

## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização

### **Enfermagem de Reabilitação**

**As intervenções de enfermagem de reabilitação,  
promotoras do autocuidado higiene e conforto e  
vestir e despir, à pessoa dependente em contexto  
domiciliário**

**Tânia Cristina Soares de Carvalho Cardoso**

**2014**



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização

### **Enfermagem de Reabilitação**

**As intervenções de enfermagem de reabilitação,  
promotoras do autocuidado higiene e conforto e  
vestir e despir, à pessoa dependente em contexto  
domiciliário**

**Tânia Cristina Soares de Carvalho Cardoso**

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

**2014**



*“Se nunca abandonas o que é importante para ti, se te importas tanto, a ponto de estares disposto a lutar para obtê-lo, asseguro-te que a tua vida estará plena de êxito. Será uma vida dura, porque a excelência não é fácil; mas valerá a pena”.*

Richard Bach

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer a todas as pessoas dependentes e cuidadores que compartilharam comigo as suas experiências e vivências, dando-me a oportunidade de crescer enquanto enfermeira e futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação.

À Professora Doutora Maria Manuela Gândara um agradecimento especial pela orientação, disponibilidade, estímulo, apoio, dedicação, com grande contribuição para o sucesso de todo o percurso e trabalho efetuado.

A todos os enfermeiros orientadores onde realizei o Estágio, pela sua dedicação e compreensão, que contribuíram para a minha aprendizagem e para o meu crescimento pessoal e profissional.

Às minhas amigas e colegas de curso Maria João, Mónica, Natália e Raquel por todos os momentos ao longo deste percurso de partilha, de incentivo e de amizade.

Aos meus amigos pelo incentivo, força e estímulo.

À minha família pelo apoio incondicional, carinho e incentivo ao longo deste percurso e por perceberem os meus vários momentos de ausência.

Ao Henrique, pelo grande apoio, amizade, amor, cumplicidade, partilha, motivação, tolerância e compreensão, em todos os momentos...

À minha princesa Inês, que chegou a meio desta etapa, a minha fonte de inspiração, que me deu força para terminar...

A todos os que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste meu percurso.

## **SIGLAS**

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACS - Alto Comissariado da Saúde

AVD – Atividade de Vida Diária

AVD's – Atividades de Vida Diária

BOLD- Burden of Obstructive Lung Disease

CR- Cadeira de rodas

DAFR – Departamento de Adaptação Funcional Respiratória

DGS - Direção Geral de Saúde

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL - Equipa de Coordenação Local

ER- Enfermagem de Reabilitação

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

MIF – Medida de Independência Funcional

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RR – Reabilitação Respiratória

SRA – Serviço de Reabilitação de Adultos

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UMRNCCI - Unidade Missão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UTAVD's – Unidade de tratamento de atividades de vida diária

## RESUMO

O envelhecimento da população e o aumento das doenças crônicas potencialmente incapacitantes, conduzem a situações de dependência e de vulnerabilidade, não só para as pessoas dependentes no autocuidado, como também para a sua família.

Estes são confrontados com uma alteração na autonomia na realização das Atividades de Vida Diária (AVD), o que se repercute em alterações consideráveis em toda a dinâmica familiar.

É fundamental a intervenção por parte do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, visando a melhoria da qualidade de vida da pessoa dependente e respetiva família, promovendo a sua autonomia e deste modo ajudando-os a adaptar-se à nova situação.

O objetivo principal para o Estágio foi o desenvolvimento de intervenções de enfermagem de reabilitação promotoras do autocuidado higiene e conforto e vestir e despir, à pessoa com dependência em contexto domiciliário, na compreensão das principais dificuldades que as pessoas dependentes e famílias encontram no domicílio na realização destas AVD`s. Esta compreensão permitiu identificar as principais dificuldades para a promoção da autonomia, uma vez que a maior partes das pessoas possuíam elevado grau de dependência. De entre estas destacam-se a centralidade da pessoa na tomada de decisão, o envolvimento precoce da família nos cuidados no planeamento da alta, a adequação dos cuidados para o contexto domiciliário, a dificuldade na reintegração social da pessoa dependente, o que implica uma intervenção adequada tendo em vista a autonomia da pessoa no domicílio.

É premente e fundamental a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação em contexto domiciliário, para que exista uma continuidade de cuidados iniciados durante o período de internamento, tendo em atenção o respeito pelas pessoas dependentes e família no processo educativo. Esta intervenção adequada, vai-se refletir na permanência da pessoa dependente no domicílio sem necessitar de recorrer ao internamento hospitalar e num aumento da autonomia no seu autocuidado.

**Palavras-chave:** enfermagem de reabilitação; pessoa dependente; autocuidado; atividades de vida diária; preparação do regresso a casa.

## **ABSTRACT**

The population aging and the increase of potentially disabling chronic conditions, lead to situations of dependency and vulnerability, not only to the dependants in self care, as well as for their relatives.

These are confronted with amendment on autonomy in carrying out the Activities of Daily Living (ADL), which affects in considerable changes in family dynamics.

Intervention is essential by the nurse specialist in rehabilitation nursing, aiming at the improvement the quality of life of the dependent person and their family, promoting their autonomy and thus helping them to adapt to the new situation. The main objective for this training was the development nursing interventions promoting the self-care rehabilitation, hygiene and comfort, dressing and undressing, and prepare the dependent person and family to realize the main needs that they can found in domicile in conducting these ADL's. This understanding has allowed me identify the main difficulties for the autonomy promotion, since most of the people had high degree of dependency. Among these we highlight the centrality of the person in the decision-making process, the early involvement of the family in discharge care plan, the adequacy of care for home care context, difficulty in social reintegration difficulties of the dependent person, which implies a suitable intervention aimed at the autonomy of the person at home. It's urgent and fundamental the intervention of rehabilitation specialist nurse in home care because there is a continuing care plane initiated during the internment period, taking into account respect for dependants and family during the educational process. This proper intervention will reflect on permanence of the dependent person at home without the need for recourse to hospitalization and the increased autonomy in self care.

**Key words:** rehabilitation nursing; dependent person; self- care; activities of daily living; discharge plan.

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	9
1. A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA PESSOA DEPENDENTE: O PENSAMENTO DE DOROTHEA E. OREM.....	18
2.A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PROMOTORA DO AUTOCUIDADO NA PESSOA DEPENDENTE .....	25
2.1. Intervenção de Enfermagem de Reabilitação junto da pessoa dependente em contexto domiciliário .....	25
2.2. O processo de reabilitação da pessoa dependente em uma instituição de reabilitação .	41
3.O PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA PESSOA COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA: A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE EEER.....	52
4. REFLEXÃO FINAL .....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61

## APÊNDICES

APÊNDICE I - Cronograma de Estágio

APÊNDICE II - Objetivos, Atividades a desenvolver, Critérios de Avaliação e Recursos

APÊNDICE III - Reflexões da Prática de Cuidados em Diferentes Contextos

APÊNDICE IV - Breve descrição da Instituição de Reabilitação

APÊNDICE V - Plano de Cuidados realizado em contexto domiciliário

APÊNDICE VI - Plano de Cuidados realizado numa Instituição de Reabilitação

APÊNDICE VII - Plano de Cuidados realizado no Departamento de Readaptação Funcional Respiratória

## INTRODUÇÃO

A realização deste Relatório de Estágio é o culminar de um percurso de aprendizagem efetuado com o objetivo de dar resposta à temática desenvolvida no trabalho do projeto.

O processo de aprendizagem e educação ao longo do percurso de Estágio, é um desafio, para a aquisição de novas competências. Essas competências revelam-se também como um processo dinâmico e adaptativo dos saberes às diversidades encontradas como às adversidades do quotidiano. Benner refere que “ é ao longo do tempo que uma enfermeira adquire a “experiência”, e que o conhecimento clínico - mistura entre os conhecimentos práticos simples e os (...) teóricos brutos - se desenvolve” (2001, p.37), pelo que as experiências concretas decorridas geram as perceções e os atos de perito que permitem ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) apreender as situações, adquirindo assim novos saberes e competências.

De início a temática do meu projeto focava-se na promoção das intervenções de enfermagem de reabilitação promotoras do autocuidado higiene e conforto e vestir e despir, às pessoas que sofreram um Acidente Vascular Cerebral (AVC) em contexto domiciliário. Contudo para conseguir atingir os objetivos a que me propus, tive de direcionar o enfoque da minha intervenção para as pessoas que se encontrassem dependentes nas AVD's, em particular as referidas (higiene e conforto, vestir e despir), uma vez que não existia no momento nenhum utente no período em que realizei Estágio no ACES com AVC. Nesse sentido, reformulei o projeto, os objetivos e as atividades, ficando um pouco mais abrangente pelo que “as intervenções de enfermagem de reabilitação, promotoras do autocuidado higiene e conforto e vestir e despir, à pessoa dependente em contexto domiciliário” passaram a constituir o núcleo central do projeto. Esta alteração foi na mesma bastante motivante para mim, continuando a ser uma temática do meu interesse, uma vez que exerço a minha atividade profissional num serviço de Medicina Interna. É um serviço misto, em que as pessoas internadas são na sua grande maioria pessoas idosas, com diversas patologias médicas associadas, com pessoas com doenças crónicas e dependentes, sendo fundamental a intervenção do EEER. Como nos diz Cardoso & Eusébio “o foco principal da reabilitação é o indivíduo, desta forma o objetivo principal, será colaborar com o mesmo a atingir a máxima qualidade de vida, com dignidade, auto-estima e independência” (2011, p.35).

O aumento da esperança média de vida, aumentou o número de pessoas com doenças crónicas e em situação de dependência, dada a vulnerabilidade principalmente a nível do grupo etário dos idosos. Como afirma Sequeira (2007) as pessoas com mais de 65 anos de idade possuem uma doença crónica e diversas patologias associadas, precisando de ajuda para o autocuidado e realização das atividades de vida diária, recaindo esta sobre a família.

Como é referido no 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 (2009) cerca de 21,94% da população apresenta uma incapacidade física de longa duração. Destes, 3,59% requerem ajuda de alguém no autocuidado. Estima-se que Portugal, em 2050, seja um dos Países da União Europeia com maior percentagem de idosos (31,9%) (Instituto Nacional de Estatística Censos, 2001). O envelhecimento demográfico, as alterações no padrão de doenças e na estrutura social e familiar verificados em Portugal nos últimos anos, determinam novas necessidades de saúde e sociais, como a adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas destas pessoas, assim como a promoção e desenvolvimento de atividades promotoras da autonomia, a deteção e eliminação de barreiras arquitetónicas, bem como a necessidade da existência de serviços que prestem apoio domiciliário, entre outros.

Com o envelhecimento e o aumento de pessoas com doenças crónicas vai existir a perda de autonomia dificultando ou impossibilitando a realização das atividades do autocuidado. A dependência *“é uma situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária”* (Decreto-Lei nº 101/2006).

Os internamentos hospitalares são cada vez mais curtos, e deste modo as famílias têm que rapidamente ser capazes de assumir os cuidados após o regresso da pessoa dependente a casa. São vários os fatores que influenciam o regresso a casa de uma pessoa dependente no autocuidado. Independentemente da situação que a levou ao internamento hospitalar, fatores como a duração do internamento, a diversidade de necessidades que requerem a atenção por parte dos enfermeiros, o insuficiente apoio aos familiares, a falta de informação de como aceder aos recursos são alguns dos fatores a ter em atenção (Maramba, Richards & Larrabee, 2004), como é reforçado em alguns estudos, cerca de 93% dos utentes e 70% dos familiares afirmam ter recebido pouca ou nenhuma informação sobre a sua doença e sobre os cuidados a ter após alta hospitalar (Cameron&Gignac,2008).

De acordo com Branco & Santos (2010),

“todos os ensinamentos e treinos realizados durante o internamento se revestem de uma importância fundamental para garantir a continuidade de cuidados. Porém verifica-se que muitas vezes a família, face ao peso da responsabilidade, sente-se novamente incapaz de lidar com a situação, sendo por vezes necessário reforçar o processo de aprendizagem, desta vez, adaptado a um ambiente familiar, pelo que, a visita domiciliária após a alta hospitalar se reveste de igual importância” (p.130).

Torna-se assim relevante uma abordagem especializada da Enfermagem de Reabilitação (ER), já que o EEER, tem como principal função ajudar a pessoa e sua família a adaptar-se à sua situação de incapacidade e doença, tendo em conta os seus recursos e as suas capacidades. Como refere Hesbeen (2010), o espírito da reabilitação permite a cada profissional “mudar a sua visão dos factos, ajustá-la para tentar ver melhor, ou analisar melhor, tendo em vista agir adequadamente perante as situações humanas que se lhe apresentem” (p. 35). O EEER por possuir um corpo de conhecimento e saberes específicos pode intervir junto das pessoas portadoras de incapacidade a recuperarem o seu potencial funcional e maximizarem a sua autonomia e independência (OE, 2010). Como nos é descrito no enunciado descritivo, “O bem-estar e o autocuidado”, da OE, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente. Na procura permanente da excelência no exercício profissional, são elementos importantes face ao bem-estar e ao autocuidado (OE, 2002). De acordo com Petronilho (2012), existe um número reduzido de trabalhos centrados na capacidade da pessoa em realizar as atividades de vida, que designou por autocuidado básico (alimentar-se, vestir-se, higiene pessoal) em relação a estudos existentes sobre a capacidade para gerir a doença crónica. Apesar de existirem poucos estudos sobre a promoção do autocuidado, sabe-se que a dependência da pessoa relacionada com doença crónica pode ser retardada ou minorada, sendo a transição para a dependência no autocuidado, um fator alterado através da promoção do autocuidado, daí incidir a importância desta temática. Como nos diz a revisão sistemática de literatura de Paixão Teixeira & Silva (2009) a incapacidade motora é a principal consequência para a pessoa necessitar de ajuda para as AVD's, nomeadamente a alimentação, higiene pessoal e a mobilização em geral. Os estudos de Skidmore (2005), Hartman-Maeir et al. (2007), Paixão Teixeira & Silva (2009), reforçam que as pessoas apresentam dificuldades na AVD's, principalmente nos cuidados de higiene e no vestir e despir. O estudo de Landi et al. (2006) conclui que as pessoas que receberam cuidados de reabilitação, têm um maior nível de

independência nas AVD's no período de 8 semanas do que a pessoa que não teve os mesmos cuidados, sendo fundamental a intervenção precoce do EEER.

A pessoa dependente depara-se com a existência de um desequilíbrio em relação ao meio ambiente, através das suas limitações e incapacidades, existindo um défice na sua ação de autocuidado, não conseguindo atender às exigências de continuar a cuidar de si próprio (Orem, 2001). Deste modo, esta perspectiva da Orem e através da revisão sistemática de literatura vieram reforçar a minha intenção para a promoção do autocuidado nas AVD's higiene e conforto e vestir e despir na pessoa dependente.

O EEER é assim um o perito que “age a partir de uma compreensão profunda da situação global” (Benner, 2001, p. 58). De acordo com a mesma autora, as competências do EEER nos cuidados às pessoas e respetivas famílias são fundamentais quando se adquire a perícia a nível profissional no sentido de ajudar a pessoa a promover a sua autonomia e à família/cuidador a desenvolver capacidades para cuidarem do seu familiar, equacionando todas as variáveis que possam surgir neste processo de aprendizagem contínuo.

Neste sentido, para um sucesso na continuidade de cuidados e na utilização adequada de recursos, as equipas de saúde responsáveis pelo planeamento devem identificar, o mais cedo possível, as necessidades dos cuidados pós-alta, desenvolvendo com a participação da pessoa e cuidador: a) planos de intervenção apropriados que minimizem o risco de readmissões ou de complicações; b) ações programadas de formação (informação, demonstração e treino) desde o início do processo de cuidados; c) disponibilização dos recursos no momento da alta, de forma a evitar situações de desnecessário prolongamento do internamento (Byles 2000, Smeeth et al 2001, Santos 2002 e Petronilho 2007).

Como nos diz o estudo de Louro (2009), no dia da alta para o domicílio, 44,8% dos doentes apresentava uma dependência moderada, 29,2% total e 15,2% dependência severa; nenhum dos doentes tinha sido referenciado pela equipa de gestão de altas para os cuidados domiciliários. Logo, quando a família não é envolvida durante o internamento na prestação de cuidados ou no processo de preparação da alta do seu familiar, aquando o momento de alta para o domicílio, as preocupações centram-se nas complicações, nas recaídas e na falta de conhecimentos para cuidar. No momento da alta os doentes receiam, fundamentalmente, ir depender de terceiros nas recaídas e a falta de condições em casa (Louro, 2009). Deste modo, muitas famílias têm de assumir os cuidados dos seus familiares em situação de dependência, o que vai implicar muitas vezes uma sobrecarga a nível emocional, física e sócio-económica. Os

familiares experimentam uma série de sentimentos, como sejam medo, preocupação, vulnerabilidade e insegurança, onde a intervenção do enfermeiro é fundamental, no sentido de promover uma relação empática e o bem-estar familiar (Sequeira, 2009).

