≥75%)	Ajuda moderada (≥50%)	Ajuda Máxima (≥25%)	Ajuda total (≥0%)
Vestuário 1/2 Superior	Camisola					X		
	Camisa Casacos					X		
	Soutien							X
Vestuário 1/2 Inferior	Calças							X
	Meias Elásticas	----	----	----	----	----	----	----
Calçado	Meias							X
	Sapatos							X

**Medida de independência funcional (MIF)**

**(Avaliação Inicial) – Data: 20/12/2012**

<b>Auto-cuidados</b>	A - Alimentação	<b>5</b>	
	B - Higiene Pessoal	<b>3</b>	
	C - Banho	<b>3</b>	
	D - Vestir metade superior	<b>3</b>	
	E - Vestir metade inferior	<b>1</b>	
	F - Utilização da sanita	<b>1</b>	
<b>Controlo dos Esfíncteres</b>	G - Bexiga	<b>7</b>	
	H - Intestino	<b>7</b>	
<b>Mobilidade</b>	I - Transferência cama, cadeira, Cadeira de rodas	<b>3</b>	
	J - Sanita	<b>3</b>	
	K - Banheira, Duche	<b>3</b>	
<b>Locomoção</b>	L - Marcha / Cadeira de rodas	M	<b>1</b>
		Cr	<b>1</b>
	M - Escadas	<b>1</b>	
<b>Comunicação</b>	N - Compreensão (Auditiva/Visual)	A	<b>7</b>
		V	<b>7</b>
	O - Expressão (Vocal/Não vocal)	V	<b>7</b>
		NV	<b>7</b>
<b>Cognição Social</b>	P - Interação social	<b>7</b>	
	Q - Resolução de problemas	<b>7</b>	
	R - Memória	<b>7</b>	

Níveis Independência	
7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal)	
6 – Independência modificada (ajuda técnica)	
Dependência modificada	Dependência Completa
5 – Supervisão	2 – Ajuda Máxima (Indivíduo participa em ≥25%)
4 – Ajuda mínima (Indivíduo participa em ≥75%)	
3 – Ajuda Moderada (Indivíduo participa em ≥50%)	
	1 – Ajuda total (Indivíduo participa em ≤25%)

**REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS:**  
**Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso**

**Avaliação da força muscular - Escala de Lower (Avaliação Inicial) – Data: 20/12/2012**

MEMBRO SUPERIOR DIREITO	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação Int. Pronação	Rotação Ext Supinação	Desvio radial	Desvio cubital	Oponência elevação
Escap. Umeral	5	5	5	5	5	5			5
Cotovelo	5	5							
Antebraço					5	5			
Punho	5	5					5	5	
Dedos	5	5	5	5					
Polegar	5	5	5	5					5

MEMBRO SUPERIOR ESQUERD	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação Int. Pronação	Rotação Ext Supinação	Desvio radial	Desvio cubital	Oponência elevação
Escap. Umeral	2	2	2	2	2	2			2
Cotovelo	2	2							
Antebraço					2	2			
Punho	2	2					2	2	
Dedos	2	2	2	2					
Polegar	2	2	2	2					2

MEMBRO INFERIOR DIREITO	Flexão Bâscula ant	Extensão Bâscula .post.	Adução	Abdução	Rotação Int. Inversão	Rotação Ext Eversão
Coxo-fémural	5	5	5	5	5	5
Joelho	5	5				
Tibio-tarsica	5	5			5	5
Dedos	5	5	5	5		

MEMBRO INFERIOR ESQUERD	Flexão Bâscula ant	Extensão Bâscula .post.	Adução	Abdução	Rotação Int. Inversão	Rotação Ext Eversão
Coxo-fémural	2	2	2	2	2	2
Joelho	2	2				
Tibio-tarsica	2	2			2	2
Dedos	2	2	2	2		

Escala de Lower	
5/5	Movimento normal contra gravidade e resistência
4/5	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força.
3/5	Raio de movimento completo contra gravidade, não contra resistência.
2/5	Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade, a pessoa consegue mover o membro na base da cama.
1/5	Observa-se contração palpável e ou visível sem movimento
0/5	Sem contração muscular e sem movimento

**REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS:**  
**Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso**

**Avaliação da espasticidade - Escala de Ashworth modificada (Avaliação Inicial) – Data: 20/12/2012**

MEMBRO SUPERIOR DIREITO	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação Int. Pronação	Rotação Ext Supinação	Desvio radial	Desvio cubital	Oponência elevação
Escap. Umeral	0	0	0	0	0	0			0
Cotovelo	0	0							
Antebraço					0	0			
Punho	0	0					0	0	
Dedos	0	0	0	0					
Polegar	0	0	0	0					0

MEMBRO SUPERIOR ESQUERD	Flexão	Extensão	Adução	Abdução	Rotação Int. Pronação	Rotação Ext Supinação	Desvio radial	Desvio cubital	Oponência elevação
Escap. Umeral	1	1	1	1	1	1			1
Cotovelo	1	1							
Antebraço					1	1			
Punho	1	1					1	1	
Dedos	1	1	1	1					
Polegar	1	1	1	1					1

MEMBRO INFERIOR DIREITO	Flexão Báscula ant	Extensão Báscula .post.	Adução	Abdução	Rotação Int. Inversão	Rotação Ext Eversão	Escala de Ashworth Modificada	
							0	1
Coxo-fémural	0	0	0	0	0	0	0	Leve aumento do tônus, manifestado por um tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular qdo a região é movida em extensão/flexão
Joelho	0	0					1	
Tibio-tarsica	0	0			0	0		Leve aumento do tônus, manifestado por um tensão abrupta seguida de resistência mínima em menos da metade da amplitude do movimento articular restante
Dedos	0	0	0	0			1+	
								Aumento mais marcado do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude do movimento articular, mas a região é movida facilmente
							2	
								Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil
							3	
								Parte afetada rígida em flexão ou extensão
							4	

**REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS:**

**Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso**

**Equilíbrio / Marcha / Transferências / Actividades na cama\* (Avaliação Inicial) – Data: 20/12/2012**

			Eficaz	Pouco Eficaz	Não Eficaz	Observações
<b>Equilíbrio</b>	Sentado	Estático		X		
		Dinâmico		X		
	Em pé	Estático			X	
		Dinâmico			X	

**Marcha** (disbasia/marcha hemiparética/atáxica) \_\_\_\_\_ 0 \_\_\_\_\_

		Indep. Completa	Indep. Modificada	Supervisão	Ajuda mínima (≥75%)	Ajuda moderada (≥50%)	Ajuda Máxima (≥25%)	Ajuda total (≥0%)
<b>Transferências</b>	Cama						X	
	Sanita						X	
	Banheira duche	----	----	----	----	----	----	----
	Desniveis						X	
<b>Actividades na cama</b>	Arrastar						X	
	Virar						X	
	Deitar						X	
	Sentar						X	

**REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS**

**Manutenção do equilíbrio entre solidão e interação social**

<b>Isolamento Social e atividades lúdicas habituais</b>	Interativa com os outros utentes do ■■■ e com os profissionais do ■■■; Gosta de ver televisão, essencialmente telenovelas; Habitualmente gosta de conversar e passear.
<b>Periodicidade de visitas enquanto está internado</b>	Visita do sobrinho esporadicamente ao fim de semana (de 15 em 15 dias aproximadamente)
<b>Alterações sexuais</b>	Não avaliado

## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS

### Prevenção de Perigos

<b>Estado de Consciência</b>	Vigília	
	Consciente	X
	Letárgico ou Sonolento	
	Confuso	
	Obnubilado	
	Estuporoso	
	Coma	
	Score Escala de Glasgow	15

<b>Estado de Orientação</b>	<i>Autopsiquicamente</i>	Sim
	<i>Alopsiquicamente</i>	Sim

Escala de Glasgow		
Variáveis		Score
Abertura ocular	Espontânea	4
	A voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
	Orientada	5
Resposta Verbal	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
	Obedece a comandos	6
Resposta motora	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

<b>Estado de Atenção</b>	Vigilância	Hipervigil	
		Normal	X
		Hipovigil	
	Tenacidade (exemplo de bater na mesa sempre que ouvir a letra A)	Presente	
	Concentração (exemplo de subtração sucessiva de 7 ao N°100)	Presente	

	Score	Data
<b>Escala de Quedas de Morse</b>	35	20/12/2012
<b>Escala de Braden</b>	19	20/12/2012

Escala de quedas de Morse		
Antecedentes de queda (anterior ou nos últimos três meses)	Não	0
	Sim	25
Diagnóstico secundário	Não	0
	Sim	15
Ajuda na mobilização	Acamado/Repouso no leito/cadeira de Rodas	0
	Bengala/Andarilho/Canadiana	15
	Aparelho/Equipamento	30
Terapia endovenosa	Não	0
	Sim	20
Marcha	Normal/Acamado/Cadeira de Rodas	0
	Lenta	10
	Alterada/Cambaleante	20
Estado mental	Orientado	0
	Desorientado/Confuso	15

Escala de Braden	
Percepção Sensorial	1 - Completamente limitada
	2 - Muito limitada
	3 - Ligeiramente limitada
	4 - Nenhuma limitação
Humidade	1 - Pele constantemente húmida
	2 - Pele muito húmida
	3 - Pele ocasionalmente húmida
	4 - Pele raramente húmida
Actividade	1 - Acamado
	2 - Sentado
	3 - Anda ocasionalmente
	4 - Anda frequentemente
Mobilidade	1 - Completamente imobilizado
	2 - Muito limitada
	3 - Ligeiramente limitada
	4 - Nenhuma limitação
Nutrição	1 - Muito Pobre
	2 - Provavelmente inadequada
	3 - Adequada
	4 - Excelente
Fricção e forças de deslizamento	1 - Problema
	2 - Problema potencial
	3 - Nenhum Problema

		Mantida	Alterada	Não Aplicável	Observações
Sensibilidade superficial	Tátil	X			Avaliado a 03/02/2013
	Térmica	X			Avaliado a 03/02/2013
	Dolorosa	X			Avaliado a 03/02/2013

Sensibilidade profunda	Sentido de pressão ou barestesia		M	Avaliado a 03/02/2013	
	Sensibilidade vibratória ou palestesia		M	Avaliado a 03/02/2013	
	Sensibilidade postural		M	Avaliado a 03/02/2013	
	Sentido esteriognócio		M	Avaliado a 03/02/2013	
		M-mantida	D-diminuída	A-ausente	NA-Não Aplicável

Memória	Sensorial (0.5s)		Presente	X
			Diminuída	
			Ausente	
	Imediata (15 a 20s)		Presente	X
			Diminuída	
			Ausente	
	Recente	curto prazo (5 a 10min)	Presente	X
			Diminuída	
			Ausente	
		longo prazo (>30min)	Presente	X
			Diminuída	
			Ausente	
Remota		Presente	X	
		Diminuída		
		Ausente		

TIPOS DE AFASIA	FLUÊNCIA	COMPREENSÃO	NOMEAÇÃO	REPETIÇÃO	Assinalar com X a afasia detectada
Global	Não fluente	perturbada	perturbada	perturbada	Não Aplicável
Broca	Não fluente	normal	perturbada	perturbada	Não Aplicável
Transcortical mista	Não fluente	perturbada	perturbada	normal	Não Aplicável
Transcortical motora	Não fluente	normal	perturbada	normal	Não Aplicável
Wernicke	fluente	perturbada	perturbada	perturbada	Não Aplicável
Condução	fluente	normal	perturbada	perturbada	Não Aplicável
Transcortical sensorial	fluente	perturbada	perturbada	normal	Não Aplicável
Anômica	fluente	normal	perturbada	normal	Não Aplicável

### Avaliação dos Nervos Pares Cranianos

Data: 03/02/2013

Par Craniano		Avaliação/ Alterações
I	Olfativo	Sem alterações
II	Óptico	Sem alterações
III	Motor ocular comum	Sem alterações
IV	Patético	Sem alterações
VI	Motor ocular externo	Sem alterações
V	Trigémio	Sem alterações
VII	Facial	Ligeiro apagamento do sulco nasogeniano com ligeiro desvio da comissura labial à esquerda
VIII	Estado-acústico	Acuidade auditiva: Sem alterações
		Equilíbrio estático: Sem alterações
		Equilíbrio dinâmico: Ausente
IX	Glossofaríngeo	Sem alterações
X	Vago / Pneumogástrico	Sem alterações
XI	Espinal	Sem alterações
XII	Grande Hipoglosso	Sem alterações

**Reavaliação**  
Medida de independência funcional adaptada - Higiene

	DATA	19/01/2013	23/01/2013	28/01/2013	02/02/2013	06/02/2013	13/02/2013
<b>Higiene</b>	Higiene oral	4	6	6	6	6	6
	Higiene facial	6	6	6	6	6	6
	Pentear o cabelo	5	7	7	7	7	7
	Barbear Maquilhar	----	----	----	----	----	----
	Banho	3	4	5	6	6	6

**Reavaliação**  
Medida de independência funcional adaptada - Vestuário

	DATA	19/01/2013	23/01/2013	28/01/2013	02/02/2013	06/02/2013	13/02/2013
<b>Vestuário 1/2 Superior</b>	Camisola	4	4	6	6	6	6
	Casaco	4	4	6	6	6	6
	Soutien	2	4	6	6	6	6
<b>Vestuário 1/2 Inferior</b>	Calças	2	2	3	3	4	4
	Meias Elásticas	----	----	----	----	----	----
<b>Calçado</b>	Meias	2	4	5	6	6	6
	Sapatos	2	2	2	3	3	3

Dependência Completa	Dependência modificada	Níveis Independência
1 – Ajuda total (Individuo participa em ≤25%);	3 – Ajuda Moderada (Individuo participa em ≥50%);	6 – Independência modificada (ajuda técnica);
	4 – Ajuda mínima (Individuo participa em ≥75%);	
2 – Ajuda Máxima (Individuo participa em ≥25%).	5 – Supervisão	7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal).

**PLANO DE CUIDADOS**

**Nome:** ██████████

**Diagnóstico:** AVC Lacunar do hemisfério cerebral direito

**Incapacidade:** Sequelas de AVC

<b>N.º</b>	<b>Início</b>	<b>Problemas reais ou potenciais</b>	<b>Fim</b>	<b>Objectivos</b>	<b>Início</b>	<b>Ações de Enfermagem</b>	<b>Fim</b>
<b>1</b>	19/01/2013	<p><b><u>Prevenção de riscos para a vida</u></b></p> <p><i>Risco de queda</i></p> <p><i>(Escala de Quedas de Morse – Score 35)</i></p>		<b>Prevenção de queda</b>	19/01/2013	- Utilização de dispositivos de segurança na cama: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elevação das grades da cama quando deitado.</li> </ul>	
					19/01/2013	- Utilização de dispositivos de segurança na cadeira de rodas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilização de faixa abdominal na cadeira de rodas.</li> </ul>	
<b>2</b>	19/01/2013	<p><b><u>Prevenção de riscos à vida humana, ao funcionamento humano e ao bem-estar humano</u></b></p> <p><i>Dificuldade em se autocuidar nos cuidados de higiene de forma independente</i></p>		<b>Promover autonomia no banho;</b>	19/01/2013	- Banho diário de manhã no WC (Poliban) em cadeira de banho: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessita de ajuda na transferência para a cadeira de banho e de ser levada até ao poliban.</li> </ul>	
					19/01/2013	- Necessidade de ajuda moderada (Score 3 – MIF) no banho (dificuldade na lavagem dos membros inferiores (pernas e pés) por impossibilidade de flexão de tronco (PTA Esquerda) e lavagem das costas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino de utilização de esponja com cabo longo flexível no banho;</li> </ul>	23/01/2013

					<ul style="list-style-type: none"> <li>Treino de colocação de colocação do gel de duche na esponja com a mão direita (não afetada), com a esponja fixa na mão esquerda (afetada).</li> </ul>	
					<p>23/01/2013</p> <p>- Necessidade de ajuda mínima (Score 4 – MIF) no banho (dificuldade na utilização da esponja de cabo longo flexível da lavagem eficaz dos membros inferiores e costas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Treino na utilização da esponja de cabo longo flexível da lavagem dos membros inferiores e costas de forma eficaz.</li> </ul>	28/01/2013
					<p>28/01/2013</p> <p>- Necessidade de supervisão (Score 5 – MIF) no banho (necessita de presença física para pequenas indicações técnicas de utilização eficaz da esponja com cabo longo flexível):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Supervisionar o manuseamento da esponja com cabo longo flexível durante o banho, sugerindo pequenas indicações técnicas para melhorar o desempenho.</li> </ul>	02/02/2013
					<p>02/02/2013</p> <p>- Independência modificada (Score 6 – MIF) no banho (independente no banho através da utilização de produto de apoio).</p>	02/02/2013
				<p><b>Promover autonomia na higiene oral:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Higiene de prótese dentária (superior e inferior);</b></li> </ul>	<p>19/01/2013</p> <p>- Higiene diária das próteses dentárias antes de deitar;</p>	
					<p>19/01/2013</p> <p>- Necessidade de ajuda mínima (Score 4 – MIF) na higienização das próteses dentárias (consegue realizar a higienização das próteses dentárias no lavatório de forma</p>	23/01/2013

					independente):		
					<ul style="list-style-type: none"> <li>Treino na utilização da mão esquerda (afetada) para segurar a caixa de guardar as próteses dentárias e abrir/fechar com a mão não afetada;</li> </ul>		
					23/01/2013	- Independência modificada (Score 6 – MIF) na higienização das próteses dentárias (consegue de forma independente proceder à higienização das próteses dentárias, demorando mais tempo que o razoável).	
				<b>Promover autonomia na higiene facial;</b>	19/01/2013	- Independência modificada (Score 6 – MIF) na higiene facial (consegue realizar a higiene facial de forma independente, demorando mais tempo que o razoável).	
				<b>Promover autonomia no pentear o cabelo;</b>	19/01/2013	- Necessidade de supervisão (Score 5 – MIF) no pentear o cabelo (apresenta dificuldade no pentear o cabelo na região posterior da nuca): <ul style="list-style-type: none"> <li>Treinar o pentear o cabelo sempre em frente ao espelho para melhorar noção espacial da nuca, nomeadamente região posterior.</li> </ul>	23/01/2013
					23/01/2013	- Independência completa (Score 7 – MIF) no pentear o cabelo.	23/01/2013
		<b><u>Prevenção de riscos à vida humana, ao funcionamento humano e ao bem-estar humano</u></b>		<b>Promover autonomia no vestuário da ½ superior do corpo (camisola, casaco);</b>	19/01/2013	- Treinar o autocuidado de vestuário da ½ superior do corpo 2 vezes por dia na cadeira de rodas: <ul style="list-style-type: none"> <li>Turno da manhã após cuidados de higiene;</li> </ul>	28/01/2013

	19/01/2013	<b><i>Dificuldade em se autocuidar no vestuário de forma independente</i></b>				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Turno da tarde antes de deitar.</li> </ul>	
					19/01/2013	<p>- Necessidade de ajuda mínima (Score 4 – MIF) para o vestuário da ½ superior do corpo (dificuldade no vestir o braço afetado, nomeadamente articulação do cotovelo e ombro no vestuário da camisola e casaco):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar a passagem da manga de forma eficaz no cotovelo do braço afetado com ajuda na mão não afetada;</li> <li>• Treinar a passagem da manga de forma eficaz no ombro do braço afetado com ajuda na mão não afetada.</li> </ul>	28/01/2013
					28/01/2013	<p>- Independência modificada (Score 6 – MIF) para o vestuário da ½ superior do corpo (consegue realizar o vestuário da camisola e do casaco de forma independente, no entanto demora mais tempo do que o razoável):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar o treino autónomo do vestuário da ½ superior do corpo de forma a melhorar o tempo despendido.</li> </ul>	
						<p><b>Promover autonomia no vestuário do Soutien</b></p>	19/01/2013