No processo de aprendizagem é necessário que além da pessoa cuidada seja envolvida a família. Assim, é imprescindível que este,

*“... seja considerado o alvo prioritário de intervenção para os profissionais de saúde, com o intuito de avaliarem as suas capacidades para a prestação de cuidados, o seu estado de saúde, as dificuldades que emergem do contexto, as estratégias que pode utilizar para facilitar o cuidado, a informação de que dispõe e a capacidade para receber e interpretar a informação”* (Sequeira, 2007,p.107).

O cuidador necessita de tempo para se adaptar à transição da nova situação de dependência e para adquirir novas competências e exercer esse novo papel de cuidar no domicílio. É neste contexto que Petronilho (2007,p.78) refere que a *“relação de cuidados com o membro da família cuidador não pode passar apenas por um momento de ensino-aprendizagem”*. Quando o EEER planifica a sua atividade, deve atender às necessidades da pessoa dependente e dos respetivos membros da família, o que exige *“uma abordagem centrada na preparação dos familiares para o desempenho adequado do papel de cuidadores, através da aquisição de um conjunto de recursos, nomeadamente, conhecimentos, habilidades e outros tipos de suporte (económico, emocional, social) ”* (Petronilho, 2007, p.82). É fundamental a informação que é transmitida ao cuidador durante o internamento da pessoa dependente para que este adquira conhecimentos e capacidades, que o tornem apto a cuidar no domicílio e exista depois a continuidade de cuidados por parte do EEER da equipa de cuidados domiciliários.

Deste modo, a visita domiciliária é considerada como um instrumento fundamental que o EEER dispõe, para conhecer o meio em que a família vive e a influência que o mesmo pode exercer sobre a saúde familiar, tratando-se por isso de uma oportunidade única para o enfermeiro intervir adequadamente na família. Como nos diz Martins (2002, p.106) *“o acompanhamento do doente no domicílio também passa por um reajuste nos ensinamentos sobre o autocuidado e a melhor forma de ser independente”*. Todavia, este processo requer por parte da equipa de enfermagem, o envolvimento do familiar cuidador no planeamento de cuidados, que *“deve ser individual e com a preocupação centrada na sua participação ativa, condição óbvia para que haja aprendizagem”* (Petronilho, 2007, p.76). A prática de enfermagem implica que se assumam uma intenção de ajuda e um compromisso de se desenvolverem as práticas de cuidados (Benner, 2001).

A preparação do regresso a casa de uma pessoa dependente implica conhecer a situação de dependência da pessoa no autocuidado e o modo como o cuidador perspetiva a continuidade dos cuidados em casa, mas também implica conhecer qual a informação que o cuidador tem sobre os cuidados a prestar a uma pessoa dependente no autocuidado e os recursos pessoais e locais vocacionados para continuar os cuidados em casa, assim como todo o processo terapêutico. É fundamental que inicialmente seja realizado por parte do EEER uma avaliação inicial da situação, de modo a que o cuidador possa expressar as suas dúvidas e inquietações, para que atempadamente se possa intervir para ajudar a lidar com a situação.

Em Portugal, nos últimos anos, tem existido a preocupação com a problemática do autocuidado, com a procura de encontrar soluções que nos permitam lidar com o aumento do número de pessoas dependentes. A nível político, têm surgido medidas que pretendem dar resposta a esta nova situação, nomeadamente através da criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Criada pelo Decreto-lei n.º 101/2006 de 6 de Junho de 2006, no âmbito dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade Social para dar resposta e continuidade de cuidados a pessoas em situação de dependência, é constituída por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados de saúde e de apoio social.

A RNCCI<sup>1</sup> com grande aposta na reabilitação daquele que “por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária” (Decreto-lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

O exercício profissional dos EEER assenta não só, na eficácia da promoção da autonomia no autocuidado junto do indivíduo, bem como no aumento das competências dos membros da família para o exercício do papel de prestadores (Pereira, 2007; Silva, 2007; OE, 2010). A

---

<sup>1</sup> São objetivos da RNCCI “a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.” Os cuidados continuados integrados visam melhorar a funcionalidade dos doentes, tendo com objetivos: “Reabilitar - melhorar a funcionalidade com vista a diminuir a dependência; Readaptar – contribuir para a promoção do autocuidado com vista a assegurar a melhor qualidade de vida possível no quadro das limitações decorrentes da doença; Reintegrar – no meio onde a pessoa vai continuar a viver (a sua própria casa, residência de familiares ou alguma forma de internamento residencial público, privado ou social)” (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho de 2006).

criação RNCCI da vem ao encontro das novas necessidades em saúde da população, apoiando-se numa aposta clara na reabilitação dos indivíduos dependentes no autocuidado e/ou no desenvolvimento de competências do cuidador em prestar cuidados à pessoa dependente (Decreto-lei nº 101/2006, de 6 de Junho).

Após a alta, e enquanto muitas vezes aguarda uma vaga numa Unidade da RNCCI, a pessoa dependente regressa ao seu domicílio e é aqui que se confronta, assim como a família, com uma realidade até agora desconhecida, o que compromete por vezes o seu processo de reabilitação, bem como a transição para esta nova realidade conduz a uma problemática para o cuidador.

É deste confronto com a realidade que a intervenção do EEER assume um papel primordial, devendo este tentar compreender e identificar, na perspetiva da pessoa dependente quais as principais dificuldades, receios e obstáculos com que estes se deparam, qual o tipo de apoio que mais necessitam, qual a preparação que detêm, de forma a colmatar o que possa ter sido mais difícil ou menos concretizado no contexto de internamento. Ainda existe alguma tendência para que a atenção prestada pela equipa de enfermagem esteja direcionada para o utente, esquecendo-se muitas vezes que a família precisa de apoio a maioria das vezes, pois a prestação de cuidados a utentes com dependência conduz a uma sobrecarga emocional, financeira, física, social e familiar, aos cuidadores informais muito difícil de ultrapassar (Correia, Teixeira & Marques, 2005). Na perspetiva destes autores “cuidar de um doente dependente em contexto familiar não é fácil. As famílias vivem “a situação como um problema, devido às exigências progressivas que implicam as situações de cuidado informal, e as repercussões que delas advêm” (Correia, Teixeira & Marques, 2005, p.126).

A pessoa dependente deixa de ser agente das suas atividades de autocuidado. Assim necessita de ajuda do enfermeiro/cuidador para suprir as necessidades de autocuidado. Este pode ser definido como “ uma função humana reguladora que as pessoas têm deliberadamente, de desempenhar por si próprias ou que alguém executa por elas para preservar a vida, a saúde e o desenvolvimento e o bem-estar” (Orem, 2001, p.143). O autocuidado nas pessoas dependente é manifestamente afetado, pelo que o EEER deve estabelecer um plano que permita colmatar essas mesmas necessidades, ou então tentar capacitar a pessoa/família para lhe permitir encontrar formas de gerir os défices.

Por todos os motivos expressos e devido à minha experiência profissional, pela tendência crescente desta realidade na sociedade atual, é para mim uma temática com um foco de grande interesse e motivação. De acordo com as experiências vivenciadas ao longo do período de Estágio, pretendo refletir no Relatório a minha intervenção com o objetivo de espelhar as competências adquiridas enquanto EEER e as intervenções desenvolvidas à pessoa dependente no seu regresso a casa.

Com a finalidade de adquirir competências de EEER, defini como objetivo principal de estágio:

***-promover o autocuidado nas atividades de vida diária, higiene e conforto e vestir e despir à pessoa dependente em contexto domiciliário.*** Para atingir este objetivo e adquirir as competências do EEER definidas pela OE (2010), tornou-se pertinente o desenvolvimento de objetivos específico, de modo a clarificar a temática:

***-compreender o processo de reabilitação e prestar cuidados de EEER à pessoa dependente e família nas AVD, higiene e conforto e vestir e despir, em contexto domiciliário;***

***-compreender o processo de reabilitação e prestar cuidados de EEER à pessoa dependente, em contexto de um Centro de Reabilitação;***

***-identificar as áreas problemáticas/dificuldades da pessoa e família/cuidador na preparação do regresso a casa;***

Para a obtenção do grau de especialista e assim adquirir as competências de EEER definidas pela OE (2010), estabeleci como objetivo complementar:

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

O relatório foi elaborado através reflexões vivenciadas em Estágio, através das revisões da literatura realizadas e nos conhecimentos científicos adquiridos com a partilha de experiências e saberes com os diferentes intervenientes no processo formativo. Encontra-se estruturalmente organizado por quatro partes: uma primeira que consiste na nota introdutória onde é contextualizada e justificada a problemática recorrendo aos contributos da investigação e algum enquadramento teórico da temática abordada; uma segunda parte, onde está descrito o referencial teórico de Dorothea E. Orem importante para a compreensão do cuidado de enfermagem; uma terceira parte em que é descrito e analisado o percurso da parte prática do

Estágio e onde se pretende dar resposta à problemática definida e uma quarta parte onde se encontra uma reflexão final e onde são descritos alguns aspetos mais relevantes deste percurso de aquisição de competências, respondendo à temática e perspetivando o futuro enquanto EEER.

## **1. A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA PESSOA DEPENDENTE: O PENSAMENTO DE DOROTHEA E. OREM**

Para o desenvolvimento do projeto de Estágio, assim como para a compreensão do cuidado de enfermagem selecionei o referencial teórico de Dorothea E. Orem que me forneceu contributos importantes para o delineamento da minha forma de agir, assim como uma justificação e enquadramento da importância e pertinência da problemática selecionada.

A dependência está presente ao longo de todo o ciclo da vida, não sendo apenas associada e exclusiva do envelhecimento. A noção de dependência varia entre países, tal como variam as normas para avaliar a dependência e a cobertura de cuidados (Veríssimo, 2004). O sentido de dependência alarga-se para a pessoa que presta ajuda, valorizando a necessidade de recorrer a outro para o acompanhamento das suas atividades de vida diárias. As respostas à dependência baseadas nestes conceitos residem na assistência às AVD's. 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 dependente, nomeadamente na realização das suas AVD's, deixando esta de assumir o papel de agente de autocuidado, para adotar o papel de agente dependente de cuidados (Orem, 2001).

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente (OE, 2002). O autocuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com tradução positiva na promoção da saúde e no bem-estar através do aumento de conhecimentos da pessoa e habilidades onde os enfermeiros têm um papel decisivo (Petronilho, 2012). A enfermagem é exigida quando a pessoa necessita de incorporar medidas de autocuidado recentemente prescritas e complexas ao sistema de autocuidado, cuja realização necessita de conhecimentos e habilidades especializadas, adquiridas pelo treino e experiência, ou quando a pessoa recupera da doença ou da lesão para enfrentar os efeitos (Orem, 2001).

Segundo Orem, todos os indivíduos saudáveis têm capacidade de se autocuidar. Porém, quando por motivo de doença, falta de recursos ou fatores ambientais, a necessidade de autocuidado do indivíduo é superior à sua capacidade de o realizar, a pessoa necessita de

ajuda a fim de satisfazer as suas necessidades de autocuidado, podendo essa ajuda derivar dos familiares, amigos ou profissionais de enfermagem.

A Teoria de Enfermagem criada por Orem, é constituída por três teorias: (1) Teoria do autocuidado; (2) Teoria do défice do autocuidado e (3) Teoria dos sistemas de Enfermagem. As três teorias são inter-relacionadas, tendo como foco principal o Autocuidado. A primeira descreve e explica qual a razão pela qual o autocuidado é necessário para a saúde e bem-estar da pessoa, o porquê das pessoas cuidarem de si próprias; a segunda explica quando e porque é que a enfermagem é necessária para ajudar as pessoas; a terceira descreve e explica como as pessoas são ajudadas por meio da enfermagem. Esta teoria baseia-se nas necessidades de autocuidado e nas capacidades da pessoa para a execução de atividades de autocuidado.

A teoria do autocuidado refere-se à prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício, para a manutenção da vida e do bem-estar (Orem 2001). Esta teoria reforça a ideia que a realização do autocuidado requer a ação deliberada, intencional e calculada, que está condicionada pelo conhecimento e o repertório de habilidades do utente. Baseia-se nos indivíduos que sabem quando precisam de ajuda e, portanto, são conscientes das ações específicas que necessitam de realizar. Esta teoria tem como principal pressuposto que o autocuidado não é inato, aprende-se e vive-se durante o desenvolvimento humano, tendo o seu começo com a relação entre pais e filhos.

A partir desta teoria articulam-se três conceitos: 1) o agente de autocuidado, que se refere a qualquer pessoa que cumpre com a responsabilidade de conhecer e satisfazer as necessidades de autocuidado; 2) o agente de autocuidado ao dependente, referindo-se à pessoa externa que aceita proporcionar o cuidado a outra pessoa; 3) o agente de autocuidado terapêutico, no qual a pessoa que presta os cuidados é um profissional de saúde.

A Teoria do Défice de Autocuidado é considerada por Orem como o pilar do modelo teórico que desenvolveu, sendo constituída por cinco conceitos centrais, que estão inter-relacionados: 1) ações de autocuidado; 2) capacidade de autocuidado; 3) necessidade de autocuidado terapêutico; 4) défice de autocuidado e, por último; 5) ação de enfermagem. As ações de autocuidado apresentam relação com as capacidades de autocuidado e com a necessidade de autocuidado terapêutico. Quando as pessoas realizam ações deliberadas de autocuidado, estão a utilizar as suas capacidades de autocuidado, com a finalidade de satisfazer suas necessidades de autocuidado terapêutico. A necessidade de autocuidado terapêutico indica os requisitos de autocuidado que o indivíduo deve satisfazer. De facto, as ações necessárias para satisfazer as

categorias de requisitos de autocuidado constituem as exigências de autocuidado terapêutico dos indivíduos (Orem, 2001).

O conceito de autocuidado é compreendido através dos comportamentos adquiridos e aprendidos pelo cliente, no contexto das circunstâncias que o envolvem. Assim, o autocuidado traduz ações executadas pelos clientes, no sentido de “*tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária*” (ICN, 2010). O autocuidado é uma função humana reguladora deliberadamente realizada pela pessoa ou pelo seu agente de autocuidado (quando a pessoa está dependente), contribuindo de forma específica para a integridade da estrutura, funcionamento e desenvolvimento humano, com vista a manter a vida, a saúde e o bem-estar (Orem, 2001).

A pessoa dependente é considerada um desvio de saúde relacionado com o “desvio no funcionamento e estrutura humana, com o diagnóstico médico, medidas de tratamento e seus efeitos” (Orem, 2001, p. 47). É possível a reabilitação da pessoa dependente, uma vez que possuem a capacidade para reaprender e adaptar-se às novas mudanças, decorrentes do desvio de saúde, possibilitando o seu autocuidado.

A pessoa dependente, ao longo do seu dia-a-dia depara-se com as suas limitações, na realização das suas AVD's, apresentando deste modo, vários tipos de necessidades de autocuidado. As características do desvio de saúde determinam os tipos de necessidades de autocuidado que os indivíduos experimentam enquanto vivem com os efeitos das situações patológicas, implicando uma mudança comportamental (Orem, 2001), como acontece na situação da pessoa dependente.

O autocuidado é uma das necessidades que a pessoa dependente se depara, isto é, o cuidado pessoal que é necessário para manter as suas funções e para o desenvolvimento das suas AVD's, como os cuidados de higiene e conforto e o vestir e despir. As necessidades terapêuticas dizem respeito à soma das ações necessárias para ir de encontro a todas as medidas de cuidados que têm de ser cumpridas por ou para uma pessoa, num momento específico ou durante um período de tempo, para suprimir os requisitos de autocuidado (Orem, 2001).

A pessoa é um todo integral e dinâmico que funciona em termos biológicos, simbólicos e sociais, tendo a faculdade de utilizar ideias, de pensar e refletir sobre o seu próprio estado de saúde, guiando os seus esforços, com o intuito de levar a cabo ações de autocuidado (Orem,

2001). Alterações decorrentes da pessoa dependente vão condicionar a atividade de autocuidado. Para que exista a capacidade de autocuidado é necessário que a pessoa tenha capacidade cognitiva e física para o desenvolvimento dessa atividade. Quando a atividade de autocuidado não é adequada ao seu desempenho, de acordo com as suas necessidades terapêuticas, existe um déficit de relação entre o que a pessoa deve fazer e o que consegue fazer ou quer fazer, a que se denomina por déficit de autocuidado (Orem, 2001).

A pessoa encontra-se inserida num ambiente, influenciando-a na forma como aprende e desempenha as atividades de autocuidado. Contudo, a pessoa apesar de ser capaz de modificar o ambiente ao seu redor e adaptar os seus comportamentos, muitas das vezes quando está dependente (desvio de saúde), é incapaz de promover o autocuidado, existindo nesse modo, um déficit de autocuidado na pessoa dependente, o que significa que esta necessita de ser ajudada para satisfazer os requisitos de autocuidado.

O EEER mediante a identificação e compreensão dos requisitos de autocuidado que são fundamentais para o estabelecimento e alcance de metas de saúde, propiciando o desenvolvimento de potencialidades humanas. Os requisitos são categorizados como: (1) universais, (2) de desenvolvimento e (3) de desvio de saúde. Os requisitos universais são caracterizados como necessidades base, as atividades de vida quotidiana, que na pessoa dependente vão estar alterados. Estão associados aos processos de vida e à manutenção da integridade e estrutura do funcionamento humano, durante todo o ciclo de vida, como as atividades; a manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social. Os requisitos de desenvolvimento, são condições mais específicas e particulares que garantem o crescimento e desenvolvimento normal da pessoa, como a adaptação a um novo trabalho ou a uma mudança física, como acontece na pessoa dependente, que terá que se adaptar a um novo modo de vida e às mudanças que existiram no seu corpo. O requisito desvio de saúde está relacionado e é exigido em condições de doença ou em consequência de atos médicos exigidos para diagnosticar e corrigir o evento da doença, através de medidas utilizadas para o seu diagnóstico ou para o seu tratamento. Realizar as prescrições terapêuticas e de reabilitação recomendadas, direcionadas para a prevenção de patologias específica, à correção de deformidades e anormalidades, para a compensação das incapacidades (Orem 2001). A idade, o género, o estágio de desenvolvimento, o estado de saúde, a orientação sociocultural, os fatores sistémicos familiares, os padrões e estilo de vida, os fatores ambientais e os recursos disponíveis e adequados (Orem, 2001), são fatores condicionantes básicos, que são

considerados fatores internos e externos à pessoa dependente, que vão influenciar o tipo e a quantidade de requisitos necessários para a capacidade de autocuidado, assim como vão condicionar as ações terapêuticas de enfermagem.

O principal objetivo dos cuidados de enfermagem é manter a saúde, a vida e o bem-estar da pessoa. A EEER implica, para Pereira & Santos (2008), ajudar a pessoa a alcançar o seu próprio nível de saúde, quer pela otimização dos recursos externos, quer pela orientação prestada, promoção e desenvolvimento de todo um potencial individual capaz de contribuir para a concretização do projeto de saúde.

Neste sentido as intervenções de enfermagem de reabilitação têm como objetivo o desenvolvimento e a capacidade para o autocuidado, sendo a sua intervenção necessária, como refere Orem (2001) quando as suas capacidades terapêuticas são superiores à capacidade de autocuidado da pessoa, o EEER intervém procurando minimizar os efeitos desse défice. Têm-se verificado cada vez mais indivíduos portadores de doença crónica, com algum nível de dependência no autocuidado. Com os internamentos de curta duração, apoiando-se nos novos desenvolvimentos técnico-científicos, as necessidades de ajuda no que refere ao autocuidado são cada vez mais prementes no contexto dos domicílios familiares.

O EEER, segundo a OE (2010), tem um papel fundamental na intervenção junto da pessoa dependente, que apresente incapacidade para satisfazer autonomamente as suas AVD's tais como higiene e conforto e vestir e despir, bem como junto da família/cuidador, integrando-os de forma ativa com o objetivo que estes adquiram o máximo de autonomia aquando o seu regresso a casa, e deste modo uma melhor reintegração na comunidade e sociedade e a melhoria da sua qualidade de vida.

A qualidade do exercício profissional dos enfermeiros assenta não só, na eficácia da promoção da autonomia no autocuidado junto do indivíduo, bem como, no aumento das competências dos membros da família para o exercício do papel de prestadores (OE, 2010; Pereira, 2007).

As necessidades de autocuidado de um indivíduo só podem ser conhecidas se forem devidamente avaliadas. Deste modo, é fundamental a utilização de instrumentos de avaliação do autocuidado, pois são neles que assenta a tomada de decisão da intervenção do EEER. Conhecendo as limitações específicas da pessoa dependente poderemos adequar as intervenções aos seus reais défices nas diferentes atividades de autocuidado. O EEER para intervir junto da pessoa dependente para responder às suas necessidades de autocuidado e

apoiar na aceitação das incapacidades e desvantagens no seu meio familiar e social, é imperioso que avalie as reais necessidades terapêuticas de autocuidado da pessoa e o nível de cuidado a prestar (total, parcial ou apenas educativo) com o objetivo de elaborar os programas de ER. As ações praticadas pelos enfermeiros constituem os sistemas de ação produzidas para a pessoa com limitação no autocuidado ou cuidar dependente derivadas ou associadas a um problema de saúde (Orem, 2001).

Para o cumprimento dos requisitos de autocuidado, Orem identificou três sistemas de enfermagem para a prática de enfermagem, sendo eles: o Sistema Totalmente Compensatório, o Sistema Parcialmente Compensatório e o Sistema de Apoio-Educação (Orem, 2001).

No sistema de enfermagem totalmente compensatório, a pessoa não consegue realizar as ações de autocuidado encontrando-se dependente dos outros para o seu bem-estar. O EEER intervém agindo pela pessoa dependente enquanto agente de autocuidado terapêutico, embora utilize simultaneamente técnicas de orientação, apoio e suporte. Numa fase inicial, uma pessoa apresenta um estado de maior dependência, nesta situação, o enfermeiro através das suas ações vai intervir na ação limitada da pessoa, compensando na totalidade a sua incapacidade para esta atividade, apoiando e protegendo-o.

Posteriormente, quando a pessoa necessita de ajuda para a preparação da roupa e preparação do material necessário para a realização dos cuidados de higiene, surge o sistema parcialmente compensatório, na medida em que a pessoa realiza algumas medidas de autocuidado terapêutico e o enfermeiro intervém realizando algumas medidas de autocuidado, assistindo-o quando este não consegue realizá-las. Nestas situações a distribuição de responsabilidade e de ação de autocuidado, entre a pessoa e o EEER, vai depender das limitações da pessoa, do conhecimento científico e tecnológico do enfermeiro ou da agilidade psicológica da pessoa para realizar ou aprender as várias AVD's, podendo ter um ou outro um maior papel na execução das medidas de cuidado (Orem, 2001).

A intervenção de enfermagem pode passar para um sistema de apoio-educação, quando a pessoa executa medidas de cuidado, mas necessita de várias técnicas de ajuda, desde o suporte, a orientação, a provisão de um ambiente de desenvolvimento e a educação para a saúde (Orem, 2001). Os enfermeiros assistem as pessoas na aquisição de conhecimento e habilidades, na tomada de decisão. Este sistema está presente quando a pessoa consegue vestir e despir por exemplo, mas ainda é necessário alguma supervisão, por exemplo, na utilização de alguns produtos de apoio. Este tipo de sistema de enfermagem permite que a pessoa

controle o seu comportamento, adquira conhecimentos e habilidades, proporciona um ambiente calmo e tranquilo que promova o seu desenvolvimento pessoal. O Sistema de Apoio-Educação é dirigido também ao familiar cuidador ou a outro tipo de agente de cuidado, uma vez que em contexto domiciliário, a pessoa com limitação ou incapacidade para a higiene e conforto e vestir e despir, necessita de cuidados que são desempenhados, maioritariamente, por familiares (agente de autocuidado dependente). Neste sentido, é fundamental a intervenção do EEER na orientação, supervisão, apoio e educação aos cuidadores familiares sobre os cuidados a ter no domicílio. Para tal, o familiar/cuidador deve ser integrado como parceiro ativo no processo de reabilitação do seu familiar, no sentido da máxima autonomia. Deste modo, a pessoa dependente, tem que ter o seu agente de autocuidado, como seja, a família ou outro provedor de cuidado, que não seja enfermeiro (Orem, 2001).

Nesse sentido, os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar a pessoa a ultrapassar as suas limitações parciais ou totais, no exercício do autocuidado, através de lógicas compensatórias, de substituição, e de desenvolvimento de competências, através de abordagens educacionais dos clientes, com vista a:

“ assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida diária, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas” (OE, 2010, p 1).

O EEER tem uma intervenção fundamental ao longo do ciclo vital dos indivíduos e famílias, abrangendo a promoção e proteção da saúde, a prevenção da doença e a reabilitação. Focando-se nas famílias de uma determinada comunidade, com a inclusão da promoção da saúde, prevenção da doença, reabilitação, o enfermeiro deve ser o elemento de referência para a entrada no sistema de saúde (Schober & Affara, 2001). O autocuidado sendo o foco e o objetivo da ER e a pessoa dependente é vista como tendo o direito de cuidar de si própria, procurando a autonomia e desempenhar um papel ativo na manutenção. O EEER tem um papel preponderante na intervenção junto da pessoa dependente com défice de autocuidado nas AVD's, assim como junto da sua família, integrando-os como parceiros ativos para que adquiram o máximo de autonomia no seu regresso a casa, com o objetivo uma mais fácil reintegração na comunidade e na sociedade visando a melhoria da qualidade de vida (OE, 2010). Neste sentido, a teoria geral de Orem contribuiu para a minha perceção e compreensão da intervenção do EEER no autocuidado, higiene e conforto e vestir e despir, à pessoa com dependência em contexto domiciliário.

## **2.A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PROMOTORA DO AUTOCUIDADO NA PESSOA DEPENDENTE**

Quando elaborei o projeto de Estágio percebi que era fundamental compreender a prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação à pessoa dependente, percebendo como é realizado o processo de reabilitação no domicílio, assim como no internamento numa instituição de reabilitação.

Para a realização do Estágio, com o objetivo a aquisição de competências gerais e específicas do EEER, foi necessário estabelecer um objetivo central, assim como estabeleci objetivos específicos para o desenvolvimento desta temática. Para tal, foi previamente programado um percurso dos locais e contextos de Estágio, e para cada um foram delineados objetivos gerais e específicos, com o desenvolvimento das atividades, tendo por base as competências do EEER, definindo os recursos a utilizar e a avaliação, de acordo com cada local de Estágio selecionado (Apêndice II). Os locais de Estágio selecionados aquando a realização do projeto foram selecionados de forma a compreender o processo de reabilitação da pessoa dependente em contexto domiciliário e numa instituição de reabilitação.

Com o decorrer do Estágio, foram realizadas diversos jornais de aprendizagem (Apêndice III), que me permitiram refletir acerca da minha prática diária, as minhas aprendizagens, a aquisição de competências, assim como foi um instrumento muito útil, onde se encontra expresso todo o meu percurso no decorrer da minha prática, e me permitiu uma linha orientadora para a realização do Relatório.

De seguida encontra-se descrito o percurso de aquisição de competências realizado ao longo do período de Estágio.

### **2.1. Intervenção de Enfermagem de Reabilitação junto da pessoa dependente em contexto domiciliário**

Iniciei o meu percurso de Estágio em contexto comunitário numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), num período de 8 semanas, compreendido entre 1 de Outubro e 23 de Novembro de 2012 (Apêndice I). No decorrer do Estágio no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) ECCI: UCC, compreendi a dinâmica funcional existente no serviço, a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, assim como a prática da

prestação de cuidados de enfermagem, com o objetivo de me integrar no serviço. Inicialmente, tive uma reunião com a Enfermeira Coordenadora da UCC, e deste modo pude constatar a composição da unidade, a sua área abrangente, o funcionamento de uma maneira geral do Centro de Saúde, todos os projetos que estavam em funcionamento na UCC, assim como os que estavam em planeamento. Tive oportunidade de retirar dúvidas acerca da realidade do funcionamento das diversas tipologias de unidades existentes no ACES e qual a sua distribuição populacional.

Como enfermeira a exercer funções em contexto hospitalar percebi o quanto é importante investir na continuidade de cuidados, sendo a articulação dos cuidados hospitalares com os cuidados de saúde primários fulcral, para potencializar o desempenho da pessoa na satisfação das suas necessidades no seu contexto de vida, promovendo a sua autonomia e o desenvolvimento das capacidades do seu cuidador, tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida de acordo com as suas expectativas e desejos. A preparação para o regresso a casa assume-se como um momento de enorme importância no processo de transição saúde/doença, determinando a continuidade do processo em contexto domiciliário sendo necessário ser encarado como um processo ajustado às necessidades, não só da pessoa dependente, mas também dos agentes de autocuidado terapêuticos do sistema informal de prestação de cuidados de saúde (Cardoso et al, 2012).

A realização do Estágio foi um momento bastante importante para a minha aprendizagem no contexto de cuidados domiciliários, de forma a adquirir competências específicas assim como articular conhecimentos teórico práticos em contexto da prática clínica. Deste modo, permiti-me conhecer e perceber que a intervenção do EEER na RNCCI visa a prestação de cuidados “assentes nos diagnósticos de enfermagem, no planeamento das intervenções e na avaliação dos resultados, visando o cuidado ou o encaminhamento dos clientes, numa estrutura integrada e articulada, em ordem a prosseguir a melhoria do bem-estar e conforto das pessoas em situação de dependência” (RNCCI, 2007).

Como não tinha anteriormente contacto, tive oportunidade de aprofundar conhecimentos, com a ajuda da equipa de enfermagem e através de pesquisa bibliográfica, sobre: critérios de referência à ECCI e às respetivas unidades da rede; a apresentação da plataforma informática e processo de referência à RNCCI, uma vez que a ECCI, que constitui uma

das respostas da RNCCI<sup>2</sup>, mais especificamente à Equipa de Coordenação Local (ECL): o processo de admissão dos utentes na ECCI com os registos e avaliações a efetuados na plataforma informática pelos diferentes profissionais de saúde integrados na rede; os diferentes registos a realizar pela equipa de enfermagem na plataforma informática, bem como a sua periodicidade; o processo de referenciação/transferência de utentes da ECCI para uma UCCI, também fez parte da informação que me foi transmitida. Todo este processo constituiu também um fator facilitador da minha integração na unidade de cuidados em contexto domiciliário e desta forma adquirir competências específicas enquanto EEER.

Na realidade hospitalar, como nos diz o estudo de Duque (2009), mais de metade das pessoas que tiveram alta hospitalar, possuem necessidade de ajuda de alguém para efetuar pelo menos uma das atividades correspondentes a cada domínio de autocuidado. Estes resultados evidenciam a importância de um problema, cujo conhecimento é essencial para objetivar uma resposta adequada em cuidados de saúde e daí a importância dos cuidados domiciliários, uma vez que muitas das pessoas têm alta hospitalar mais fragilizados e dependentes do que antes de serem internados, existindo falta de planificação para a sua reintegração na família, na atividade profissional e nas condições da habitação (Augusto, 2002).

Os cuidados domiciliários são cuidados integrais de saúde proporcionados no domicílio a pessoas dependentes e às suas famílias, com o objetivo de promover a saúde e minorar os efeitos da doença e da incapacidade (Garrote, 2005; Friedman, 2006; Rice, 2006;); procuram satisfazer as necessidades sociais e de saúde das pessoas em suas casas, através da provisão de cuidados de saúde de qualidade, por cuidadores formais e informais, com a utilização de tecnologia adequada, mantendo a continuidade dos cuidados (WHO, 2008). O cuidar de uma pessoa em contexto domiciliário implica a entrada na casa do outro, na sua privacidade, no seio da sua vida, em que todo o respeito pela sua dignidade, pela sua integridade está sempre presente. Por esse motivo, foi bastante importante, antes de eu ter iniciado Estágio, a enfermeira orientadora ter explicado às famílias que iria acompanhá-la nas próximas semanas. Posteriormente, foi também fundamental a apresentação aos utentes e pedir autorização para a

---

<sup>2</sup> “equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social (...) a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer o internamento” (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho).

minha intervenção durante 8 semanas. O enfermeiro tem o dever de “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem (...) respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (OE, 2009, artigo 84º).

A minha intervenção no decorrer do Estágio teve como objetivo prestar cuidados de qualidade, tendo sempre em atenção o que é preconizado pela OE, “promover a defesa de qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional” de acordo com o Decreto-Lei 104/98 de 21 de Abril, Estatuto da OE Artigo 3º, nº1.