						<ul style="list-style-type: none"> <li>• Turno da tarde antes de deitar.</li> </ul>	
					19/01/2013	<p>- Necessidade de ajuda máxima (Score 2 – MIF) para o vestuário do soutien (consegue apenas colocar as alças do soutien de forma independente no fim deste estar devidamente colocado e apertado):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar o vestir e despir o soutien sempre com as presilhas apertadas.</li> </ul>	23/01/2013
					23/01/2013	<p>- Necessidade de ajuda mínima (Score 4 – MIF) para o vestuário do soutien (consegue despir o soutien de forma independente, no vestir necessita de ajuda na fase final para ajeitar o soutien de forma a que este fique vestido de forma adequada):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar o uso da mão não afetada de forma a ajeitar o soutien na fase final do vestir de forma a que a costura central (do elástico) da região anterior do soutien fique em linha com o queixo.</li> </ul>	28/01/2013
					28/01/2013	<p>- Independência modificada (Score 6 – MIF) para o vestuário do soutien (consegue realizar o vestuário do soutien de forma independente, no entanto demora mais tempo do que o razoável):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar o treino autónomo do vestuário do soutien de forma a melhorar o tempo despendido.</li> </ul>	

				<p><b>Promover autonomia no vestuário da ½ inferior do corpo (calças).</b></p>	19/01/2013	<p>- Treinar o autocuidado de vestuário da ½ inferior do corpo 2 vezes por dia na cadeira de rodas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Turno da manhã após cuidados de higiene;</li> <li>• Turno da tarde antes de deitar.</li> </ul>	
					19/01/2013	<p>- Necessidade de ajuda máxima (Score 2 – MIF) para o vestuário da ½ inferior do corpo (consegue iniciar o vestuário da perna não afetada, incapaz de vestir a perna afetada por impossibilidade de flexão de tronco associado a PTA no mesmo membro):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar o uso de produto de apoio (cabo longo em “S”) no despir as calças sem flexão de tronco;</li> <li>• Treinar o uso de produto de apoio (2 cabos longos com molas) no vestir as calças sem flexão de tronco: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Treinar aplicar as molas nas calças (uma junto a cada uma das costuras laterais do elástico das calças);</li> <li>○ Treinar com a ajuda da mão afetada na fixação do cabo do lado esquerdo (lado afetado) a colocação das calças no chão de forma a iniciar o processo de vestir;</li> <li>○ Treinar a colocação do pé</li> </ul> </li> </ul>	28/01/2013

					<p>afetado dentro das calças utilizando a força que apresenta no lado afetado (força de grau 2/3 – Escala de Lower) e com o apoio da mão não afetada na elevação do membro inferior esquerdo;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Treinar a elevação de ambos os cabos de forma gradual de forma a conseguir vestir a perna afetada até prender o elástico das calças na mão afetada e iniciar o vestir da perna não afetada.</li> </ul>	
				28/01/2013	<p>- Necessidade de ajuda modera (Score 3 – MIF) para o vestuário da ½ inferior do corpo (consegue vestir as calças com os 2 cabos longos com mola em ambos os membros inferiores até à região das coxas com supervisão, sendo incapaz de vestir as calças até à cintura):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar o assumir a posição de pé com apoio físico do lado afetado de forma a poder puxar as calças até à cintura.</li> </ul>	05/02/2013
				05/02/2013	<p>- Necessidade de ajuda mínima (Score 4 – MIF) para o vestuário da ½ inferior do corpo (consegue vestir as calças até à cintura de forma independente, com apoio físico do lado afetado para assumir a posição de pé):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar o assumir a posição de pé de</li> </ul>	

						<p>forma independente aos pés da cama:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Colocar a cadeira de rodas de frente para os pés da cama;</li> <li>○ Elevar o corpo com o apoio de ambas as mãos na barra da cama;</li> <li>○ Manter a posição de pé com o apoio da mão afetada na barra;</li> <li>○ Elevar as calças com a mão não afetada.</li> </ul>	
				<p><b>Promover autonomia no calçado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Botas de cano até à região tibiotársica com fecho lateral.</b></li> </ul>	19/01/2013	<p>- Treinar o autocuidado do calçado (botas) 2 vezes por dia na cadeira de rodas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Turno da manhã após cuidados de higiene;</li> <li>• Turno da tarde antes de deitar.</li> </ul>	
				<p><u>NOTA:</u> Utente sem outro tipo de calçado disponível para treino.</p>	19/01/2013	<p>- Necessidade de ajuda máxima (Score 2 – MIF) para o calçado das botas (dificuldade em descalçar ambos os pés, incapacidade em calçar ambos os pés):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar o uso do produto de apoio de cabo longo em “S” para apoio no descalçar ambas as botas sem flexão do tronco;</li> <li>• Treinar o uso do produto de apoio de cabo longo com mola para fixar a bota no chão de forma a introduzir</li> </ul>	02/02/2013

					<p>com o pé e poder elevar o cano da bota com eficácia;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar o uso do produto de apoio de cabo longo em “S” para abrir e fechar os fechos de ambas as botas após aplicação de argolas (de porta chaves) nos mesmos.</li> </ul>	
					<p>02/02/2013</p> <p>- Necessidade de ajuda moderada (Score 3 – MIF) para o calçado (consegue calçar e descalçar o pé não afetado com eficácia, consegue descalçar o pé afetado sendo incapaz de o calçar, consegue abrir e fechar ambos os fechos com eficácia):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter treino com o uso do produto de apoio de cabo longo com mola para fixar a bota no chão de forma a introduzir com o pé afetado e poder elevar o cano da bota com eficácia;</li> </ul>	
				<p><b>Promover autonomia no calçado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Meias</b></li> </ul>	<p>19/01/2013</p> <p>- Treinar o autocuidado do calçado (meias) 2 vezes por dia na cadeira de rodas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Turno da manhã após cuidados de higiene;</li> <li>• Turno da tarde antes de deitar.</li> </ul>	02/02/2013
					<p>19/01/2013</p> <p>- Necessidade de ajuda máxima (Score 2 – MIF) para o calçar/descalçar as meias (incapaz de calçar as meias em ambos os pés, consegue descalçar a meia apenas do pé não afetado de forma independente):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar o uso do produto de apoio de cabo longo em “S” para apoio no</li> </ul>	23/01/2013

					<p>descalçar ambas as meias sem flexão do tronco;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar o uso do produto de apoio próprio para calçar meias (em couro com duas correias para manuseamento): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Treinar a fixação do produto de apoio entre ambas as coxas de forma a poder colocar a meia no mesmo;</li> <li>○ Treinar a colocação da meia no produto de apoio;</li> <li>○ Treinar a fixação das correias do produto de apoio em ambas as mão e lançamento do mesmo para junto do pé que irá ser calçado;</li> <li>○ Treinar a elevação das correias e consequente finalização do calçar a meia.</li> </ul> </li> </ul>	
				23/01/2013	<p>- Necessidade de ajuda mínima (Score 4 – MIF) para o calçar as meias (consegue descalçar ambas as meias de forma independente, dificuldade no manuseamento do produto de apoio próprio para calçar as meias):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar o manuseamento do produto de apoio próprio para calçar meias (em couro com duas correias): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Treinar a fixação das</li> </ul> </li> </ul>	28/01/2013

					<p>correias do produto de apoio em ambas as mãos e lançamento do mesmo para junto do pé que irá ser calçado;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Treinar a elevação das correias e consequente finalização do calçar a meia.</li> </ul>	
					<p>28/01/2013</p> <p>- Necessidade de supervisão (Score 5 – MIF) para o calçar as meias (consegue descalçar/calçar ambas as meias de forma independente, necessitando orientação técnica no manuseio do produto de apoio):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisionar o manuseamento do produto de apoio próprio para calçar meias (em couro com duas correias), sugerindo pequenas ajudas técnicas para melhorar o desempenho.</li> </ul>	02/02/2013
					<p>02/02/2013</p> <p>- Independência modificada (Score 6 – MIF) para o calçado das meias (necessita da utilização de produto de apoio próprio)</p>	02/02/2013
		<p><b><u>Prevenção de riscos à vida humana, ao funcionamento humano e ao bem-estar humano</u></b></p> <p><b>Dificuldade em mobilizar-se de forma independente</b></p>		<p><b>Conservar a amplitude articular, aumentar o grau de força muscular, desfazendo gradualmente o padrão espástico instalado</b></p>	<p>19/01/2013</p> <p>- Realização de mobilizações ativas assistidas em todos os segmentos articulares do hemitórax esquerdo (final da tarde);</p>	28/01/2013
					<p>28/01/2013</p> <p>- Realização de mobilizações ativas em todos os segmentos articulares do hemitórax esquerdo (final da tarde);</p>	
					<p>19/01/2013</p> <p>- Realizar posicionamento no leito em padrão anti-espástico (decúbito dorsal, decúbito lateral);</p>	

				<b>Promover a facilitação de movimentos no leito de forma independente</b>	19/01/2013	- Treino de atividades terapêuticas no leito com <u>ajuda parcial</u> (final do turno da tarde): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ponte;</li> <li>• Rolar para o lado são;</li> <li>• Rolar para o lado afectado;</li> <li>• Facilitação cruzada;</li> <li>• Carga no cotovelo;</li> <li>• Rotação controlada da anca.</li> </ul>	28/01/2013
					28/01/2013	- Treino de atividades terapêuticas no leito com <u>supervisão</u> (final do turno da tarde): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ponte;</li> <li>• Rolar para o lado são;</li> <li>• Rolar para o lado afectado;</li> <li>• Facilitação cruzada;</li> <li>• Carga no cotovelo;</li> <li>• Rotação controlada da anca.</li> </ul>	
				<b>Promover a transferências entre diferentes superfícies de forma independente;</b>	19/01/2013	- Treino de transferência da cadeira de rodas para a cama pelo lado afectado com necessidade de <u>ajuda total</u> ;	28/01/2013
					19/01/2013	- Treino de transferência da cama para a cadeira de rodas lado não afectado com necessidade de <u>ajuda total</u> ;	28/01/2013
					28/01/2013	- Treino de transferência da cadeira de rodas para a cama pelo lado afectado com necessidade de <u>ajuda parcial</u> ;	06/02/2013

					28/01/2013	- Treino de transferência da cama para a cadeira de rodas lado não afectado com necessidade de <u>ajuda parcial</u> ;	06/02/2013
					06/02/2013	- Treino de transferência da cadeira de rodas para a cama pelo lado afectado com necessidade de <u>supervisão</u> ;	
					06/02/2013	- Treino de transferência da cama para a cadeira de rodas lado não afectado com necessidade de <u>supervisão</u> ;	
				<b>Reeducar o equilíbrio na posição de sentado (estático / dinâmico).</b>	19/01/2013	- Treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentado (turno da tarde após o lanche);	28/01/2013
					19/01/2013	- Realização de Standing Frame uma vez por dia no turno da tarde após o lanche;	
					23/01/2013	- Treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de pé (turno da tarde após o lanche);	

## **APÊNDICE IX:**

**Plano de Cuidados: Reeducação Funcional Respiratória**

## PLANO DE CUIDADOS

**Nome:** ██████████

**Diagnóstico:** Derrame Pleural

Problema Identificado	Objectivo	Inicio	Intervenções de enfermagem de reabilitação	Avaliação	Fim
<b>Derrame pleural na base pulmão esquerdo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a amplitude respiratória e a reexpansão pulmonar;</li> <li>• Readquirir a coordenação respiratória;</li> <li>• Impedir a</li> </ul>	<p><b>18/10/2012</b></p> <p><b>1 x dia (11h)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consciencialização e controlo da Respiração:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Treino da dissociação dos tempos respiratórios;</li> <li>○ Treino da inspiração nasal e expiração pela boca;</li> <li>○ Treino da respiração diafragmática.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consegue conscientemente controlar a respiração através da dissociação da inspiração (através do nariz) da expiração (com os lábios semi-cerrados);</li> <li>• Realiza uma respiração predominantemente diafragmática.</li> </ul>	<b>22/10/2012</b>

<p>formação de aderências pleurais;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impedir e corrigir posições antiálgicas defeituosas e suas consequências.</li> </ul>	<p><b>18/10/2012</b></p> <p><b>1 x dia (11h)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reeducação diafragmática: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Porção posterior do diafragma (decúbito dorsal);</li> <li>○ Reeducação hemicupula diafragmática esquerda (decúbito lateral esquerdo);</li> <li>○ Na posição sentado.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhoria da respiração diafragmática;</li> <li>• Melhoria da ventilação pulmonar;</li> <li>• Melhoria da dispneia.</li> </ul>	<p><b>22/10/2012</b></p>
	<p><b>18/10/2012</b></p> <p><b>1 x dia (11h)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reeducação costal: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Costal global com bastão (decúbito dorsal);</li> <li>○ Costal da porção posterior (com ênfase no hemitorax esquerdo);</li> <li>○ Costal selectiva (hemitorax esquerdo).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhoria da expansão pulmonar global;</li> <li>• Melhoria da mobilidade costal do hemitorax esquerdo;</li> <li>• Melhoria da mobilidade da articulação escapulo-umeral esquerda.</li> </ul>	<p><b>22/10/2012</b></p>
	<p><b>18/10/2012</b></p> <p><b>1 x dia (11h)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapêutica de posição (decúbito lateral direito): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ensino sobre importância da terapêutica de posição.</li> <li>○ Instruir sobre a realização da terapêutica de posição (decúbito lateral direito) por um período de 15 minutos ao longo do dia.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhoria da dor localizada no hemitorax esquerdo;</li> <li>• Cumprir a realização da terapêutica de posição ao longo do dia.</li> </ul>	<p><b>22/10/2012</b></p>

		<p><b>25/10/2012</b> <b>2 x dia</b> <b>(10h; 15h)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consciencialização e controlo da Respiração: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Treino da dissociação dos tempos respiratórios;</li> <li>○ Treino da inspiração nasal e expiração pela boca;</li> <li>○ Treino da respiração diafragmática.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consegue conscientemente controlar a respiração através da dissociação da inspiração (através do nariz) da expiração (com os lábios semi-cerrados);</li> <li>• Realiza uma respiração predominantemente diafragmática.</li> </ul>	<p><b>29/10/2012</b></p>
		<p><b>25/10/2012</b> <b>2 x dia</b> <b>(10h; 15h)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reeducação diafragmática: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Porção posterior do diafragma (decúbito dorsal);</li> <li>○ Reeducação hemicupula duafragmática esquerda (decúbito lateral esquerdo);</li> <li>○ Na posição sentado.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhoria da respiração diafragmática;</li> <li>• Melhoria da ventilação pulmonar;</li> <li>• Melhoria da dispneia.</li> </ul>	<p><b>29/10/2012</b></p>

		<p><b>25/10/2012</b> <b>2 x dia</b> <b>(10h; 15h)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reeducação costal: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Costal global com bastão (decúbito dorsal);</li> <li>○ Costal global com bastão (posição de sentado);</li> <li>○ Costal da porção posterior (com ênfase no hemitorax esquerdo);</li> <li>○ Costal selectiva (hemitorax esquerdo).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhoria da expansão pulmonar global;</li> <li>• Melhoria da mobilidade costal do hemitorax esquerdo;</li> <li>• Melhoria da mobilidade da articulação escapulo-umeral esquerda.</li> </ul>	<p><b>29/10/2012</b></p>
		<p><b>25/10/2012</b> <b>2 x dia</b> <b>(10h; 15h)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapêutica de posição (decúbito lateral direito): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ensino sobre importância da terapêutica de posição.</li> <li>○ Instruir sobre a realização da terapêutica de posição (decúbito lateral direito) por um período de 15 minutos ao longo do dia.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhoria da dor localizada no hemitorax esquerdo;</li> <li>• Cumprir a realização da terapêutica de posição ao longo do dia.</li> </ul>	<p><b>29/10/2012</b></p>
		<p><b>26/10/2012</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espirometria de incentivo: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ensino sobre importância da espirometria de incentivo.</li> <li>○ Instruir sobre a realização da espirometria de incentivo 3 vezes por dia (séries de 5 repetições).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhoria da expansão pulmonar global;</li> <li>• Cumprir a realização da espirometria de incentivo 3 vezes por dia.</li> </ul>	<p><b>30/12/2012</b></p>


		<b>29/10/2012</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de exercícios de âmbito geral: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Marcha;</li> <li>○ Subir e descer escadas.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhoria da tolerância ao esforço;</li> <li>• Cumpre a realização dos exercícios de âmbito geral preconizados.</li> </ul>	<b>30/12/2012</b>
<b>Secreções brônquicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permitir correcta permeabilidade das vias aéreas, facilitando a eliminação de secreções brônquicas;</li> <li>• Permitir uma tosse eficaz facilitando a eliminação de secreções brônquicas.</li> </ul>	<b>18/10/2012</b> <b>1 x dia (11h)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Drenagem postural modificada: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Decúbito dorsal;</li> <li>○ Decúbito lateral esquerdo;</li> <li>○ Decúbito lateral direito.</li> </ul> </li> <li>• Utilização de manobras acessórias durante drenagem postural: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Compressão;</li> <li>○ Vibração;</li> <li>○ Percussão.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhoria da capacidade de mobilização das secreções brônquicas;</li> <li>• Melhoria da eficácia do reflexo de tosse;</li> </ul>	<b>22/10/2012</b>
		<b>18/10/2012</b> <b>1 x dia (11h)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensino de tosse dirigida: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instruir a pessoa a sentar-se numa cadeira com os pés apoiados e ligeiramente afastados e inclinar o tronco para a frente;</li> <li>2. A pessoa inspira pelo nariz;</li> <li>3. Inclinando-se para a frente e comprimindo o abdómen com os</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consegue autonomamente realizar a técnica de tosse dirigida;</li> <li>• Realiza a técnica de tosse dirigida ao longo</li> </ul>	<b>22/10/2012</b>

			membros superiores (ou abraçando uma almofada) tosse com a boca aberta.	do dia.	
		<b>25/10/2012</b> <b>2 x dia</b> <b>(10h; 15h)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Drenagem postural modificada: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Decubito dorsal;</li> <li>○ Decubito lateral esquerdo;</li> <li>○ Decubito lateral direito.</li> </ul> </li> <li>• Utilização de manobras acessórias durante drenagem postural: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Compressão;</li> <li>○ Vibração;</li> <li>○ Percussão.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhoria da capacidade de mobilização das secreções brônquicas;</li> <li>• Melhoria da eficácia do reflexo de tosse;</li> </ul>	<b>29/10/2012</b>
		<b>25/10/2012</b> <b>2 x dia</b> <b>(10h; 15h)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensino de tosse dirigida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consegue autonomamente realizar a técnica de tosse dirigida;</li> <li>• Realiza a técnica de tosse dirigida ao longo do dia.</li> </ul>	<b>29/10/2012</b>

**ANEXOS**

**ANEXO I:**

**Instrumento de Avaliação: Departamento de AVD**

 <b>Actividades Vida Diária</b>		<b>FOLHA DE RELATÓRIO</b> Processo nº:
ELEMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO	Nome:	Médico responsável:
	Diagnóstico:	Incapacidade:
	Idade:	Regime de tratamento:
<b>NOTAS DE AVALIAÇÃO, ADMISSÃO, PROGRESSO OU ALTA</b>		

**Legenda:** No que concerne à AVALIAÇÃO FUNCIONAL deve colocar um X na avaliação inicial e a data nas avaliações subsequentes. Quando não se aplicar o preenchimento de um item, colocar (NA), quando não testado, colocar (NT).