Através das visitas domiciliárias que realizei em conjunto com o EEER orientador, tive oportunidade de conhecer os utentes, a necessidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, de perceber as suas dificuldades, as redes de apoio que têm, os produtos de apoio<sup>3</sup> que já possuem e o modo como as casas já se encontravam adaptadas; verifiquei ainda a dinâmica familiar que existe em cada casa. A visita domiciliária deve ser realizada antes do utente ter alta hospitalar, o que aconteceu em algumas situações durante o meu período de Estágio pois favorece a chegada do utente a casa, onde já se puderam reunir algumas condições que facilitassem a sua reabilitação. Muitas das barreiras arquitetónicas (tapetes, degraus, móveis) existentes nas casas dos utentes podem ser ultrapassadas com uma prévia visita domiciliária. O modo de organizar o quarto, a casa de banho e alguns produtos de apoio são alguns dos exemplos de adaptações a aconselhar ainda em internamento, que só com prévia visita domiciliária são possíveis de concretizar. O EEER deverá saber identificar barreiras arquitetónicas orientando para a eliminação das mesmas no contexto de vida das pessoas e emitir opiniões de carácter técnico-científico, informando acerca de estruturas e equipamentos sociais da comunidade (OE, 2010). É nos primeiros dias em casa que a pessoa dependente vai ter esse confronto com a essa nova realidade, pelo que a intervenção do EEER assume um papel primordial, devendo compreender e identificar, na perspetiva da pessoa, quais as principais dificuldades, receios, obstáculos com que estes se deparam; qual o apoio que mais necessitam; qual a preparação que detêm, por forma a colmatar o que possa ter sido

---

<sup>3</sup> Inclui dispositivos, equipamento, instrumentos, tecnologia e software), são utilizados para prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar qualquer impedimento, limitação da atividade e restrição na participação (INR, 2013).

mais omissos ou menos realizados no contexto de internamento. O domicílio, para além de ser local ideal para o EEER realizar um diagnóstico de situação das necessidades da pessoa dependente e da família, é o contexto ideal para a execução de intervenções que otimizem a capacidade de autocuidado. Fiquei ainda mais desperta para esta realidade, indo tê-la sempre em conta durante o meu percurso profissional.

Durante a minha permanência em Estágio constatei a importância dos cuidados de EEER, uma vez que em muitas situações já preveniram ou adiaram muitas institucionalizações como, por exemplo, a realização da articulação necessária com o médico de família do utente e visita domiciliária em conjunto de forma a solucionar o problema do doente. Os cuidados domiciliários são cuidados individualizados, adequados às necessidades específicas das pessoas, e todos os esforços são válidos para manter os utentes no domicílio (Martins, 2002). Um exemplo destes esforços é a realização, por parte do EEER, de RFR por forma a prevenir complicações e possíveis internamentos no caso de infeções respiratórias.

Percebi também que a pessoa dependente e cuidador têm conhecimento que a equipa de enfermagem lhe oferece uma forma de contactar com os recursos da comunidade e com outros profissionais de saúde. A EEER tem o papel de articulador, de mediador, entre a pessoa e os prestadores de bens e serviços (ajudas técnicas, laboratórios de análises clínicas, por exemplo); é o enfermeiro que sabe onde pedir emprestado os equipamentos, uma vez que conhece e contacta com as organizações sociais de apoio domiciliário.

É imprescindível que o cuidador tal como o utente, seja considerado o alvo prioritário de intervenção para os enfermeiros, *“com o intuito de avaliarem as suas capacidades para a prestação de cuidados, o seu estado de saúde, as dificuldades que emergem do contexto, as estratégias que pode utilizar para facilitar o cuidado, a informação de que dispõe e a capacidade para receber e interpretar a informação”* (Sequeira, 2007, p.107), contribuindo desta forma para um melhor desempenho do cuidador.

Durante o Estágio, foi importante a realização de registo de entrada de um utente na plataforma da RNCCI e deste modo verifiquei quais os registos e avaliações de enfermagem que são realizadas e quais as escalas de avaliação que são efetuadas no dia de admissão dos utentes, que são fundamentais para todo o planeamento das intervenções de EEER. O planeamento de intervenções do EEER é fundamental para a readaptação do domicílio otimizando os recursos existentes, procurando maximizar as capacidades funcionais do

cliente, envolvendo a pessoa dependente e familiares no processo de cuidados, ensinando e treinando e tendo em conta os recursos existentes no domicílio (OE, 2011).

Com o decorrer do Estágio senti que os utentes ao fim de algum tempo, tratavam-me pelo nome e questionavam-me sempre quando voltava, algo que me deixou bastante surpreendida e bastante agradada, porque significou ter conseguido estabelecer laços de confiança com aquelas famílias. Como nos diz Oliveira (2006, p.73), “construir laços de confiança e promover conforto, parecem constituir processos coadjuvantes, em que ambos reciprocamente se alimentam e, conjuntamente, apresentam potencial terapêutico, ou seja, contribuem para a experiência de conforto do cliente de cuidados”. A relação de confiança é algo que se constrói de forma subtil e criteriosa, considerada algo fulcral quando se estabelece uma relação. Hesbeen (2000) considera que para a pessoa cuidada equivale a dizer creio que este prestador de cuidados pode ajudar-me respeitando quem eu sou. Sellman (2006) refere que é num clima de confiança que o relacionamento humano desenvolve o seu potencial, no entanto ser digno de confiança é sinónimo de grande responsabilidade, e significa ser capaz de providenciar cuidados apropriados segundo a perspetiva da pessoa doente, ou seja de acordo com as suas expectativas. Por seu lado, Rodrigues et al (2005) afirmam que devemos ser os primeiros a respeitar os contratos que estabelecemos, sendo assim reconhecidos como pessoas dignas de confiança.

A atitude calorosa que apresentamos e a proximidade pode ser definida de acordo com Hesbeen (2000) como o calor, aspeto integrante do tecer laços de confiança, onde o prestador é alguém próximo que utiliza a palavra, o sorriso e o olhar adequados e personalizados. Ideia reforçada por Orem (2001) quando afirma que a comunicação entre o enfermeiro e o utente pode não ser através de palavras, o enfermeiro pode transmitir suporte através da sua presença, através de um olhar ou de um toque, ou através de apoio físico. A relação de confiança é estabelecida quando é promovida a escuta, quando é evidenciada a disponibilidade, quando é proporcionada uma atitude calorosa, e quando é demonstrada simplicidade, aspetos considerados por Hesbeen (2000) e Orem (2001).

A disponibilidade para confiar é a primeira qualidade para a construção de uma relação de confiança (Honoré, 2004). É fundamental para a promoção da autonomia dos utentes a relação de confiança que se estabelece com os cuidadores, representando estes os elementos facilitadores desta relação terapêutica com o cliente (Johns, 1996), aumentando deste modo a motivação do cliente para assumir o controlo sobre o seu processo de recuperação (Bell &

Duffy, 2009). Como é referido no Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2010, p.1), *“a Reabilitação (...) compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas (...) a maximizar o seu potencial funcional e independência”*.

Durante o Estágio identifiquei as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação nos utentes que estavam impossibilitados de executar AVD's de forma independente, mais concretamente os cuidados de higiene e conforto e o vestir de despir. Avaliei nos utentes a funcionalidade e as alterações que determinavam as limitações da atividade e incapacidade, utilizando escalas específicas como: a Escala da Dor importante para perceber as limitações da pessoa para realizar as atividades e deste modo proceder, se necessário, a administração de analgesia; a Escala de Morse, que avalia o risco de queda; a Escala de Barthel, é um instrumento mais utilizado na prática clínica para o diagnóstico de comprometimento nas atividades de vida diária, segundo Sequeira permite uma “avaliação da capacidade funcional do idoso e determina o grau de dependência de forma global e de forma parcelar em cada atividade” (2010, p.48), sendo estas definidas por este autor “como um conjunto de atividades primárias da pessoa, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade” as quais permitem à pessoa “viver sem necessitar de ajuda” (2010, p.46); a Escala de Braden, que avalia o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão; a Escala de Ashworth adaptada, com o objetivo de avaliar o tónus muscular e perceber a espasticidade que apresentam, e a Escala de Lower para avaliação da força muscular para a realização de um plano de intervenção de ER para a pessoa dependente, de acordo com a sua singularidade. A utilização destas escalas são fundamentais para a realização de uma avaliação inicial bem como a monitorização, tanto do grau de dependência da pessoa como de risco de queda e de desenvolvimento de úlceras de pressão, quando aplicadas em diferentes momentos. Para Sequeira, a “avaliação precoce e a monitorização das limitações/défices nos idosos possibilita a prescrição de intervenções, adaptadas às necessidades reais” constituindo-se como fundamental a aplicação de instrumentos de medida para um diagnóstico preciso (2010, p.42). Segundo o autor, a avaliação funcional consiste numa das áreas de maior relevância na prestação de cuidados ao idoso dependente, pois “tem uma capacidade preditiva significativa, em termos de risco de institucionalização, deterioração física, necessidade de recursos de saúde e até mortalidade”, daí a pertinência conferida a um diagnóstico rigoroso, recorrendo a

“instrumentos de medida devidamente estudados e avaliados para a população portuguesa” (2010, p.43). São também instrumentos sensíveis aos cuidados de enfermagem, permitindo a visibilidade dos mesmos, nomeadamente de enfermagem de reabilitação.

As necessidades de autocuidado de um indivíduo só podem ser conhecidas se forem devidamente avaliadas, sendo fundamental para a avaliação do autocuidado, porque é neles que assenta a tomada de decisão da intervenção do EEER. A realização dos requisitos de autocuidado depende do grau em que estes requisitos se conhecem, e do modo como se compreendem as formas de os satisfazer. Conhecendo as limitações específicas da pessoa dependente podemos adequar as intervenções aos seus reais défices nas diferentes dimensões/atividades de autocuidado. Os EEER têm um papel crucial na promoção do autocuidado, aumentando a independência e responsabilidade individual no seu estado de saúde. A minha intervenção enquanto EEER teve sempre em atenção a avaliação e planeamento dos cuidados de reabilitação, pelo que realizei os respetivos planos de cuidados. Como nos refere Silva “ a prestação de cuidados qualificados exige planeamento e coordenação”, em que a realização de planos de cuidados escritos e aplicados de forma adequada “promovem a continuidade de cuidado (...) constituindo um meio de avaliação” (2010, p.22).

O Estágio na ECCI deu-me possibilidade de conhecer as especificidades dos cuidados de EEER no domicílio, assim como pude constatar o “outro lado”, isto é, as vivências do utente e do cuidador no regresso a casa após o internamento, nomeadamente as suas dificuldades, os medos, os receios, algo que ao longo dos dias me fez parar e refletir acerca da minha prática diária. Por exemplo, existiam diversos pormenores na realização de ensinamentos à pessoa dependente e família que muitas vezes não tinha em atenção, como verificar as condições habitacionais dos utentes, a existência ou não de escadas, as medidas das portas e do wc em relação às ajudas técnicas existente; deste modo senti necessidade de mudar algumas das minhas intervenções enquanto enfermeira de um serviço de internamento de medicina interna, principalmente no planeamento da alta destes doentes. No decorrer do meu exercício profissional alterei a minha intervenção, como por exemplo no planeamento da alta destes utentes, com a preocupação de realizar atempadamente a referenciação para a RNCCI, assim como contactar os colegas sempre que necessário, fundamental para a programação/preparação da admissão da pessoa dependente no domicílio, para que exista sempre a continuidade de cuidados. Como nos mostra o *Relatório de monitorização do*

*desenvolvimento e da atividade RNCCI de 2011, de entre os motivos das propostas de referenciação de utentes para a RNCCI, a dependência de AVD é, a nível nacional, o principal motivo de referenciação 90% (igual em 2010), seguido de ensino utente/cuidador informal 61% (85% em 2010). Daí advém a necessidade da intervenção do EEER junto destas famílias, como pude constatar de forma próxima esta realidade. Dados da literatura mostram que a intervenção do EEER no domicílio é benéfica para a pessoa dependente. Carvalhido & Pontes (2009) aplicaram um programa de reabilitação domiciliária a pessoas que sofreram um AVC e verificaram uma melhoria em algumas variáveis, tornando os utentes mais autónomos, ativos e independentes. Ekstam *et al* (2007) realizaram um estudo com pessoas idosas que foram submetidas a um programa de reabilitação domiciliária e concluíram que existiu mudança no desempenho das atividades básicas de vida diária.*

Com o decorrer dos dias de Estágio e através das minhas reflexões diárias acerca da minha intervenção, percebi que a dimensão da espiritualidade tem um papel importante na forma como a pessoa dependente tem de enfrentar a doença e a sua recuperação. Tendo encontrado pessoas com sentimentos positivos, relacionados com a vontade de recuperação e com a esperança, e sentimentos negativos alimentados por algum sentimento de inutilidade e pela perceção da dificuldade de recuperação. Deste modo, senti necessidade de refletir um pouco acerca da espiritualidade. Através da pesquisa efetuada sobre a temática, eleva-se uma premissa transversal, já minha conhecida, que espiritualidade não é sinónimo de religiosidade, atendendo que esta se centra no sentimento religioso, na crença em algo como, por exemplo, num deus. A espiritualidade

*“relaciona-se com as crenças culturais e promove o encontro de sentido na existência. É uma dimensão humana pela capacidade do homem em pensar, ser livre e ter a possibilidade de viver o transcendente. É individual, integrador a de todo o sere promove aspetos positivos como a paz, harmonia, esperança e amor. É multidimensional, na forma como pode ser vivida por cada pessoa (através da música, da natureza, das relações pessoais)”(Caldeira et al, 2011) .*

Espiritualidade é encarada como um fenómeno complexo, cuja expressão é aplicada em diversas situações, não se restringindo à componente religiosa e sendo fortemente influenciada, pelas crenças filosóficas – de índole religioso ou não – de cada um dos intervenientes, contemplando, no entanto, um caminho e um trabalho individuais, numa conceção holística de interação entre seres espirituais no mundo (Oliveira, 2006). Desde a origem da enfermagem que esta estabeleceu uma estreita relação com a religião, sendo influenciada pelos seus princípios, determinante na história dos cuidados nos países católicos. Como refere Collière (1999, p.35) “*é a história da prática dos cuidados vivida e transmitidas*

*pelas mulheres e depois condenadas e reprovadas pela Igreja, que dá conta, das origens até aos nossos dias, (...) dos cuidados de enfermagem”*. A Igreja Católica sempre teve como pilar fundamental a preparação do espírito para *uma vida que há-de vir*, neste sentido, a preparação do corpo caiu para segundo plano. *“Só é reconhecido o corpo do glorioso, símbolo de Cristo ressuscitado (...) os cuidados ao corpo são no entanto possíveis, mas com uma margem bem precisa: porque são suporte dos cuidados espirituais”* (Collière 1999, p.66). Estes cuidados ao corpo, eram apenas dirigidos às pessoas que sofriam *“aos corpos sofredores, miseráveis, atingidos por numerosos males*. A inclusão da espiritualidade nos cuidados faz antever prováveis ganhos diretos em saúde, mesmo de ordem física, conforme alguns investigadores vêm sustentando. A ciência está efetivamente a despertar para esta temática. Inúmeros estudos estão a ser realizados tendo em vista objetivar e conhecer a relação entre espiritualidade e saúde, ou seja, *“busca-se provas científicas de que a religião, a fé e espiritualidade, fazem bem e geram bem-estar* (Pessini 2007, p. 192)”.

Na relação que se estabelece entre enfermeiro e doente, a avaliação das necessidades espirituais deste último, exige por parte do enfermeiro um conhecimento e uma compreensão profundos do doente e da sua situação pressupondo, obrigatoriamente, o estabelecimento de uma relação de confiança para a qual em muito contribui a prática do cuidador suportada em valores a nível da interação estabelecida. A avaliação das necessidades espirituais do doente, é essencial para direcionar o cuidado a prestar; desenvolve-se através da observação do comportamento do doente e pela interpretação dos sinais expressos através da comunicação verbal e não-verbal (que nem sempre é fácil), bem como dos momentos de silêncio (Oliveira, 2006). É fundamental que o enfermeiro reconheça a dimensão espiritual dos seus utentes. O enfermeiro pode identificar as necessidades espirituais com o doente e a família e encontrar, também nos discursos, formas subtis que são reveladoras de necessidades espirituais, durante a entrevista do acolhimento ou no decurso do processo de enfermagem (Mendes, 2006). Os enfermeiros, encontram-se numa posição privilegiada não só para identificarem as necessidades espirituais como, também, para ajudarem as pessoas a lidar com as próprias necessidades espirituais (Watson, 2002; Rice, 2004).

A dimensão espiritual é importante no equilíbrio e bem-estar dos doentes fazendo-os olhar a vida de outra forma (Patel et al, 2000; Berman et al, 2004). Deste modo, cada pessoa tem a sua própria forma de reagir à doença, utilizando as suas estratégias de “coping”<sup>4</sup>.