<b>Admissão na UT</b>		<b>Número de Tel.</b>		<b>Enfermeiro Responsável:</b>		<b>Enfermeiro Substituto (data):</b>	
-----------------------	--	-----------------------	--	--------------------------------	--	--------------------------------------	--

<b>Resumo História Clínica</b>	
--------------------------------	--

<b>Habitação</b>	Com quem vive	
	Acessibilidade	
	Casa de banho	

<b>Produtos de apoio</b>	Que possui	
	Propostos (Data)	
	Adquiridos	


<b>Reintegração social</b>	
----------------------------	--

**AVALIAÇÃO FUNCIONAL**

<b>Locomoção</b>	
------------------	--

			<b>Eficaz (Data)</b>	<b>Pouco Eficaz (Data)</b>	<b>Não Eficaz (Data)</b>	<b>Observações</b>
<b>Equilíbrio</b>	Sentado	Estático				
		Dinâmico				
	Em pé	Estático				
		Dinâmico				



 <b>Actividades Vida Diária</b>		<b>FOLHA DE RELATÓRIO</b> Processo nº:
ELEMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO	Nome:	Médico responsável:
	Diagnóstico:	Incapacidade:
	Idade:	Regime de tratamento:
<b>NOTAS DE AVALIAÇÃO, ADMISSÃO, PROGRESSO OU ALTA</b>		

		Indep. Completa	Indep. Modificada	Supervisão	Ajuda mínima (≥75%)	Ajuda moderada (≥50%)	Ajuda Máxima (≥25%)	Ajuda total (≥0%)	Observações
Transferências	Cama								
	Sanita								
	Banheira duche								
	Desníveis								
	Automóvel								
Actividades na cama	Arrastar								
	Virar								
	Deitar								
	Sentar								

<b>Objectivos desta Unidade</b>	
---------------------------------	--

<b>Reunião de Objectivos (Data)</b>	
-------------------------------------	--

<b>Reavaliação (Data)</b>	
---------------------------	--

<b>Reunião de família (Data)</b>	
----------------------------------	--

<b>Nota de alta da UT (Data)</b>	
----------------------------------	--

**ANEXO II:**

**MIF: Medida de Independência Funcional**



## DESCRIÇÃO DOS NÍVEIS DE FUNÇÃO E DA SUA COTAÇÃO

**INDEPENDENTE** – Não é requerida outra pessoa para a actividade. **(SEM AJUDA)**

**7. INDEPENDÊNCIA COMPLETA** – Todas as tarefas descritas que constituem a actividade em questão são realizadas em segurança, sem modificação, sem ajudas técnicas e em tempo razoável.

**6. INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** – A actividade requer: uma ajuda técnica, prótese ou ortótese, um tempo de realização demasiado elevado, ou não pode ser realizada em condições de segurança suficientes.

**DEPENDENTE** – É necessário outra pessoa para supervisão ou ajuda física, sem esta, a actividade não pode ser realizada. **(COM AJUDA)**

**5. SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO** – O sujeito só necessita de um controle, ou uma presença, ou uma sugestão, ou um encorajamento, sem contacto físico. Ou ainda: o ajudante (a ajuda) arranja ou prepara os objectos necessários ou coloca-lhe a ortótese ou prótese (ajuda técnica).

**4. AJUDA COM CONTACTO MÍNIMO** – O contacto é puramente “táctil”, e o sujeito realiza 75% ou mais do esforço

**3. AJUDA MODERADA** – O sujeito requer mais do que um contacto táctil, ou realiza 50% a 74% do esforço.

**DEPENDÊNCIA COMPLETA** – O sujeito efectua menos de metade (menos de 50%) do esforço. Uma ajuda máxima ou total é requerida, sem a qual a actividade não pode ser realizada.

**2. AJUDA MÁXIMA** – O sujeito desenvolve menos de 50%, mas pelo menos 25% do esforço.

**1. AJUDA TOTAL** – O sujeito efectua menos de 25% do esforço

## **A – ALIMENTAÇÃO**

Inclui: a utilização dos utensílios necessários para levar os alimentos à boca, mastigar e engolir com a refeição já devidamente preparada.

### ○ **SEM AJUDA**

**7. INDEPENDÊNCIA COMPLETA** – Come de um prato, com alimentos com todos os tipos de consistências, e bebe de um copo ou de uma taça segundo os costumes habituais sobre uma mesa ou um tabuleiro. Utiliza uma colher ou um garfo normais, a comida é mastigada e deglutida.

**6. INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** – Requer uma adaptação ou uma ajuda técnica como por exemplo uma “palhinha”, uma faca especial, uma colher-garfo, necessita de um tempo mais longo que o normal para comer, ou requer alimentos com consistência modificada, ou há questões de segurança. Se o indivíduo depende em parte de outros tipos de alimentação, como por exemplo parentérica ou por gastrotomia, tem de ser ele próprio a administrar a comida.

### ○ **COM AJUDA**

**5. SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO** – Requer supervisão (por exemplo: estar ao seu lado, estimulá-lo) ou preparação (aplicação de ortóteses); ou outra pessoa é necessária para a abertura dos recipientes, cortar a carne, barrar a manteiga ou servir bebidas.

**4. AJUDA MÍNIMA COM CONTACTO** – O sujeito efectua pelo menos 75% das tarefas de alimentação.

**3. AJUDA MODERADA** – Efectua 50% a 74% das tarefas de alimentação.

**2. AJUDA MÁXIMA** – Efectua 25% a 49% das tarefas de alimentação.

**1. AJUDA TOTAL** – Efectua menos de 25% das tarefas de alimentação. Ou então: utiliza um outro modo de alimentação, como por exemplo parentérica ou por gastrotomia, mas não sozinho ou pelos seus próprios meios.

## **B - HIGIENE PESSOAL: CUIDADOS DE APRESENTAÇÃO E APARÊNCIA EXTERIORES:**

Inclui: higiene oral (dentes), pentear, lavar as mãos e face, e a barba ou maquilhagem.

### **○ SEM AJUDA**

**7. INDEPENDÊNCIA COMPLETA** – Lava os dentes ou dentaduras, penteia ou escova o cabelo, lava as mãos e a cara, faz a barba ou maquilhagem, incluindo a preparação de todos estes gestos. Se individuo não tem o hábito de fazer a barba, maquilhar-se ou lavar os dentes, não valorizar estas tarefas.

**6. INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** – Necessita de equipamento especializado (incluindo prótese ou ortóteses) ou demora mais tempo do que o razoável, ou não o faz nas boas condições de segurança.

### **○ COM AJUDA**

**5. SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO** – Requer supervisão (por exemplo: uma presença, com ou sem encorajamento ou sugestão) ou uma preparação (colocação de uma ortótese ou ajuda técnica, e preparação inicial como por exemplo colocar a pasta dos dentes na escova ou abertura prévia dos produtos de maquilhagem ...).

**4. AJUDA MÍNIMA COM CONTACTO** – O sujeito realiza pelo menos 75% das tarefas.

**3. AJUDA MODERADA** – Realiza 50% a 74% das tarefas.

**2. AJUDA MÁXIMA** – Realiza 25% a 49% das tarefas.

**1. AJUDA TOTAL** – Realiza menos de 25% das tarefas.

## **C – BANHO: (LAVAGEM DO CORPO)**

Inclui: lavagem do corpo, desde o pescoço até aos pés (com exclusão das costas), em banho de imersão, chuveiro ou com uma bacia e esponja ou luva de banho. Efectua estas tarefas em segurança.

○ **SEM AJUDA**

**7. INDEPENDÊNCIA COMPLETA** – Lava e seca o corpo.

**6. INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** – Utiliza equipamento especializado (incluindo prótese ou ortóteses), ou demora mais tempo que o razoável, ou não o faz em boas condições de segurança.

○ **COM AJUDA**

**5. SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO** – Requer supervisão (por exemplo: uma presença, com ou sem encorajamento ou sugestão) ou uma preparação (colocação de um equipamento especializado, e preparação inicial como por exemplo preparação da água ou dos utensílios de limpeza necessários).

**4. AJUDA MÍNIMA COM CONTACTO** – O sujeito realiza 75% ou mais das tarefas.

**3. AJUDA MODERADA** – Realiza 50% a 74% das tarefas.

**2. AJUDA MÁXIMA** – Realiza 25% a 49% das tarefas.

**1. AJUDA TOTAL** – Realiza menos de 25% das tarefas.

**D – VESTIR DA METADE SUPERIOR DO CORPO**

Inclui: vestir da cintura para cima, assim como colocar ou retirar uma prótese ou ortótese da parte superior do corpo, se for caso disso.

○ **SEM AJUDA**

**7. INDEPENDÊNCIA COMPLETA** – Veste-se e despe-se, incluindo obtenção da roupa dos seus locais habituais, tais como gavetas e armários; consegue colocar e apertar o soutien, vestir uma peça de roupa por cima, e apertar e desapertar uma peça de roupa com abertura anterior; consegue

utilizar fechos de correr, botões e molas; coloca e retira próteses ou ortóteses, se for caso disso.

**6. INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** – Necessita de uma adaptação para o fecho, como por exemplo velcro, ou de uma ajuda técnica (incluindo uma prótese ou ortótese), ou demora mais tempo do que é habitual

○ **COM AJUDA**

**5. SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO** – Necessita supervisão (por exemplo: presença, com ou sem encorajamento ou sugestão) ou preparação (colocação de uma ortótese, preparação do vestuário, ou de uma ajuda técnica especializada).