Com base na temática escolhida para o meu projeto de Estágio desenvolvi competências de EEER promotoras do autocuidado, higiene e conforto e vestir e despir, junto da pessoa dependente em contexto domiciliário.

A minha intervenção enquanto futura EEER em contexto domiciliário, constitui fundamentalmente num processo educativo, tendo como finalidade a obtenção do maior grau de independência possível, pela prevenção de complicações e adaptação da pessoa dependente e família à nova realidade. A minha intervenção de reabilitação envolveu continuamente o utente e sua família, utilizando estratégias promotoras do envolvimento destes no cuidar do utente (sessões educativas, demonstrações, realização conjunta, validação dos conhecimentos) de forma a instruí-los e capacitá-los com habilidades necessárias para cuidarem do seu familiar em casa e adaptarem-se à nova realidade.

A minha intervenção enquanto futura EEER teve por base a individualidade e centralidade da pessoa na tomada de decisão nos cuidados. Quando transmitia informação e incorporava a família na prestação de cuidados tive em atenção que o cuidado se deve basear “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” (Branco & Santos 2010, p.120-121).

Verifiquei que o grau de dependência das pessoas dependentes a quem prestei cuidados era bastante elevado, como é confirmado no estudo de Martins (2011) sobre dependência no autocuidado no seio nas famílias clássicas do concelho de Lisboa; na avaliação global do grau de dependência, verificou-se que 82,6% das pessoas dependentes necessitam de ajuda de terceiros para a realização das avd’s e 7,4% dos casos avaliados eram totalmente dependentes, o que nos permite afirmar que o nível de dependência das pessoas no domicílio é muito elevado, sendo premente a intervenção do EEER o mais precoce possível.

---

<sup>4</sup> Coping, pode ser definido como “uma *disposição para gerir o stress que desafia os recursos que cada indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel auto-protetores que o defendem contra ameaças, percebidas como ameaçadoras da autoestima positiva; acompanhada por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação (...)*” (ICN, 2005, p.80).

Durante o Estágio deparei-me com dificuldades que são referidas em vários estudos no que diz respeito à pessoa dependente. A pessoa dependente, devido à alteração da mobilidade por diversos tipos de patologias, tem dificuldades relacionadas com a diminuição da autonomia na realização das AVD's nomeadamente na higiene e conforto, vestir e despir, sendo fundamental que o cuidador participe nos cuidados, para que juntamente com a pessoa realize a gestão dos requisitos do autocuidado.

No que diz respeito, mais concretamente aos cuidados de higiene e conforto, as dificuldades em casa das pessoas dependentes e famílias centraram-se na realização dos cuidados de higiene, uma vez que revelaram possuírem falta de conhecimento acerca das necessidades reais de cuidados da pessoa dependente no autocuidado, assim como falta de informação acerca das redes de apoio na comunidade, como é confirmado por Lage (2007). No decorrer do Estágio, verifiquei que a maior parte dos cuidadores já possuíam conhecimentos dos recursos da comunidade, outros, em menor número tinham alguns conhecimentos, mas necessitavam de receber mais informação da parte do EEER e de treino. Desde modo a minha intervenção foi através da educação e fornecimento de informação acerca da realização dos cuidados de higiene ao seu familiar. Verifiquei também que alguns dos utentes a quem prestei cuidados, devido ao seu elevado grau de dependência eram cuidados pelas esposas, as quais também apresentavam algumas limitações de mobilidade, pelo que tinham a ajuda dos recursos da comunidade para a prestação de cuidados de higiene e conforto. Estas características dos cuidadores está em consonância com estudos realizados a maioria dos cuidadores são do sexo feminino (Martins, 2006; Marques, 2007; Sequeira, 2007 e Sequeira, 2010).

Em relação ao autocuidado da AVD higiene e conforto o grande objetivo é que a sua realização seja o mais precoce possível na casa de banho, pelo que a minha intervenção foi sempre previamente combinada e respeitando os tempos de aprendizagem dos utentes. Procurei esclarecer a pessoa dependente e familiares para as adaptações passíveis de realizar de acordo com a limitação da pessoa e recursos familiares. A minha intervenção em termos de educação teve sempre em conta as limitações da pessoa e os ensinamentos, tanto sobre os cuidados de higiene como sobre o vestir e despir, os quais foram realizados de acordo com a sua patologia e as suas limitações funcionais. No caso da pessoa com elevado grau de dependência, como se verificou em muitas das situações, reforcei a necessidade do cuidador da pessoa dependente explicar previamente o que vai fazer e pedir a participação do seu

familiar; ensinei o cuidador a gerir o ambiente (temperatura do ambiente, temperatura da água do banho, preparar os objetos necessários ao banho); incentivei, sempre que possível, a pessoa dependente e o cuidador a realizarem o banho no duche demonstrando a respetiva técnica; expliquei a importância do cuidador não substituir a pessoa dependente no ato de se lavar, incentivei a pessoa dependente a lavar-se ou pelo menos a iniciar a atividade; demonstrei ao familiar a técnica da dar banho na cama, quando a pessoa dependente ainda não possui condições para realizar levantar para cadeira de banho; identifiquei e expliquei a importância da eliminação de barreiras arquitetónicas existentes no domicílio; sugeri à pessoa dependente e à família a utilização de produtos de apoio que pudessem facilitar o banho (como o uso de cadeira de banho, barras de apoio); incentivei a pessoa dependente a efetivar o seu autocuidado, assim como foi explicado à família a importância de estimular o doente (como fixar uma manípula com sabão à mão para que ele se possa ensaboar, a utilização de escovas de banho); ensinei o cuidador a realizar os cuidados de higiene oral, como efetuar a limpeza dos dentes e da língua, quando a pessoa dependente possui esse défice de autocuidado. Sempre que a pessoa dependente possuía capacidade, foi incentivado a sentar-se na casa de banho em frente ao espelho e lavatório, utilizando os produtos de apoio (como por exemplo, a máquina de barbear elétrica, a escova de dentes elétrica, escova de cabelo com cabo comprido e angulado) de forma a aumentar a sua participação nas atividades.

No que diz respeito à AVD, vestir e despir, segundo o estudo de Martins (2011), constatou-se que cerca de 2/3 das pessoas, à semelhança com o que acontece com os cuidados de higiene e conforto, são pessoas com elevado grau de dependência, o que exige, quer por parte dos familiares, quer por parte dos serviços de saúde, de um importante apoio às famílias. O vestir e despir, é uma AVD que necessita de um período mais longo de treino (Leal, 2001). Devido à alteração na mobilidade a pessoa dependente vai realizar um grande esforço, podendo muitas vezes levar à frustração/ irritação e com isso pode o utente desinteressar-se e desmotivar-se com esta atividade. Procurei sempre dar um reforço positivo à pessoa e elogiar os seus progressos. Expliquei ao familiar da pessoa dependente a importância de não substituir a pessoa, dar tempo e deixar que a pessoa se vista ou dispa sozinho ou que pelo menos inicie a atividade, tendo o cuidado de não causar frustração na pessoa; ensinei a pessoa dependente e família a técnica de vestir e despir a quem utiliza CR; expliquei à pessoa dependente e/ou cuidador estratégias adaptativas que facilitem o vestir/despir como a substituição de botões por fechos ou velcro, numa fase mais inicial, assim como em utilizar roupas com elasticidade

para facilitar a atividade; instrui a pessoa dependente e a família a preparar o vestuário por ordem inversa da sua utilização de modo a facilitar o vestir e diminuir o tempo entre o despir ou banho e o vestir. Foi também fundamental explicar à família da pessoa dependente a técnica de vestir e despir quando existe pouca colaboração do utente, e que só deve vestir e despir a pessoa sentada na cama quando este apresenta equilíbrio de tronco. Sugeri à pessoa dependente e à família a utilização de produtos de apoio que pudessem facilitar o autocuidado no vestir e despir, como a utilização de produtos de apoio para calçar /descalçar meias ou sapatos (cordões elásticos, calçadeiras de cabo longo, dispositivos para calçar ou descalçar) que são uteis para a pessoa com dificuldade em realizar a flexão do tronco assim como quando apresenta uma reduzida mobilidade e coordenação, assim como os produtos de apoio para vestir/despir (ganchos, puxadores de fecho éclair, abotoadores), que são eficazes para pessoas com défice da destreza manual e/ou com limitações motoras num dos membros superiores. É importante que no processo educativo na realização desta AVD, a pessoa seja envolvida na decisão da escolha da roupa, estimulando a pessoa a vestir-se e arranjar-se mesmo que seja para permanecer em casa. O vestuário e o calçado devem ser escolhidos e adaptados de acordo com as dificuldades sentidas pela pessoa, promovendo deste modo a autonomia.

Ao longo do Estágio procurei não limitar a minha aprendizagem e intervenção à promoção do autocuidado da pessoa dependente na realização das AVD's definidas no projeto, procurei sempre visualizar o utente como um todo incluindo na minha intervenção aspetos imprescindíveis de serem incluídos no processo educativo da pessoa dependente e família.

O EEER, agente de autocuidado terapêutico, articula as suas capacidades terapêuticas com as capacidades de autocuidado da pessoa dependente, tendo como finalidade conhecer, agir, ajudar e instruir a colmatar as suas necessidades terapêuticas de autocuidado, treinando ou desenvolvendo as suas habilidades e capacidades na realização das suas AVD's, assim como ao seu familiar. Torna-se assim evidente que a intervenção do EEER enquadrada-se nos três Sistemas de Enfermagem definidos por Orem (2001).

Durante o Estágio contactei com outras dificuldades que a pessoa dependente se depara no domicílio, sendo uma delas a dificuldade em manter contato próximo com familiares, assim como a dificuldade da sua reintegração social. Assisti a um utente dependente, que se deslocava à sua terra natal muito poucas vezes por ano. Um dos temas de conversa era o contar histórias da sua terra, as saudades que sentia da mãe, já idosa. Foi sugerido ao utente ir

fazer essa viagem à sua terra. Em conjunto com a sua esposa falou-se da maneira mais fácil de organizar essa ida. Quando regressou após a sua viagem, o utente parecia outra pessoa, muito mais bem-disposto, cheio de motivação, tinha ganho “outra energia”.... Outro dos utentes desde o início do meu Estágio, falava do dia do almoço anual dos seus camaradas da tropa, referindo sempre que era o único momento do ano que “esquecia a sua doença”. A sua esposa organizou tudo para a ida ao almoço O utente na semana seguinte contou-nos como tinha corrido e mostrou fotografias desse grande momento de tanta alegria, verbalizando “os meus camaradas são excelentes....a minha esposa não teve que fazer nenhum esforço, eles ajudaram em tudo (...) temos que fazer mais almoços destes...”. Em vários estudos (Martins 2002, Petronilho 2007) é evidenciado que uma das dificuldades sentidas pela pessoa dependente é uma menor participação na sociedade, um menor contato com a família mais distante e mais dificuldades na reintegração social. Sendo um dos aspetos fundamentais no processo de reabilitação a reintegração social, o EEER tem que ajudar a colmatar ou suprimir essas dificuldades na comunidade em que a pessoa dependente está inserida.

As pessoas sentem dificuldades aquando o regresso a casa, como nos diz Campos (2009), referindo défices de informação e de habilidades, necessitando de treino de competências que as obriga muitas das vezes a procura de respostas e por outro lado lhes vai transmitir falta de confiança no autocuidado, o que dificulta a transição para essa nova realidade. Os EEER influenciam positivamente o processo de transição, através do contacto intenso e frequente, antecipando muitas das vezes as necessidades da pessoa dependente e sua família, ajudando na consciencialização dessa transição, envolvendo-os nos cuidados, dotando as pessoa e família de informação e treino de habilidades sobre os cuidados, promovendo por um lado a autonomia da pessoa e por outro ajudando as famílias na gestão dos recursos da comunidade.

Dos utentes a quem prestei cuidados poucos foram os que tinham iniciado o processo de reabilitação no hospital. Este processo teve início aquando o regresso a casa, o que dificultou a promoção da autonomia na realização das AVD's, devido à sua mobilidade reduzida. São pessoas com elevado grau de dependência que leva a verbalizarem receios e medos para colmatar as suas necessidades de autocuidado, tanto para a pessoa como para o cuidador. Verifiquei também que a pessoa dependente e o cuidador deparam-se com dificuldades financeiras após a alta hospitalar, alguns deles têm rendimentos económicos baixos. É fundamental que o EEER intervenha no planeamento do regresso a casa do utente, para verificar o que é necessário alterar ou adaptar, retirar as dúvidas que o cuidador possa ter e

assegurar ao cuidador que não está sozinho e que vai existir uma equipa que estará disponível para os ajudar. Neste processo é importante a articulação com os recursos da comunidade e o encaminhamento para a Assistente Social, sempre que necessário. E foi isso que foi realizado, em diversas visitas domiciliárias.

Durante o período de Estágio em contexto comunitário tive também oportunidade de prestar cuidados especializados a outros utentes com diversas patologias no âmbito da reabilitação da pessoa dependente. Destaco a prestação de cuidados de reabilitação a utentes com fraturas do colo do fémur, com síndrome de imobilidade, com esclerose lateral amiotrófica, com tetraplégia, entre outros utentes dependentes com diversas patologias associadas e que se encontravam inseridos numa família e comunidade, 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” (OE, 2010, p.3). Para tal, durante o Estágio realizei diversas intervenções no âmbito das competências da Enfermagem de reabilitação, na área da Reeducação Funcional Respiratória (RFR) e Reeducação Funcional Motora (RFM).

Durante a minha intervenção, tive em atenção capacitar a pessoa e cuidador, de modo a tomarem iniciativas e assumirem responsabilidades, bem como, empenharem-se efetivamente no desenvolvimento do seu próprio caminho em direção à melhoria da qualidade de vida, saúde e bem-estar. O EEER tem que também ter em atenção no acompanhamento destes utentes e familiares, uma vez que a prestação de cuidados é uma atividade fortemente desgastante para o cuidador. Quando é exercida pelo familiar todo esse desgaste é potenciado pelo acréscimo de intensidade que decorre da proximidade da relação, traduzindo-se em situações de grande tensão, geradoras de problemas de *stress* e de saúde mental, física, emocional e social, que convergem em sentimentos de frustração e ansiedade (Zarit & Gaugler, 2000; Lage, 2007). Muitas vezes a incerteza decorre do desconhecimento dos cuidados a continuar em casa e, por outro lado, da falta de conhecimento para os assegurar e mobilizar os recursos da comunidade. Esta experiência exige abdicar, esforço físico e psicológico e também, tempo para se ajustar e conseguir exercer o papel (Pereira & Paiva e Silva 2012).

Percebi e reconheci a importância do trabalho desenvolvido do EEER em contexto comunitário, assim como conheci a realidade da pessoa dependente no seu contexto. Devido à minha experiência diária de prestação de cuidados em internamento, pude verificar junto das pessoas dependentes e família, as dificuldades sentidas no regresso a casa após o

internamento, valorizando cada vez mais questões e necessidades a que anteriormente não estaria tão desperta, promovendo assim a alteração na minha prática diária de cuidados. De acordo com Benner (2001) as competências do EEER nos cuidados às pessoas e respectivas famílias são fundamentais quando se adquire a perícia a nível profissional no sentido de ajudar a promover a sua autonomia e a família desenvolver capacidades para cuidarem do seu familiar, equacionando todas as variáveis que possam surgir neste processo de aprendizagem contínuo.

Em síntese, procurei identificar as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação nas pessoas que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária e, deste modo, implementar e avaliar planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade, de acordo com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros.

## **2.2. O processo de reabilitação da pessoa dependente em uma instituição de reabilitação**

Realizei um outro período de Estágio num Centro de Reabilitação, de 14 de Janeiro a 15 de Fevereiro de 2013 (5 semanas). O Centro de Reabilitação, é um centro de referência a nível nacional em termos de reabilitação, tem como objetivo principal prestar cuidados de excelência na área de reabilitação, promovendo a máxima funcionalidade, valorizando e potenciando as capacidades de cada indivíduo e apoiando-o no refazer do seu projeto de vida. Está vocacionado para a reabilitação na fase pós-aguda de pessoas portadoras de deficiência de predomínio físico, motor e sensorial ou multideficiência congénita e adquirida, de qualquer idade, provenientes de todo o País, em apêndice encontra-se um breve descrição da instituição de reabilitação (Apêndice IV).

Com o objetivo de adquirir o máximo de conhecimentos e beneficiar de todas as potencialidades deste local de estágio, optei por estagiar em 2 serviços distintos, inicialmente na Unidade Terapêutica de Atividades da Vida Diária (UTAVD) e posteriormente no serviço de internamento. Perspetivei 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 que se encontram em apêndice (Apêndice II). Ao longo do Estágio realizei também 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 (Apêndice III), assim como a realização de alguns planos de cuidados de enfermagem de reabilitação (Apêndice VI).

Iniciei o meu Estágio no Centro de Reabilitação, durante uma semana, na UTAVD. A UTAVD, 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. A minha incursão neste serviço constituiu um momento importante de aprendizagem e aquisição de competências específicas de EEER, em que foram articulados os saberes teóricos com os práticos em contexto da prática clínica, nomeadamente na temática do meu projeto de estágio. A equipa da UTAVD é constituída unicamente por EEER e tem como objetivos: avaliar, orientar e treinar utentes internos e externos dos serviços, na execução das AVD's, com a finalidade de promover a sua autonomia; explicar aos utentes e famílias sobre os produtos de apoio mais adequados para executar as referidas atividades com segurança e menor dispêndio de energia; avaliar a necessidade de eliminar barreiras arquitetónicas e orientar as adaptações na habitação, assim como realizar ensino aos familiares dos utentes mais dependentes na prestação de cuidados de AVD. Cada um dos EEER é responsável por um número variável de utentes de um serviço específico da instituição, prestando cuidados a utentes com patologias do foro neurológico, tais como traumatismos vertebro-medulares, AVC's, entre outro tipo de patologias como amputados, sendo ainda responsável por utentes apenas em regime de ambulatório.

Tive a oportunidade de assistir à admissão de utentes na unidade, tendo observado o modo como é realizada a avaliação inicial pelo EEER. No momento dessa avaliação, é inicialmente apresentado o serviço ao utente, assim como é explicado os objetivos do mesmo. O EEER antes de realizar a admissão ao utente consultou previamente o resumo da sua história clínica. Posteriormente, o EEER coloca questões específicas acerca da habitação, com quem vive, da acessibilidade do prédio e da própria casa, da casa de banho, que produtos de apoio que já possui, assim como sobre a reintegração social, abordando que profissão tem, se ainda está no ativo e qual é a sua ocupação nos tempos livres, por exemplo. Posteriormente é efetuada uma avaliação funcional, no que diz respeito à locomoção, ao equilíbrio sentado e em pé, quer

estático, quer dinâmico. Realiza-se também a avaliação do autocuidado higiene, onde se inclui a higiene oral, facial, o pentear o cabelo, barbear, maquilhar, banho. Em relação ao vestir e despir é avaliado o vestir a metade superior e a metade inferior do corpo, o calçado, meias e sapatos, assim como é avaliada a capacidade de dar o laço, fechar fechos e abotoar botões. Posteriormente, são avaliadas também as transferências para a cama, sanita, banheira, desníveis, automóvel, assim como as atividades que consegue realizar na cama: arrastar, virar, deitar, sentar. Nesta avaliação, alguns itens não são realizados no primeiro dia, de forma a ir aumentando o grau de dificuldade e não deixando a pessoa frustrada por não conseguir realizar várias atividades, sendo avaliadas e realizadas ao longo do internamento. Todos estes aspetos são registados no instrumento próprio, onde para a avaliação descrita da dependência e funcionalidade do utente se recorre à Medida de Independência Funcional (MIF). É neste mesmo instrumento que se regista o progresso do plano de reabilitação instaurado no departamento até ao momento da alta clínica do utente, e onde também ficam registadas as datas das reavaliações, as datas das reuniões de família e o que ficou decidido e proposto no que diz respeito aos objetivos acordados para o plano de intervenção.

Durante essa semana assisti também ao processo educativo realizado aos cuidadores dos utentes na presença do seu familiar, acerca das transferências (cadeira de rodas/cama, cama/cadeira de rodas, cadeira de rodas/sanita, cadeira de rodas/banheira) do treino de vestuário (de acordo com a patologia do utente) e do treino de funcionalidade no leito. São também experimentadas as diversas ajudas técnicas que são recomendadas de acordo com a situação do utente e os cuidadores vão manuseando as mesmas e referem as suas dificuldades. Constatei que é um momento bastante importante tanto para o utente como para o cuidador. Verifiquei que os utentes estavam sempre bastante motivados para adquirir as informações transmitidas, colocando questões e retirando as suas dúvidas.

Pude também observar o défice no autocuidado que os utentes apresentavam na realização das suas AVD's, nomeadamente nos cuidados de higiene e conforto e a nível do vestir e despir, tornando-se imperativo a necessidade de intervenção do EEER enquanto agente de autocuidado terapêutico.

Em determinadas situações torna-se necessário a utilização de produto de apoio de modo a promover a autonomia do utente no autocuidado. Nessa semana tive oportunidade de conhecer os produtos de apoio existentes que são adaptados e pensados à realidade de cada utente e prescritos pelo EEER, sempre que se preveja a sua utilização após alta. Como nos

refere Menoita “o Enfermeiro de Reabilitação adequa as suas intervenções de modo a atenuar o problema detetado, 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, p. 117-118).

Esses produtos de apoio são emprestados ao utente para levar durante o fim-de-semana, de modo a experimentá-los. Desta forma, percebem se se adaptam à situação em casa, se é necessário experimentar outro tipo, se conseguem fazer sozinho ou que dificuldade sentiram e, desta forma incidir/treinar mais sobre essa dificuldade numa próxima sessão. Muitos utentes verbalizaram que muitas vezes as dificuldades surgiram quando chegaram a casa, porque nem sempre as medidas são as idealizadas em função dos espaços e só depois de experimentar é que sentem as dificuldades. Do mesmo modo os cuidadores, sentem mais necessidade de treinar e por isso vão mais vezes acompanhar os utentes ao treino de AVD's. No decorrer da minha semana na UTAVD's, familiarizei-me com os produtos de apoio utilizados para ajudar na realização das AVD's, o que foi fundamental para saber o manuseamento dos mesmos.

Constatei que o EEER enquanto agente de autocuidado terapêutico na UTAVD vai articular as suas capacidades terapêuticas com as capacidades de autocuidado da pessoa dependente, 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's. Sendo evidente a intervenção do EEER enquadrada nos três Sistemas de Enfermagem definidos por Orem (2001), no entanto, as intervenções mais observadas enquadram-se no Sistema Parcialmente Compensatório e no Sistema de Apoio-Educação, uma vez que os utentes que frequentam a UTAVD's possuem medidas de autocuidado.

Posteriormente continuei o meu percurso de aprendizagem no Centro de Reabilitação no Serviço de Reabilitação de Adultos (SRA) 3 piso - esquerdo, durante 4 semanas, a descrição do serviço encontra-se em apêndice (Apêndice IV).

O internamento dos utentes no serviço dá-se sempre por observação prévia do Médico Fisiatra na consulta externa, ou por transferência direta de uma Unidade Hospitalar, em que o doente tenha indicação de continuidade dos cuidados no centro de reabilitação, e tenha sido aprovada

a sua admissão. O Centro recebe utentes de todo o país, recebendo doentes inclusive das Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores.

Os utentes internados no centro de reabilitação têm diariamente um programa terapêutico intensivo de reabilitação, de que faz parte o treino motor, de AVD e uma intervenção formativa da pessoa e familiares/cuidadores tendo em vista a promoção da maior autonomia possível, fornecendo-lhes informações para a continuidade do processo aquando o seu regresso a casa.

As patologias mais frequentes são os AVC's e os Traumatismos Crânio-Encefálicos (TCE); em número menor existiam utentes internados com outras patologias do foro neurológico como Síndrome de Guillain-Barré, Esclerose Múltipla, Tumores Cerebrais, Anóxias Cerebrais, Ataxias, entre outras. Para além da intervenção em utentes com patologia neurológica, são prestados cuidados a pessoas com amputação e patologia músculo-esquelética.

É fundamental e desejado que o utente inicie rapidamente o seu processo de reabilitação, segundo Hesbeen (2010) o processo de reabilitação deve ser iniciado o mais precocemente possível, logo que as lesões sejam identificadas, uma vez quanto mais cedo a pessoa for submetida a um programa de reabilitação maior será sua recuperação.

No dia de admissão, cada utente tem um enfermeiro responsável por si desde o primeiro dia de internamento, assim como um co-responsável. Na admissão é feita a colheita de dados, de modo a estabelecer objetivos e delinear o plano de cuidados para o doente. Não só a equipa de enfermagem faz o seu plano, como também os diferentes profissionais que se articulam com o serviço. Semanalmente é colocado no placar do corredor do serviço o plano de atividades semanal dos utentes, com o respetivo horário (Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala, UTAVD's, entre outros), assim como é fornecido esse horário ao utente que o acompanha ao longo da semana, sendo de fácil acesso para todos, verificando-se que têm o dia quase todo preenchido.

A equipa multiprofissional é constituída pela enfermeira chefe e enfermeira de coordenação, as quais exercem funções nos turnos da manhã, e EEER; enfermeiros com formação interna em reabilitação (curso teórico-prático que permite a mobilização dos utentes, ministrado por EEER), por enfermeiros generalistas e assistentes operacionais; uma assistente social; uma psicóloga; fisiatras e a equipa médica. Da equipa multiprofissional ainda fazem parte os terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, fisioterapeutas e dietista, cujo espaço físico não se

localiza no serviço mas nos departamentos aos quais os utentes se deslocam consoante o horário semanal estabelecido. É através deste conjunto de profissionais que se desenvolve um trabalho de equipa com o objetivo único da promoção e ganhos de autonomia e o bem-estar do utente.

Acompanhei a admissão de um utente no serviço e assisti a todo o processo de apresentação do serviço ao utente assim como a primeira apreciação do utente que inclui: recolha de dados relativos ao agregado familiar, ao domicílio, e profissão; avaliação do grau de autonomia na realização das AVD's, terapêutica; estilo de vida antes e após o acidente; que perspectiva após a alta; ajudas técnicas utilizadas. São também realizadas várias avaliações utilizando as seguintes escalas: Escala de Braden, para avaliação do risco de úlceras de pressão, a Escala de Morse que avalia o risco de queda e é aplicado o instrumento de avaliação da dependência e da funcionalidade, a Medida de Independência Funcional (MIF). Esta escala segundo Sequeira “é cotada em sete níveis, desde a dependência à independência, de acordo com o grau de funcionalidade, e reflete a necessidade de cuidados em função da incapacidade identificada” (2010, p.69). É um instrumento que “tem como objetivo avaliar o que o individuo é capaz de fazer e possibilita a monitorização da funcionalidade ao longo do tempo ou num determinado momento” (Sequeira, 2010, p.69). A avaliação é realizada aquando da admissão do utente no Centro e no momento da alta por toda a equipa multiprofissional e é baseada nesta que são definidos os objetivos individuais, em reunião denominada de “reunião de objetivos”. Esta realiza-se semanalmente no período da manhã, para os utentes entrados na semana anterior, constituindo a primeira reunião do utente. Posteriormente é realizada de 4 em 4 semanas a “reunião de reavaliação” onde se mantêm todos os intervenientes e se reajustam e reformulam os objetivos inicialmente propostos. Foi bastante importante para a minha aprendizagem assistir a essas reuniões, uma vez que deste modo percebi a definição dos objetivos para o internamento do utente e percebi quais os objetivos de intervenção dos diversos profissionais na reabilitação do utente, qual o seu plano individual, o que inicialmente foi proposto após a sua primeira avaliação pelas diversas equipas e qual a sua evolução ao longo do internamento, assim como os que aspetos têm que ser mais treinados, devido às dificuldades apresentadas pelo utente.

O método de trabalho utilizado no serviço é o de enfermeiro responsável, sendo que a cada utente é atribuído por parte da chefia de enfermagem um enfermeiro responsável e um co-responsável, sendo estes respetivamente um EEER e um enfermeiro generalista. Em conjunto

fazem todo o acompanhamento do utente e família/cuidador durante o internamento, são eles que estão presentes nas reuniões com a equipa multidisciplinar, bem como realizam toda a articulação com os outros contextos de cuidados, para existir a continuidade de cuidados após a alta. O EEER atribuído a esses utentes, desenvolve os planos de cuidados de enfermagem, regista e atualiza a MIF dos seus utentes, e debate os resultados com os restantes profissionais durante as reuniões de objetivos e reavaliação.

Tive ainda oportunidade de assistir a reuniões de equipa multidisciplinares, a reunião de objetivos, onde estavam presentes a médica fisiatra, o enfermeiro responsável do internamento, o enfermeiro da UTAVD's, o terapeuta ocupacional, a fisioterapeuta, a psicóloga e assistente social, e em uma delas também esteve presente a terapeuta da fala. No decorrer da reunião é discutida a evolução do utente desde o início do internamento nas diversas atividades, desde a avaliação inicial realizada na admissão, a MIF, até à data, qual a data prevista da alta, as atividades ainda previstas a realizar, as ajudas técnicas que o utente já tem e as que têm que ser prescritas, assim como a necessidade de convocar novamente ou não a família, de acordo com a informação fornecida pelo enfermeiro do internamento assim como do enfermeiro da UTAVD's, da presença dos familiares/cuidadores durante o decorrer do internamento.

As famílias também têm um papel ativo nos cuidados, podendo solicitar uma reunião com a equipa de acordo com a disponibilidade de todos os técnicos, a fim de tomar conhecimento dos progressos do seu familiar e expor dúvidas. A equipa também reúne com a família quando necessita de efetuar o ponto da situação, fazer uma sessão de esclarecimento e de ensino e a preparação para a alta.

Desde o primeiro dia de internamento que o EEER prepara a alta do utente. Deste modo compreende e identifica as principais dificuldades que o utente e os seus familiares possam enfrentar no domicílio aquando o regresso a casa, promovendo a minimização do défice de autocuidado nas AVDs. 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 que irão assumir a responsabilidade de agentes de autocuidado no regresso a casa” (1993, p. 327).

Durante todo o período em que o utente se encontra na instituição, existe por parte do EEER a preocupação para a integração do familiar nos cuidados, com o objetivo de preparar o regresso a casa do utente com défice de autocuidado, percebendo qual é o local onde o utente vai regressar. Esta é uma das temáticas sempre esclarecidas e discutidas entre a equipa de enfermagem no serviço e durante as reuniões de equipa multidisciplinar e deste modo todos os profissionais que prestam cuidados ao utente possuem a informação acerca da situação familiar e social do utente.

Para realizar a minha intervenção no decorrer do Estágio, procedi à determinação das necessidades de autocuidado e de desvios de saúde, através das avaliações de escalas que já foram anteriormente referidas, assim como através da colheita de dados acerca dos conhecimentos, habilidades e motivação da pessoa. Posteriormente realizei o meu plano de intervenção para o utente, através da fase de planeamento dos sistemas de enfermagem, identificando que tipo de sistemas de enfermagem são necessários, com o objetivo de realizar um programa com as componentes de exigências terapêuticas de autocuidado das pessoas dependentes; a seleção da combinação de maneiras de auxílio que sejam, ao mesmo tempo, efetivas e eficientes na tarefa de compensar e suprimir os défices de autocuidado dos utentes, e deste modo capacitar a pessoa a tornar-se agente de autocuidado.

No período de Estágio foi possível verificar a evolução da pessoa dependente após a minha atuação, e validar a compreensão de que é um processo contínuo, onde o EEER avalia quaisquer alterações que afetam o défice de autocuidado, o agente de autocuidado e o sistema de enfermagem a implementar.

Durante a minha intervenção, e na maioria das necessidades da pessoa dependente foi utilizado o sistema de enfermagem parcialmente compensatório onde a minha atuação foi ajudar a pessoa dependente a suprir algumas medidas de autocuidado, compensando as suas limitações, embora a pessoa realize algumas medidas de autocuidado que regulam as suas atividades. Noutras situações a minha atuação foi através do sistema de enfermagem de apoio-educação, uma vez que o utente tinha capacidade de executar e a minha atuação foi explicar e treinar o indivíduo a executar medidas de autocuidado terapêutico, a regular o exercício e desenvolvimento das suas atividades, promovendo a sua capacidade para ser agente de autocuidado.

No âmbito dos cuidados prestados aos utentes, e com vista à promoção da autonomia nas AVD's de um utente dependente, principalmente em utentes com AVC, realizei diversas técnicas no âmbito das competências especializadas em enfermagem de reabilitação, como sejam: mobilizações, atividades terapêuticas na cama, posicionamentos, prevenindo a instalação do padrão espástico ou contrariando o mesmo quando este já está instalado, transferências com e sem dispositivos de apoio para o leito e para a CR, treino de equilíbrio, levantes, treino de marcha com e sem auxiliares de marcha, treino de atividades em CR, treino de motricidade fina, treino de coordenação de movimentos, treino de posição de pé estática, colocação de ortóteses a nível do punho e de mão e a colocação de talas pneumáticas de membro superior e inferior.