**4. AJUDA MÍNIMA COM CONTACTO** – O indivíduo realiza 75% ou mais das tarefas.

**3. AJUDA MODERADA** – Realiza 50% a 74% das tarefas.

**2. AJUDA MÁXIMA** – Realiza 25% a 49% das tarefas.

**1. AJUDA TOTAL** – Realiza menos de 25% das tarefas, ou não é vestido.

**E – VESTIR DA METADE INFERIOR DO CORPO**

Inclui: o vestir da cintura para baixo, bem como o colocar ou retirar de uma prótese ou de uma ortótese, se for caso disso.

○ **SEM AJUDA**

**7. INDEPENDÊNCIA COMPLETA** – Veste-se e despe-se, incluindo obtenção do vestuário dos seus lugares habituais, como por exemplo gaveta ou armário; consegue vestir a roupa interior, calças, saias, cintos, meias e sapatos; consegue utilizar fechos de correr, botões e molas; coloca e retira próteses ou ortóteses, se for caso disso.

**6. INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** – Necessita de uma adaptação para o fecho, como por exemplo velcro, ou de uma ajuda técnica (incluindo uma prótese ou ortótese), ou demora mais tempo do que é habitual

- **COM AJUDA**

**5. SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO** – Necessita supervisão (por exemplo: presença, com ou sem encorajamento ou sugestão) ou preparação (colocação de uma ortótese, preparação do vestuário, ou de uma ajuda técnica especializada).

**4. AJUDA MÍNIMA COM CONTACTO** – O indivíduo realiza 75% ou mais das tarefas.

**3. AJUDA MODERADA** – Realiza 50% a 74% das tarefas.

**2. AJUDA MÁXIMA** – Realiza 25% a 49% das tarefas.

**1. AJUDA TOTAL** – Realiza menos de 25% das tarefas, ou não é vestido.

## **F – UTILIZAÇÃO DA SANITA**

Inclui: higiene perineal e o despir e vestir a roupa antes e depois da utilização da sanita ou da arrastadeira. Efectua a tarefa em segurança.

- **SEM AJUDA**

**7. INDEPENDÊNCIA COMPLETA** – Limpa-se após a micção ou defecação; coloca pensos higiénicos/ tampões; despe-se e veste-se antes e depois da tarefa.

**6. INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** – Utiliza equipamento especializado (incluindo próteses ou ortóteses ou ajuda técnica), ou demora mais do que o tempo razoável ou não realiza a tarefa em boas condições de segurança

- **COM AJUDA**

**5. SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO** – Necessita supervisão (por exemplo: presença, com ou sem encorajamento ou sugestão) ou preparação (aplicação de ajudas técnicas ou abertura de embalagens).

4. **AJUDA MÍNIMA COM CONTACTO** – O indivíduo realiza 75% ou mais das tarefas.
3. **AJUDA MODERADA** – Realiza 50% a 74% das tarefas.
2. **AJUDA MÁXIMA** – Realiza 25% a 49% das tarefas.
1. **AJUDA TOTAL** – Realiza menos de 25% das tarefas, ou não é vestido.

**Comentário:** Se necessita de uma ajuda para a colocação de uma protecção menstrual (3 a 5 dias por mês em geral) o nível é 5 (Supervisão ou Preparação).

## **G – CONTROLE DA BEXIGA**

Inclui: controle completo e intencional da bexiga e a utilização do equipamento ou dos meios necessários ao controle vesical.

### ○ **SEM AJUDA**

7. **INDEPENDÊNCIA COMPLETA** – Controla completa e adequadamente a bexiga; nunca está incontinente.
6. **INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** – Requer uma sonda, um colector urinário, um dispositivo tipo urinol ou preservativo, fralda, toalhete, ou uma derivação urinária, ou utiliza medicação para o controle vesical; se uma sonda é utilizada, a pessoa instila ou irriga a sonda sem ajuda; limpa, esteriliza e prepara o equipamento para a irrigação sem ajuda. A pessoa utiliza um sistema colector ou um saco ileal sem ajuda de outra pessoa; esvazia, coloca, retira, e limpa o saco colector colocado ao longo do membro inferior, ou esvazia e limpa os sacos ileocólicos. Ausência de acidentes de incontinência.

### ○ **COM AJUDA**

5. **SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO** – Requer supervisão (presença, com ou sem encorajamento ou sugestão) ou preparação (colocação ou esvaziamento) do material para manter um modo de micção correcto, ou para manter um sistema colector externo; ou então, por causa do tempo

necessário para obter uma arrastadeira ou um urinol, ou para alcançar a sanita, a pessoa pode ter um acidente ocasional de incontinência, mas não mais do que uma vez por mês.

**4. AJUDA MÍNIMA COM CONTACTO** – Requer uma ajuda mínima para manutenção de um sistema colector externo; o indivíduo realiza 75% ou mais das tarefas de controle vesical; ou pode ter um acidente ocasional vesical, mas não mais que uma vez por semana.

**3. AJUDA MODERADA** – Requer uma ajuda moderada para a manutenção do sistema externo; a pessoa realiza 50% a 74% das tarefas de controle vesical; ou pode ter fugas urinárias ocasionais, mas não mais que uma vez por dia.

**2. AJUDA MÁXIMA** – Apesar da ajuda a pessoa molha-se frequentemente, quase todos os dias, devendo utilizar fraldas ou outros sistemas absorventes, quer haja ou não uma sonda ou um saco colector. A pessoa realiza 25% a 49% das tarefas de controle vesical.

**1. AJUDA TOTAL** – Apesar da ajuda a pessoa molha-se frequentemente, quase diariamente, necessitando utilizar permanentemente fraldas ou outros sistemas absorventes, quer haja ou não um sistema de estoma ou uma sonda. A pessoa realiza menos de 25% das tarefas de controle vesical.

**Comentário:** O objectivo funcional do controle vesical é abrir o esfíncter uretral somente quando tal é necessário, e de mantê-lo fechado o resto do tempo. Este objectivo pode exigir em algumas pessoas equipamentos, medicamentos ou uma ajuda. Esta rubrica depende então de duas variáveis:

1. – O nível de sucesso do controle vesical
2. – O nível de ajuda necessária

Estas duas variáveis caminham habitualmente a par: quando há mais acidentes, é necessário uma ajuda mais importante. No entanto, se os dois níveis não são idênticos, deve sempre anotar o de nível inferior.

## **H – CONTROLE DAS FEZES**

Inclui: controle intencional e completo da defecação, e utilização do equipamento ou meios necessários à defecação.

### ○ **SEM AJUDA**

**7. INDEPENDÊNCIA COMPLETA** – Controla completa e intencionalmente a defecação, sem episódios de incontinência.

**6. INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** – Utiliza a arrastadeira, a estimulação digital, amaciadores das fezes, supositórios, relaxantes, clisteres ou enemas de forma regular, ou utiliza outras medicações para o controle. Se a pessoa tem uma colostomia assegura a sua manutenção. Sem episódios de incontinência.

### ○ **COM AJUDA**

**5. SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO** – Requer supervisão (uma presença, com ou sem encorajamento ou sugestão) ou a preparação do equipamento para conservar um controle satisfatório, ou para manutenção de um sistema de estoma; ou o indivíduo pode ter um acidente ocasional, mas não mais do que uma vez por mês.

**4. AJUDA MÍNIMA COM CONTACTO** – Requer uma ajuda mínima de contacto para conservar um ritmo correcto de defecação, utilizando supositórios ou clisteres ou de uma ajuda técnica; ou a pessoa pode ter um acidente ocasional, mas nunca mais que uma vez por semana. O indivíduo assegura 75% ou mais das tarefas de controle da defecação.

**3. AJUDA MODERADA** – Requer uma ajuda moderada para conservar um ritmo correcto de defecação, utilizando supositórios, ou clisteres, ou uma ajuda técnica; ou a pessoa pode ter um acidente ocasional mas nunca mais que uma vez por dia. A pessoa assegura 50% a 74% das tarefas de controle da defecação.

**2. AJUDA MÁXIMA** – Apesar da ajuda, a pessoa está suja frequentemente ou quase diariamente, quer haja ou não um estoma. A pessoa assegura 25% a 49% das tarefas de defecação.

**1. AJUDA TOTAL** – Apesar da ajuda, a pessoa está suja frequentemente, ou quase diariamente, necessitando utilizar fraldas ou outros meios

absorventes, quer haja ou não um estoma. A pessoa assegura menos de 25% das tarefas de controle de defecação.

**Comentário:** O objectivo funcional do controle da defecação é abrir o esfíncter anal quando tal é necessário, e de mantê-lo fechado o resto do tempo. Este objectivo pode exigir em algumas pessoas equipamentos, medicamentos ou uma ajuda. Esta rubrica depende então de duas variáveis:

3. – O nível de sucesso do controle intestinal
4. – O nível de ajuda necessária

Estas duas variáveis caminham habitualmente a par: quando há mais acidentes, é necessário uma ajuda mais importante. No entanto, se estes dois níveis não são idênticos, deve sempre anotar o de nível inferior.

## **I – TRANSFERÊNCIAS: LEITO, CADEIRA, CADEIRA**

Inclui: todos os aspectos de uma transferências de e para o leito, a cadeira, ou a cadeira de rodas; ou então a passagem para a posição em pé se a marcha é o modo típico de locomoção, e vice-versa

### **o SEM AJUDA**

#### **7. INDEPENDÊNCIA COMPLETA**

- ☛ Se o doente faz marcha: aproxima-se, senta-se, e passa à posição de pé a partir de uma cadeira normal; transfere-se do leito para a cadeira; realiza estes actos em segurança.
- ☛ Se o doente está em cadeira de rodas: aproxima-se de um leito ou de uma cadeira, trava a cadeira de rodas, afasta os pedais, retira os braços da cadeira de rodas se necessário, e realiza uma rotação em posição de pé, ou uma transferência por deslizamento, e retorna à cadeira de rodas. Realiza estes actos em segurança.