No ginásio, que está equipado com aparelhos de *Standing Frame* e mesas de apoio, nos períodos em que os utentes não têm programadas atividades nos departamentos (sendo predominantemente entre as refeições do lanche e jantar e aos fins-de-semana para os utentes que não vão a casa e permanecem no centro), efetuei aos utentes com indicação para adquirir a posição de pé, os treinos de equilíbrio em pé, estático e dinâmico, os exercícios de correção postural utilizando, por exemplo, o espelho de correção postural e coordenação de movimentos. Nos colchões de plano duro instruí os utentes no treino de atividades terapêuticas (auto mobilizações, ponte, rolar lado são e lado afetado, facilitação cruzada, carga no ombro e cotovelo, rotação da bacia e equilíbrio sentado e em pé, estático e dinâmico), de alternância de decúbitos e de exercícios de relaxamento e controlo respiratório.

Tive oportunidade de realizar ainda vários treinos relativos à realização dos cuidados de higiene como sejam: higiene no poliban, a entrada e saída da banheira, o desfazer da barba, o pentear, o realizar a higiene oral, a higiene e corte das unhas, a maquilhagem, a higiene das mãos, a higiene parcial dos genitais em cadeira sanitária, a higiene parcial no lavatório, utilizando ou não produtos de apoio. Constatei que para a maioria dos utentes o treino da AVD higiene e conforto é fundamental para o seu processo de recuperação, com o enfoque na promoção da autonomia, aumentando desta forma a sua auto-estima. No que diz respeito, ao treino da AVD vestir e despir, quer da parte superior do corpo quer da inferior, foi uma das minhas intervenções, tendo sempre em atenção a patologia do utente. Numa fase inicial, conforme as dificuldades do utente, foi encorajado e recomendado um tipo de vestuário mais prático de vestir e mais fácil para o utente o executar, de forma a não frustrar o utente.

Posteriormente, quando o utente já se encontrava mais treinado foi introduzida a camisa, para treinar o abotoar e desabotoar de botões. Enquanto o utente está internado utiliza a sua roupa do domicílio, e é sempre incentivado para escolher a mesma diariamente, de modo também a gerir o seu armário da roupa.

Durante a minha intervenção, principalmente no treino do vestir e despir, em que se verificam as maiores dificuldades e onde por vezes constatei mais frequentemente atitudes de frustração, pude verificar momentos de alegria e satisfação quando conseguem ultrapassar essas dificuldades, como no caso de conseguirem apertar um botão...É visível que são utentes sempre motivados e com esperança na sua recuperação. A esperança é necessária para o progresso da sua recuperação, fornecendo poder e processo de luta como nos diz Lohne & Severinsson (2006). As intervenções de enfermagem “ devem ser dirigidas principalmente para as estratégias emocionais e motivacionais para promover a força de vontade e crescimento pessoal” (Lohne & Severinsson, 2006, p.315). É essencial existir nesses momentos o reforço positivo por parte do EEER, para favorecer a criação de sentimentos de segurança e confiança, que são fundamentais para a capacitação da sua autonomia.

Durante o Estágio tive oportunidade de utilizar e manusear os diferentes produtos de apoio disponíveis no serviço. Os dispositivos são prescritos pelo EEER e são testados e alterados durante o internamento sempre que se preveja a sua utilização após alta. Como nos refere Menoita [et al] “o Enfermeiro de Reabilitação adequa as suas intervenções de modo a atenuar o problema detetado, recorrendo muitas vezes às Ajudas Técnicas ou Produtos de Apoio” (2012, p.117). Para Menoita [et al] (2012), a reabilitação pode beneficiar a reaprendizagem motora. Toda a intervenção de reabilitação visa maximizar a capacidade funcional da pessoa tão rapidamente quanto possível, potenciando a sua funcionalidade e autonomia e consequentemente a sua capacidade de participar em todas as atividades.

No decorrer do Estágio não limitei a minha aprendizagem e intervenção à promoção do autocuidado da pessoa dependente na realização das AVD's anteriormente referidas, procurei sempre visualizar o utente como um todo, tendo a minha intervenção incluído o processo educativo do utente e família. Ser prestador de cuidados implica colocar em prática toda a dimensão humana de quem cuida e de quem é cuidado. Exige preocupação, respeito pelo outro e pela sua singularidade (Hesbeen, 2001).

O cuidado centrado na pessoa, é uma preocupação do EEER, reconhecido como pessoa única nas suas necessidades, preferências e valores, que requer dos profissionais respeito pela sua

autonomia. Tal respeito exige dos prestadores de cuidados que, com flexibilidade, selecionem e dispensem intervenções que referenciem aquelas características, e que lhes respondem de modo partilhado, por via da promoção da participação na tomada de decisão relacionada com o cuidado (Partis, 2009; Poochikian Sarkissian et al., 2008). Tal como nos diz Partis (2009) é fundamental que o EEER tenha “habilidade para promover a escolha do cliente, a independência e a autonomia nas atividades de vida diária”

O período de tempo que permaneci no Centro de Reabilitação, passou bastante rápido...mas foi sem dúvida muito rico em aprendizagens e conhecimentos que me vão acompanhar ao longo do meu futuro percurso, enquanto EEER.

### **3.O PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA PESSOA COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA: A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE EEER**

Para a obtenção do grau de especialista em ER, constituiu-se como essencial a prestação de cuidados de reabilitação à pessoa com patologia respiratória, tendo realizado o Estágio no Departamento de Reeducação Funcional Respiratória (DRFR), de um Hospital Central de Lisboa, de 26 de Novembro de 2012 a 11 de Janeiro de 2013 (5 semanas) (Apêndice I), com o objetivo: “*prestar cuidados especializados em enfermagem de reabilitação na área de reabilitação respiratória, à pessoa com patologia do foro respiratório*” (Apêndice II). Durante esse período, elaborei várias reflexões do percurso que realizei neste contexto de cuidados (Apêndice III).

As doenças respiratórias crónicas evoluem muitas vezes para um grau de dependência cada vez mais elevados, que condicionam a capacidade das pessoas para a atividade de autocuidado, sendo o foco de intervenção do EEER. O mesmo acontece com pessoas dependentes, por outro tipo de patologias, devido à sua incapacidade motora, poderão desenvolver complicações respiratórias sendo fundamental para a minha aprendizagem a aquisição de competências nessa área.

A reabilitação respiratória (RR)<sup>5</sup> beneficia todos os doentes com doença respiratória que têm o seu dia-a-dia afetado pela dispneia crónica. A grande maioria desses doentes tem DPOC<sup>6</sup>, e outras patologias causadoras de dispneia como asma, bronquiectasias, fibrose quística, doenças do interstício, deformidades da caixa torácica e doenças neuromusculares (Pamplona & Morais, 2007).

---

5

A RR, é baseada na evidência científica, sendo dirigida a doentes com doença respiratória crónica, sintomáticos e, frequentemente, com redução das suas avd's. Tem como objetivo a redução de sintomas, otimizar a funcionalidade, aumentar a participação social e reduzir custos de saúde, através da estabilização ou regressão dos sintomas da doença (DGS, 2009).

<sup>6</sup> Segundo um estudo realizado integrado num estudo mundial (BOLD), a prevalência estimada da DPOC é de 14,2% nos indivíduos adultos com mais de 40 anos, que sugere que esta é uma doença comum na região de Lisboa, contudo com uma elevada proporção de subdiagnósticos. Estes dados apontam para a necessidade de aumentar o grau de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a DPOC (Bárbara et al., 2013) Por outro lado, segundo dados publicados pela DGS, o número de internamentos por DPOC entre 2000 e 2008, aumentou cerca de 20% representando um custo superior a 25 milhões de euros, o que equivale a um aumento de 39.2% (DGS, 2013).

A evolução da doença respiratória causa limitações na vida das pessoas, como a intolerância ao exercício, limitações nas AVD's e nas atividades de vida instrumentais (AVID), assim como um declínio na sua qualidade de vida (Casaburi, 2006). A qualidade de vida da pessoa com doença respiratória crónica é ameaçada e é essencial perceber o impacto da doença crónica no funcionamento e bem-estar na dimensão física psicológica e psicossocial. A qualidade de vida é um conceito vago diretamente influenciado pelas condições socioeconómicas, ambientais, estado psicológico e de saúde, bem como pelas crenças pessoais e nível de dependência. O termo abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos (Minayo, Hartz, & Buss, 2000; Leal, 2008).

Ao longo do período de Estágio tive a oportunidade de prestar cuidados de EEER, a várias pessoas com diversas patologias respiratórias tais como: DPOC, asma; bronquiectasias, derrame pleural, atelectasias, pneumonias, fibrose quística pulmonar.

No DRFR, de um modo progressivo, adquiri competências específicas de EEER, tendo sempre como principal função ajudar a pessoa com doença crónica respiratória a adaptar-se à situação de incapacidade e de doença, maximizando o seu potencial funcional e independência, tendo em conta os recursos disponíveis, bem como os seus desejos e capacidades, deste modo, permitiu-me aprofundar, consolidar e adquirir novos conhecimentos de acordo com as competências específicas do EEER preconizadas pela OE (2010).

Não podia deixar de referir, a disponibilidade e a compreensão dos utentes que me proporcionaram momentos de aprendizagem únicos. Os utentes demonstraram sempre disponibilidade para participar nos momentos de aprendizagem e, apesar de muitos deles com horários para irem para os seus locais de trabalho, tiveram sempre disponibilidade para ficarem mais um pouco além da hora das sessões para conversarem, conhecê-los melhor, perceber o seu estilo de vida, as suas dificuldades, a realidade do seu dia-a-dia, o que fazem em situação de “crise”, as suas estratégias de intervenção, por exemplo. Mas foi também imprescindível, para o meu Estágio, os conhecimentos transmitidos diariamente pela enfermeira orientadora, assim como o modo de organizar e proporcionar oportunidades e momentos de aprendizagem, de acordo com os meus objetivos de Estágio. Pude inicialmente observar e posteriormente realizar uma avaliação inicial, que é fundamental para o conhecimento do utente onde se incluem escalas de avaliação de sintomas, como a de

dispneia, com a utilização da “escala de Borg”, a escala de avaliação de qualidade de vida, e a “Saint George's Respiratory Questionnaire” específicos para a doença respiratória.

Integrei-me de forma gradual no serviço, compreendi a dinâmica funcional da unidade, assim com a metodologia de trabalho da equipa de EEER. Penso que ao decorrer do Estágio demonstrei relacionamento com a equipa no sentido da cooperação com todos os elementos. Tive também oportunidade de realizar diversas técnicas no âmbito das competências do EEER, como sejam 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 inspeção, palpação e auscultação pulmonar antes e após intervenção de enfermagem de reabilitação. Efetuei sempre uma avaliação inicial onde identifiquei as necessidades de autocuidado; implementei e realizei um plano de intervenção, reformulando-o, sempre que necessário de acordo com os resultados esperados. De forma a planear estratégias de intervenção de enfermagem 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 (Apêndice VII).

Procurei interagir com a pessoa com patologia respiratória, no sentido de desenvolver atividades que permitissem maximizar as suas capacidades funcionais e, assim, permitir um melhor desempenho motor e cardio-respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal. Deste modo, tive a oportunidade de conceber e realizar programas de treino de exercício<sup>7</sup>, com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação, monitorizando e reformulando os programas, em função dos objetivos definidos junto da pessoa. Neste sentido, para a satisfação das necessidades da pessoa com patologia respiratória, foi utilizado o sistema de enfermagem de apoio-educação, uma vez que a pessoa possuía capacidade de executar, aprendia a realizar medidas de autocuidado terapêutico e, autonomamente vai conseguir regular o exercício e desenvolvimento das suas atividades (Orem, 2001). Deste modo, capacitei os indivíduos, com diversos tipos de patologias, a realizar os exercícios de RFR de forma autónoma quer no departamento quer em casa, assim

---

<sup>7</sup> Como demonstra o estudo de Ries et al (2005) a RR não aumentou a sobrevivência dos doentes, mas a sua capacidade para o exercício, diminuiu a dispneia e melhorou a qualidade de vida. Por outro lado, um estudo de Puhon A et al (2005) apresenta uma diminuição da mortalidade nos doentes que realizaram RR após uma exacerbação da DPOC.

como, possibilitei a aquisição de conhecimentos acerca de estratégias para a realização das suas AVD's com o consumo mínimo de energia. Procurei também identificar os recursos disponíveis, para a pessoa com patologia respiratória, no sentido da promoção da sua utilização, de acordo com o preconizado pela Ordem do Enfermeiros.

Senti também interesse em conhecer e compreender a intervenção do EEER, no âmbito da consulta da Fibrose Quística (FQ)<sup>8</sup>, as várias atividades que desenvolvem na mesma e o acompanhamento que fazem a estes utentes e deste modo aprofundei também conhecimentos acerca desta patologia, dos cuidados que têm que ter e o programa de ensino que é realizado pelo EEER.

Um dos aspetos que considerei também bastante significativo foi o facto da pessoa com patologia respiratória identificar o EEER como elemento essencial da equipa multidisciplinar na promoção da sua função respiratória, evidenciando várias vezes a sua importância no seu processo de reabilitação.

Apesar da escolha para o meu Estágio com maior duração em semanas ter sido na área motora, foi uma experiência bastante gratificante, uma vez que é também uma área fundamental na intervenção do EEER. Como o contexto do meu trabalho, é num serviço de Medicina Interna, presto diariamente cuidados a doentes com patologia do foro respiratório, sentindo também bastante necessidade de adquirir competências e conhecimentos nesta área. Deste modo, acho que este local de Estágio foi de encontro às necessidades que sinto nesta área, e assim adquiri conhecimentos, habilidades técnicas e humanas baseadas na evidência científica, através da aquisição de competências específicas do EEER em reabilitação respiratória. Percebi e reconheci a importância do trabalho desenvolvido do EEER em diversos contextos junto da pessoa com patologia respiratória.

---

<sup>8</sup> A Fibrose Quística é uma doença genética e hereditária, mais frequente na raça caucasiana, com uma incidência na população de origem europeia de 1 em cada 2000 – 4000 nascimentos por ano. Em Portugal calcula-se que nasçam por ano cerca de 30- 40 crianças com FQ. Estima-se que a nível mundial existam 7 milhões de pessoas portadoras da anomalia genética da FQ e cerca de 60.000 com a doença (ANFQ, 2013).

#### **4. REFLEXÃO FINAL**

Atualmente, a população europeia, onde Portugal está inserido, caracteriza-se por uma evidente tendência para envelhecer. As várias causas já se encontram identificadas, tais como: a diminuição da taxa de mortalidade e natalidade, aumento da esperança média de vida em consequência do avanço dos processos terapêuticos e da melhoria das condições socioeconómicas das populações. Daí existir a tendência significativa para o aumento de pessoas com doenças crónicas, as quais, face à sua evolução ao longo do tempo, estão fortemente associadas à transição para a dependência no autocuidado.

As pessoas que ficam em situação de dependência têm o direito de voltar a ter uma condição de vida de acordo com as suas expectativas, no sentido de alcançar autonomia nas suas atividades de vida, adaptando-se ao seu contexto de vida e a uma nova dinâmica familiar.

Após o regresso a casa de uma pessoa dependente existe a necessidade de participação de todas as entidades a nível familiar e comunitário, exigindo uma abordagem multidisciplinar e um planeamento e coordenação de uma rede de cuidados domiciliários, perspetivando uma assistência com qualidade e com objetivos delineados em equipa, no sentido de um plano individual de intervenção.

As intervenções do EEER direcionam-se para a promoção da autonomia, estabelecendo o ponto de equilíbrio com o apoio da família/cuidador, os apoios da comunidade e os sociais, que em parceria, vêm promover a recuperação e manutenção de todas as atividades que vão sendo desenvolvidas pela pessoa, perspetivando uma qualidade de vida de acordo com a sua filosofia de vida. De acordo com UMRNCCI (2007, p.27) “a educação e o treino, a informação, as ajudas técnicas e as redes sociais bem implementadas ajudam o doente dependente a tornar-se mais confiante e a autocuidar-se mais facilmente.”

A atual política de cuidados de saúde a nível da comunidade, com o aparecimento das ECCEI, promove a intervenção de uma equipa multidisciplinar no contexto domiciliário das pessoas, adequada às suas necessidades, estabelecendo um plano individual de intervenção, com o objetivo de manter a pessoa sempre que possível no seu domicílio, contribuindo assim para a reinserção sócio-familiar. Esta resposta de saúde pretende garantir a continuidade de cuidados e que seja integrado na equipa prestadora de cuidados, ainda durante o internamento hospitalar.