**6. INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** – Requer uma ajuda técnica (incluindo próteses ou ortóteses) tal como uma tábua de deslizamento, uma potência, barras, uma cadeira ou uma cadeira

especial montada ou canadianas; demora mais tempo que o normal, ou não faz a transferência em segurança total.

○ **COM AJUDA**

5. **SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO** – Necessita de supervisão (uma presença, com ou sem encorajamento ou sugestão) ou uma preparação do equipamento (colocação de uma tábua de transferências, mobilização dos pedais da cadeira de rodas, etc.).
4. **AJUDA MÍNIMA COM CONTACTO** – O sujeito assegura 75% ou mais das tarefas de transferência.
3. **AJUDA MODERADA** – Assegura 50% a 74% das tarefas de transferência.
2. **AJUDA MÁXIMA** – Assegura 25% a 49% das tarefas de transferência.
1. **AJUDA TOTAL** – Assegura menos de 25% das tarefas, de transferência.

**Comentário:** Quando do estudo da transferência da cama para a cadeira, o sujeito começa e termina na posição de supino.

**J – TRANSFERÊNCIAS: SANITA**

Inclui: acção de chegar e de se retirar da sanita

○ **SEM AJUDA**

**7. INDEPENDÊNCIA COMPLETA**

- ☛ Se o doente faz marcha: aproxima-se, senta-se, e levanta-se de uma sanita normalizada (standardizada) em segurança.
- ☛ Se o doente está em cadeira de rodas: aproxima-se da sanita, trava a cadeira de rodas, afasta os pedais, tira os braços da cadeira de rodas se necessário, e realiza uma rotação em posição de pé, ou uma translação por deslizamento, e retorna em segurança.

**6. INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** – Requer uma ajuda técnica (incluindo próteses ou ortóteses) tal como uma tábua de transferências, uma potência, barras, ou um assento especial. Demora mais tempo que o normal, ou não faz a transferência em segurança total.

○ **COM AJUDA**

**5. SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO** – Necessita de supervisão (uma presença, com ou sem encorajamento ou sugestão) ou uma preparação do equipamento (colocação de uma tábua de transferências, mobilização dos pedais da cadeira de rodas, etc.).

**4. AJUDA MÍNIMA COM CONTACTO** – O sujeito assegura 75% ou mais das tarefas de transferência.

**3. AJUDA MODERADA** – Assegura 50% a 74% das tarefas de transferência.

**2. AJUDA MÁXIMA** – Assegura 25% a 49% das tarefas de transferência.

**1. AJUDA TOTAL** – Assegura menos de 25% das tarefas, de transferência.

**K – TRANSFERÊNCIA BANHEIRA OU DUCHE**

Inclui: entrar e sair da banheira e/ou duche

○ **SEM AJUDA**

**7. INDEPENDÊNCIA COMPLETA**

☛ Se o doente faz marcha: aproxima-se, entra e sai da banheira ou do duche em segurança.

☛ Se o doente está em cadeira de rodas: aproxima-se da banheira, ou do duche, trava a cadeira de rodas, afasta os pedais, tira os braços da cadeira de rodas se necessário, realiza o movimento de translação por deslizamento, e retorna à cadeira de rodas em segurança.

**6. INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** – Requer uma ajuda técnica (incluindo próteses ou ortóteses) tal como uma tábua de transferências, uma potência, barras, ou um assento especial.

Demora mais tempo que o normal, ou não faz a transferência em segurança total.

○ **COM AJUDA**

5. **SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO** – Necessita de supervisão (uma presença, com ou sem encorajamento ou sugestão) ou uma preparação do equipamento (colocação de uma tábua de transferências, mobilização dos pedais da cadeira de rodas, etc.).
4. **AJUDA MÍNIMA COM CONTACTO** – O sujeito assegura 75% ou mais das tarefas de transferência.
3. **AJUDA MODERADA** – Assegura 50% a 74% das tarefas de transferência.
2. **AJUDA MÁXIMA** – Assegura 25% a 49% das tarefas de transferência.
1. **AJUDA TOTAL** – Assegura menos de 25% das tarefas, de transferência.

**L – DEAMBULAÇÃO NA HORIZONTAL**

Inclui: andar a parti da posição de pé, ou utilizar uma cadeira de rodas uma vez sentado, num piso inferior. Pesquise e mencione o modo de utilização mais frequente: **M** – Marcha ( ) ou **C.R.** – Cadeira de Rodas ( ) ou assinalar os dois, se ambos são igualmente utilizados.

Se está a iniciar um programa de reabilitação, pesquise segundo o modo para o qual o treino é pretendido.

○ **SEM AJUDA**

7. **INDEPENDÊNCIA COMPLETA** – Marcha pelo menos 45 mt. Sem ajuda técnica nem auxiliar de marcha. Não utiliza cadeira de rodas.

**6. INDEPENDÊNCIA MODIFICADA**

- ☛ Marcha pelo menos 45 mt., mas utiliza uma ortótese ou uma prótese, calçado especial, uma canadiana, uma canadiana axilar, ou um andarilho. Demora mais tempo que o normal, ou não se desloca com toda a segurança.
- ☛ Ou, se não faz marcha: utiliza uma cadeira de rodas manual ou eléctrica em independência completa durante pelo menos 45 mt; dá a volta, manobra a cadeira de rodas até uma mesa, um leito, uma

sanita; consegue transpor uma inclinação de pelo menos 3%; manobra a cadeira de rodas sobre alcatifas e soleiras de portas.

**5. EXCEPÇÃO (DEAMBULAÇÃO DENTRO DE CASA)** – Só faz marcha para pequenas distâncias (num mínimo 15 mt) com ou sem auxiliar de marcha. Pode demorar mais tempo que o normal, ou não o faz com toda a segurança, utiliza uma cadeira de rodas normal ou eléctrica autonomamente, mas só para pequenas distâncias (num mínimo 15 mt).

○ **COM AJUDA**

**5. SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO**

- ☛ Se faz marcha: requer uma presença, com ou sem encorajamento ou sugestão, para conseguir andar pelo menos 45 mt.
- ☛ Se não faz marcha: requer uma presença, com ou sem encorajamento ou sugestão, para conseguir andar pelo menos 45 mt em cadeira de rodas.

**4. AJUDA MÍNIMA COM CONTACTO** – O sujeito realiza 75% ou mais do esforço de deambulação para percorrer pelo menos 45 mt.

**3. AJUDA MODERADA** – O sujeito realiza 50% a 74% do esforço de deambulação para percorrer pelo menos 45 mt.

**2. AJUDA MÁXIMA** –. O sujeito realiza 25% a 49% do esforço de deambulação para percorrer pelo menos 15 mt. Necessita da ajuda de uma só pessoa.

**1. AJUDA TOTAL** – O sujeito realiza menos de 25% do esforço, ou requer a ajuda de duas pessoas, ou não faz marcha ou deambulação em cadeira de rodas durante pelo menos 15 mt.

**M – ESCADAS**

Inclui: subir e descer 12 a 14 degraus (um lance de escadas), no interior.

○ **SEM AJUDA**

7. **INDEPENDÊNCIA COMPLETA** – Sobe e desce pelo menos um lance de escadas sem qualquer tipo de apoio ou corrimão, e em segurança.
6. **INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** – Sobe e desce pelo menos um lance de escadas, utilizando um apoio lateral ou um corrimão, ou uma canadiana, ou um outro auxiliar de marcha. Demora mais tempo que o normal, ou não o faz com toda a segurança.
5. **EXCEPÇÃO (DEAMBULAÇÃO DENTRO DE CASA)** – Sobe e desce 4 a 6 degraus de forma autónoma, com ou sem auxiliar de marcha ou ajuda técnica. Pode demorar mais do que o tempo normal, ou não o faz com toda a segurança.

○ **COM AJUDA**

5. **SUPERVISÃO** – Requer uma presença, com ou sem encorajamento ou sugestão, para subir e descer um lance de escadas.
4. **AJUDA MÍNIMA COM CONTACTO** – O sujeito realiza 75% ou mais do esforço para subir e descer um lance de escadas.
3. **AJUDA MODERADA** – O sujeito realiza 50% a 74% do esforço de subir e de descer um lance de escadas
2. **AJUDA MÁXIMA** –. O sujeito realiza 25% a 49% do esforço de subir e de descer 4 a 6 degraus. Necessita da ajuda de uma só pessoa.
1. **AJUDA TOTAL** – Realiza menos de 25% do esforço, ou necessita de ajuda de duas pessoas, ou não sobe e desce 4 a 6 degraus, ou tem de ser transportado.

**N – COMPREENSÃO**

Inclui: compreensão de uma comunicação visual ou auditiva, isto é de uma informação linguística falada ou escrita, ou por gestos. Verifique e avalie o modo habitual de compreensão:

**A** = Auditivo ( )   **V** = Visual ( );

Se ambos são igualmente utilizados marque **A** e **V**

- **SEM AJUDA**

- 7. **INDEPENDÊNCIA COMPLETA** – Compreende as directivas escritas ou faladas e a conversação complexa ou abstracta; compreende a sua língua natal escrita ou falada.

- 6. **INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** – Compreende as directivas escritas ou faladas e a conversação complexa ou abstracta na maioria das situações ou com uma ligeira dificuldade. Não necessita de ajuda. Pode ter necessidade de uma ajuda áudio – visual, ou outra ajuda técnica, ou de mais tempo que o normal para compreender a informação.

- **COM AJUDA**

- 5. **AJUDA PRESENTE** – Compreende as conversações ou os textos sobre as necessidades quotidianas básicas em mais de 90% dos casos. Tem necessidade de ajuda (conversação a velocidade mais baixa, repetição, acentuação ou ênfase de palavras ou frases particulares, pausas; orientação visual ou gestual) em menos de 10% das vezes.

- 4. **AJUDA MÍNIMA** – Compreende as conversações ou os textos acerca das necessidades quotidianas básicas em 75% a 90% das vezes.

- 3. **AJUDA MODERADA** – Compreende as conversações ou os textos acerca das necessidades quotidianas básicas em 50% a 74% das vezes.

- 2. **AJUDA MÁXIMA** – Compreende as conversações ou os textos acerca das necessidades quotidianas básicas em 25% a 49% das vezes. Pode só compreender questões ou afirmações simples.

- 1. **AJUDA TOTAL** – Compreende as conversações ou os textos acerca das necessidades quotidianas básicas em menos de 25% das vezes. Ou não compreende questões simples ou pode não responder de forma apropriada ou compreensível apesar da ajuda.

**Comentário:** Compreensão de informação complexa ou abstracta inclui mas não está limitada a: conversas em grupo, acontecimentos correntes difundidos em programas de televisão ou

artigos de revistas, ou informação abstracta como religião, humor, matemática ou finanças, utilizada diariamente.

Informação acerca das necessidades quotidianas básicas, refere-se a: conversação, directivas, textos, questões ou afirmações relacionadas com as necessidades do sujeito sobre alimentação (incluindo ingestão de líquidos), eliminação, higiene, dormida (necessidades fisiológicas).

## **O – EXPRESSÃO**

Inclui: a expressão clara da linguagem verbal e não verbal, isto é, a expressão da informação linguística verbal ou gráfica (usando a escrita ou um outro sistema de comunicação) com sentido e gramática apropriados e exactos.

Verifique e avalie o modo habitual de compreensão:

**V** = Verbal ( ) **N** = Não Verbal ( );

Se ambos são igualmente utilizados marque **V** e **N**

### ○ **SEM AJUDA**

**7. INDEPENDÊNCIA COMPLETA** – Exprime ideias completas ou abstractas de forma clara e fluente.

**6. INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** – Exprime ideias complexas ou abstractas na maioria das situações, ou com discreta dificuldade. Não necessita de ajuda. Pode ter necessidade de um sistema ou dispositivo de comunicação.

### ○ **COM AJUDA**

**5. AJUDA PRESENTE** – Expressa as necessidades e as ideias essenciais da vida quotidiana em mais de 90% das vezes. Tem necessidade de ajuda (por exemplo repetição frequente), em menos de 10% das vezes para ser compreendido.

4. **AJUDA MÍNIMA** – Expressa as necessidades e as ideias essenciais da vida quotidiana em 75% a 90% das vezes.
3. **AJUDA MODERADA** – Expressa as necessidades e as ideias essenciais da vida quotidiana em 50% a 74% das vezes.
2. **AJUDA MÁXIMA** – Expressa as necessidades e as ideias essenciais da vida quotidiana em 25% a 49% das vezes. Pode só utilizar palavras isoladas, ou gestos. Necessita de ajuda em mais de 50% do tempo.
1. **AJUDA TOTAL** – Expressa as necessidades e as ideias essenciais da vida quotidiana em menos de 25% das vezes. Ou não exprime as necessidades essenciais de forma apropriada ou de forma compreensível apesar da ajuda.

**Comentário:** Exemplos de ideias abstractas ou complexas incluem, mas não estão limitados a: discussão de acontecimentos correntes ou de relações com os outros.

A expressão das necessidades e das ideias essenciais refere-se à capacidade do sujeito para comunicar acerca das actividades diárias necessárias tais como alimentação (incluindo líquidos), eliminação, higiene e dormida (necessidades fisiológicas).

## **P – INTERACÇÃO SOCIAL**

Inclui: os desempenhos (as técnicas e os meios) para fazer-se compreender e participar com os outros nas situações terapêuticas e sociais. Isto representa a maneira como a pessoa lida com as próprias necessidades e em simultâneo com os outros.

### ○ **SEM AJUDA**

7. **INDEPENDÊNCIA COMPLETA** – Conduz-se de forma apropriada com os membros da equipe de saúde, com os outros doentes, e com a família (por exemplo: controla o seu temperamento, aceita a crítica, está consciente do impacto das suas palavras e das suas acções sobre os outros).
6. **INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** – Conduz-se de forma apropriada com os membros da equipe de saúde, com os outros doentes, e com a família na

maioria das situações ou com ligeira dificuldade. Não é necessária supervisão. Pode necessitar de mais tempo do que o necessário para se adaptar às situações sociais ou pode ter necessidade de medicação para controle.

○ **COM AJUDA**

5. **SUPERVISÃO** – Requer supervisão, (presença para encorajar, controlar, sugerir ou ajudar) só sob situações de stress ou não familiares, mas não mais que 10% das vezes. Pode necessitar de encorajamento para iniciar a participação.
4. **DIRECÇÃO MÍNIMA** – O sujeito conduz-se de forma apropriada em 75% a 90% das vezes.
3. **DIRECÇÃO MODERADA** – O sujeito interage apropriadamente em 50% a 74% das vezes.
2. **DIRECÇÃO MÁXIMA** – O sujeito conduz-se de forma apropriada em 25% a 49% das vezes. Pode necessitar uma restrição de contactos e deslocamentos.
1. **DIRECÇÃO TOTAL** – O sujeito nunca se conduz de forma apropriada, ou fá-lo em menos de 25% das vezes. Pode necessitar uma restrição de contactos e deslocamentos.

**Comentário:** Exemplo de condutas socialmente inapropriadas: perda de controle do carácter; linguagem excessiva, grosseira ou violenta; riso e choro excessivos; violência física; ou atitude de afastamento total sem interacção.

## **Q – RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS DA VIDA QUOTIDIANA**

Inclui: as capacidades (os desempenhos) necessários à resolução dos problemas da vida quotidiana, isto é: a tomada de decisões razoáveis, seguras, adaptadas ao momento acerca das tarefas sociais, financeiras e pessoais, assim como a iniciação, o acompanhamento e autocorreção das tarefas e actividades para resolução destes problemas.

- **SEM AJUDA**

**7. INDEPENDÊNCIA COMPLETA** – Reconhece os problemas, toma as decisões apropriadas, inicia e conduz uma sequência de disposições destinadas à resolução de problemas complexos até ao fim e autocorrige eventuais erros.

**6. INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** – Reconhece os problemas, toma as decisões apropriadas, inicia e conduz uma sequência de disposições destinadas à resolução de problemas complexos na maioria das situações, ou com discreta dificuldade, ou necessita de mais tempo que o normal para decidir ou para resolver problemas complexos.

- **COM AJUDA**

**5. SUPERVISÃO** – Necessita de supervisão, (com ou sem encorajamento ou sugestão) para resolver problemas de rotina, mas somente em condições de stress ou não familiares, e em menos de 10% das vezes.

**4. DIRECÇÃO MÍNIMA** – O sujeito resolve os problemas de rotina em 75% a 90% das vezes.

**3. DIRECÇÃO MODERADA** – O sujeito resolve os problemas de rotina em 50% a 74% das vezes.

**2. DIRECÇÃO MÁXIMA** – O sujeito resolve os problemas de rotina em 25% a 49% das vezes. Tem necessidade de ser dirigido mais de 50% das vezes para poder iniciar, planificar ou completar actividades simples diárias. Pode necessitar uma restrição dos contactos por razões de segurança.

**1. DIRECÇÃO TOTAL** – O sujeito resolve os problemas de rotina em menos de 25% vezes. Tem necessidade de ser quase sempre dirigido , ou não chega realmente a resolver os problemas encontrados. Pode ter necessidade de ser dirigido de uma forma constante para completar simples actividades diárias. Pode necessitar uma restrição dos contactos e deslocamentos por razões de segurança.

**Comentário:** Exemplos de problemas complexos incluem actividades tais como: verificar uma conta, participar nos planos de alta, autoadministrar os medicamentos, confrontar problemas interpessoais, e tomar decisões sobre o emprego.

Exemplos de problemas de rotina incluem: completar com sucesso as tarefas diárias ou lidar com situações não planeadas ou ocasionais que ocorrem durante as actividades quotidianas.

## **R – MEMÓRIA**

Inclui: as competências necessárias para a implicação real nas realizações da vida corrente, em instituição ou na comunidade, em particular a capacidade de armazenar e de recuperar informação, em especial verbal ou visual. Um deficit de memória dificulta a aprendizagem bem como a realização das tarefas.

### ○ **SEM AJUDA**

**7. INDEPENDÊNCIA COMPLETA** – Reconhece as pessoas que encontra com frequência e lembra-se das actividades quotidianas habituais. Executa os pedidos e solicitações do outro sem necessidade de repetição.

**6. INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** – Tem alguma dificuldade em reconhecer as pessoas, lembra-se das actividades habituais e pedidos de outros. Utiliza, quando necessário “truques” pessoais, anotações ou outras ajudas.

### ○ **COM AJUDA**

**5. SUPERVISÃO** – Requer ajuda (sugestão ou repetição), mas só em condições de stress ou não familiares, e em não mais de 10% das vezes.

**4. AJUDA MÍNIMA** – O sujeito reconhece ou lembra-se em 75% a 90% das vezes.

**3. AJUDA MODERADA** – O sujeito reconhece ou lembra-se em 50% a 74% das vezes.

**2. AJUDA MÁXIMA** – O sujeito reconhece ou lembra-se em 25% a 49% das vezes. Tem necessidade de ajuda em mais de 50% das vezes.

**1. AJUDA TOTAL** – O sujeito reconhece ou lembra-se em menos de 25% das vezes ou, de facto, não reconhece nem se lembra.