Um familiar ou cuidador receberá informação para prestar os cuidados no domicílio. É

*“neste sentido, e para garantir um suporte adequado, a preparação do regresso a casa apela aos profissionais de saúde uma resposta eficaz nos diferentes níveis de prestação de cuidados, de forma coordenada, garantindo, assim, a continuidade de cuidados e a utilização adequada dos recursos”* (Petronilho 2007, p.82).

Com a minha experiência profissional e enquanto me encontrei em Estágio verifiquei a existência de falhas, nomeadamente a nível da referenciação para os cuidados de saúde primários, visto que a nível hospitalar, o circuito de referenciação das Equipas de Gestão de Altas (EGA) para as ECCI a nível da plataforma informática da RNCCI, ainda não funciona em pleno, o que dificulta por vezes uma intervenção precoce a nível do contexto comunitário. É reconhecido que esta é uma função que todos os profissionais devem integrar na sua prática, devendo continuar a haver um investimento e melhor articulação entre as diferentes equipas.

Ao longo do Estágio verifiquei que a articulação existente entre os distintos contextos de cuidados, ainda é por vezes deficitária no que se refere aos cuidados de EEER, sendo um fator inibidor da continuidade de cuidados, comprometendo o seu processo de reabilitação e consequentemente a promoção da autonomia da pessoa dependente. É fundamental que exista essa articulação para o planeamento do regresso a casa da pessoa dependente. A preparação do regresso a casa exige que o EEER interprete o significado singular de cada situação apresentada pelo cuidador, de modo a ajudá-lo e que possibilite a continuidade dos cuidados após o regresso a casa da pessoa dependente no autocuidado. A intervenção do EEER tem como objetivo primordial melhorar a qualidade de vida da pessoa, maximizando o seu potencial funcional e independência e ajudando-a bem como à respetiva família a adaptar-se à nova situação com a máxima satisfação. Os EEER devem ajudar a promover as aprendizagens sobre a forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para que estes possam lidar com os desafios da saúde (OE, 2010).

Através da definição da problemática escolhida, sendo uma temática bastante atual, assim como com a articulação dos conhecimentos adquiridos e apreendidos ao longo deste processo formativo e em contexto da prática de cuidados, foram atingidos os objetivos a que me propus, com a finalidade do desenvolvimento de competências de EEER preconizadas pela OE (2010) para a obtenção do grau de especialista em EEER.

Como nos diz Hesbeen (2010, p.135)

*“a finalidade da reabilitação inscreve-se na complexidade do ser humano e no que há de aleatório na vida de todas as pessoas. Esta finalidade só pode ser atingida através de um projeto de cuidados realista e de conjunto. Pressupõe que mudemos frequentemente o nosso modo de olhar as coisas a fim de melhorá-lo e ajustá-lo às situações”*.

Com o objetivo de dar resposta à problemática selecionada, foi fundamental a realização do Estágio em diversos contextos de cuidados para a compreensão do processo de reabilitação e prestação de cuidados de EER à pessoa dependente na sua reintegração em contexto domiciliário. A realização do Estágio em contexto domiciliário permitiu-me uma compreensão, na perspetiva da pessoa e familiar cuidador, dos conhecimentos que possuem, das principais dificuldades e receios enfrentadas no domicílio, e no regresso a casa. Constatei que o autocuidado relacionado com as AVD's higiene e conforto e vestir e despir são um grande foco de preocupação, devido ao elevado grau de dependência. O conhecimento que o EEER deve ter das necessidades da pessoa dependente possibilitaria decidir sobre as intervenções que mais se ajustariam às necessidades individuais da pessoa (Benner 2001). De acordo com Orem (2001), os adultos, quando saudáveis, são capazes de garantir o seu próprio autocuidado. E quando, por motivos de doença ou incapacidade física ou mental, por lacunas nos recursos ou, ainda, por fatores ambientais, o indivíduo necessita de apoio nas AVD's, fica limitado no que pode fazer por si mesmo e, por isso, necessita de ajuda na realização do autocuidado; auxílio esse que, muitas vezes, é proveniente de familiares ou profissionais, dos quais se destacam, o EEER dado o seu papel social e a natureza dos cuidados que prestam.

A realização do Estágio em contexto de uma Instituição de Reabilitação, permitiu-me verificar a importância da intervenção do EEER enquanto elemento responsável pelo ensino e treino ao utente e/ou família de aspetos essenciais para o seu dia-a-dia, nomeadamente através do estudo da utilização de possíveis produtos de apoio de forma a diminuir ou mesmo colmatar, o défice de autocuidado. A minha permanência nesse tipo de instituição, permitiu-me planear, executar e avaliar os cuidados de enfermagem e intervenções especializadas à pessoa dependente, tanto no seu contexto de vida como no contexto de internamento, direcionando a minha intervenção para a promoção do autocuidado das suas AVD's, 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, levando-me a uma constante necessidade de aprofundar conteúdos teóricos para 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”* (OE, 2010, p. 3).

Como nos refere Pereira (2006, p.30) “o tempo de ajuste a uma nova realidade é reduzido, a decisão de aceitar o papel de cuidador é induzida por pressões de urgência e de valores pessoais sem que, frequentemente, possa ocorrer uma avaliação adequada do compromisso e extensão do papel que se decide aceitar”. De acordo com o estudo de Louro (2009) a maioria dos cuidadores tem dificuldades na prestação de cuidados. Essas dificuldades estão maioritariamente relacionadas com a falta de informação, com a falta de ajudas técnicas e com os cuidados diretos ao doente. Pude verificar no Estágio que a maioria dos cuidadores nunca participou nos cuidados ao seu familiar durante o internamento e quando participou foi mais na alimentação e com pouca expressão nos cuidados de higiene. De acordo com a revisão sistemática de literatura, acerca das incapacidades físicas de pessoas com AVC, de Paixão Teixeira & Silva (2009) a incapacidade motora é apontada como a principal consequência para a pessoa necessitar de ajuda para as AVD's: a alimentação, higiene pessoal e mobilização em geral, este dado foi constatado no decorrer do meu Estágio em uma instituição de reabilitação.

Os cuidados de enfermagem são suportados numa prática baseada na evidência. Ao longo da busca de evidência científica para o desenvolvimento deste Relatório identifiquei uma limitação, na medida em que a maioria dos artigos encontrados são estudos que mencionam outros profissionais de saúde, não referenciando nem destacando o papel do EEER, constituindo desde logo uma barreira por limitarem a especificidade das suas intervenções.

Com o desenvolvimento desta temática pretendo estabelecer um protocolo, no contexto onde exerço funções, para a intervenção do EEER o mais precoce possível no planeamento da alta, junto da pessoa dependente e cuidador no decorrer do internamento, permitindo a melhoria da qualidade e continuidade dos cuidados. Para tal, pretendo construir um instrumento de colheita de dados que permita identificar e avaliar as necessidades da pessoa dependente e as dificuldades do cuidador no sentido da preparação do regresso a casa; esse instrumento deverá permitir a avaliação da dependência da pessoa a nível do autocuidado, assim como irá permitir a avaliação das dificuldades do cuidador no âmbito da promoção dos autocuidado. Deste modo, o EEER, enquanto agente de autocuidado, vai planear e implementar as ações, adequando a informação e promovendo a participação nos cuidados. O EEER avalia também as competências da pessoa dependente e do cuidador para o exercício do papel, assim como possibilita a comunicação da informação oralmente e por escrito. A transmissão dessa

informação à restante equipa de enfermagem é bastante importante com vista à continuidade do processo, dando desta forma visibilidade ao trabalho efetuado.

Espero também, com a realização deste trabalho, contribuir de alguma forma para o desenvolvimento do trabalho do EEER, mostrando a importância do progresso da enfermagem em contexto domiciliário numa aposta e num requisito das sociedades atuais, focados na prestação de cuidados qualificados a pessoas dependentes e famílias. Os estudos realizados acerca desta temática, mostram a extrema importância e relevância social do papel desempenhado pelos cuidadores. Como salienta Petronilho (2007), a investigação em enfermagem terá sempre um papel muito relevante no estudo dos fenómenos associados às transições, não só na descrição e explicação desses mesmos factos, mas também na identificação de estratégias (intervenções) que promovam uma maior capacidade da pessoa para lidar com essas transições.

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 tal, o EEER com a aquisição de conhecimentos e vivências ao longo do seu percurso profissional, deve diariamente integrar na sua prática, a reflexão, a formação e a investigação na sua prática diária. Hesbeen (2010, p.35) refere que o espírito da reabilitação permite a cada profissional "(...) mudar a sua visão dos factos, ajustá-la para tentar ver melhor, ou analisar melhor, tendo em vista agir adequadamente perante as situações humanas que se lhe apresentem" Deste modo, procurei ao longo deste percurso encontrar, construir e desenvolver a minha identidade enquanto futura EEER.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANFQ- Associação Nacional de Fibrose Quística (2013). Fibrose Quística. Obtido em 6 de Janeiro de 2013 em: <http://www.anfq.pt/index.php/slide-view/fibrose-quistica>.
- Augusto, B.M.J [et al] (2002). *Cuidados continuados: família, centro de saúde e hospital como parceiros de cuidar*. Coimbra : Formasau.
- Bárbara, C. [et al.] (2013). Prevalência da doença pulmonar obstrutiva crónica em Lisboa, Portugal: estudo Burden of Obstructive Lung Disease. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, Sociedade Portuguesa de Pneumologia, vol. 19, p. 96-105.
- Bell, L. & Duffy, A. (2009). A concept analysis of nurse-patient trust. *British Journal of Nursing (BJN)*.18(1). 46-51.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Berman, E. [et al] (2004). Religiosity in a hemodialysis population and its relationship to satisfaction with medical care, satisfaction with life, and adherence. *American Journal of Kidney Diseases*. 44(3).
- Branco, T. & Santos, R. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Byles, J. E. (2000). A thorough going over: Evidence for health assessments for older persons. *Australian & New Zealand Journal of Public Health*, 24, 117–123.
- Caldeira, S., Branco Z.C. & Vieira M. (2011). A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*. Série III (5), p.145-152.
- Cameron, J., & Gignac, M. (2008). “Timing it right”: a conceptual Framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient Education and Counseling*, 70(3), 305-314
- Campos, M.J. (2009). *Integração na família de uma pessoa dependente no autocuidado : impacte da acção do enfermeiro no processo de transição*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Cardoso, A., Felizardo, H. & Januário, J., (2012). O Enfermeiro como Gestor do Processo de Preparação do Regresso a Casa. Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. *Enfermagem de Nihtingale aos Dias de Hoje 100 anos*. Coimbra. 75-88.

- Cardoso, R. & Eusébio, A.P. (2011). Actividades da vida diária – Abordagens e práxis como contributo para a melhoria da qualidade de vida na pessoa com deficiência. *Cidade Solidária – Revista da SCML* (25), 30-35.
- Carvalhido, T. & Pontes, M. (2009). Reabilitação domiciliária em pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Porto.6: 140-150.
- Casaburi, R. (2006). *Impacting patient-centred outcomes in COPD: deconditioning*,15(99), 42-46. (European Respiratory Review, Editor) Obtido em 30 de Novembro de 2012, de <http://err.ersjournals.com/content/15/99/42.full.pdf+html>
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 5ª Edição, Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Correia, C., Teixeira, R. & Marques, S. (2005). A família do doente dependente. *Servir*, 53, 3: 126-131.
- Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de Junho. *Diário da República nº 109/2006 - I Série*. Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Lisboa. Em linha [Consult.12 de Outubro de 2012]. Disponível em <http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/legislacao.htm>
- Direção Geral de Saúde (2009). Circular Informativa – Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Em linha [Consul. a 30 de Novembro de 2012]. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-40adspcd-de-27102009-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2013). Norma da DGS – Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Em linha [Consul. a 1 de Outubro de 2013]. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0282011-de-30092011-atualizada-a-10092013-png.aspx>
- Duque, H. (2009). *O doente dependente no autocuidado - estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem.Porto.
- Ekstam, L. [et al.] (2007). Functioning in everyday life after stroke: a longitudinal study of elderly people receiving rehabilitation at home. *The Authors. Journal compilation. Nordic College of Caring Science* 21: 434-446. Em linha [Consult. 8 de Outubro 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18036006>.

- Friedman, Y. (2006). Mapping the literature of home health nursing. *J Med Assoc.* 94
- Garrote, J. P-C. (2005). La valoración geriátrica hoy: atención Domiciliaria. *Rev Mult Gerontol.* 15(1):16-22
- Gold, P. (2009). The 2007 GOLD Guidelines: a comprehensive care framework. *Respiratory Care*, 54(8), 1040-1049.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar.* Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar.* Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2010). *A Reabilitação: criar novos caminhos.* Loures: Lusociência.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência.* Loures: Lusociência. 290.
- ICN – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1.0.* (CIPE® versão 1 – Tradução oficial Portuguesa) (2005). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Instituto Nacional de Estatística (2009). Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. I.P., Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.
- INR- Instituto Nacional de Reabilitação (2013). *Ajudas Técnicas/Produtos de Apoio.* Obtido em 6 de Fevereiro de 2013 em: <http://www.inr.pt/content/1/59/ajudas-tecnicas-produtos-de-apoio>.
- Johns, J. (1996). A concept analysis of trust. *Journal of Advanced Nursing.* 24(1). 76-83.
- Landi, F., Cesari, M., Onder, G., Tafani, A., Zamboni, V. & Cocchi, A. (2006). *Effects of Occupational Therapy Program on Functional Outcomes in Older Stroke Patients.* *Gerontology*, 52, 85-91.
- Lage, I. (2007). *Avaliação dos Cuidados informais aos idosos.* Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
- Leal, C. M. (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida.* Universidade dos Açores.
- Leal, F. (2001). *Intervenções de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral.* In: Padilha J., [et al], *Enfermagem em Neurologia.* Coimbra: Formasau.
- Lohne, V. & Severinsson, E. (2006). The power of hope: patients' experiences of hope a year after acute spinal cord injury. *Journal of Clinical Nursing*, 15: 315-323.
- Louro, M.C. (2009). *Cuidados Continuados no domicílio.* Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto.

- Maramba, P. J., Richards, S. & Larrabee, J.H. (2004). Discharge planning process. Applying a model for evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality*. 19 (2) 123-129.
- Marques, S. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins, M. (2002). *Uma Crise Acidental na Família: O Doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins, R. (2011). *A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho de Lisboa: abordagem exploratória à dimensão do fenómeno*. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem Avançada. Lisboa.
- Martins, T. (2006). AVC: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. *Sinais Vitais*. Coimbra, 264 p.
- Mendes, J. (2006). *Como inserir a espiritualidade no processo terapêutico*. *Servir*. 54 (4), 158-164.
- Menoita, E., [et al] (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC: *Contributos Para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.
- Minayo, M. C., Hartz, Z. M., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), p. 7-18.
- Oliveira, J. (2006). *A vivência da Dimensão Espiritual no Cuidar Transpessoal da Pessoa em situação de Doença Crónica – A perspectiva do enfermeiro*. Contribuição para uma Revisão Sistemática da Literatura. Actas da 9ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem – Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). REPE e estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 8 de Outubro de 2012, [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE\\_VF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf)
- Ordem do Enfermeiros (2010). *Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências de Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Obtido em 8 de Outubro 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). Regulamentos dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem - Conceptos de Enfermería en la práctica*. (M. T. Rodrigo, Trans.) Barcelona: Masson - Salvat.

- Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6 ed.). St. Louis: Mosby.

- Paixão Teixeira, C. & Silva, LD. (2009). As incapacidades físicas de pacientes com acidente vascular cerebral: ações de Enfermagem, *Enfermería Global*, 15, 1-12  
[http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/pt\\_revision1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/pt_revision1.pdf)

- Pamplona, P. & Morais, L. (2007). Treino de exercício na doença pulmonar crónica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, Sociedade Portuguesa de Pneumologia, vol. XIII, (1), p. 101-128.

- Partis, M. B. (2009). Reflecting on a relationship centred approach to care. *Journal of Community Nursing*, 23 (5), 4-6.

- Patel, S. S. [et. al.] (2002). Psychosocial variables, quality of life, and religious beliefs in ESRD patients treated with haemodialysis. *American Journal of Kidney Disease*. 40 (5), p.1000-1022.

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

- Pereira, I. & Paiva e Silva, A. (2012). Ser Cuidador Familiar: A Perceção do Exercício do Papel. *Pensar Enfermagem*, 16 (1) p.42-54.

- Pereira, T.B. & Santos, R.D. (2008). Ser enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. *Enformação*, 10. 6-9.

- Pessini, L. (2007). *A espiritualidade interpretada pelas ciências e pela saúde. O mundo da saúde*. São Paulo, 31(2), 187-195

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

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

- Poochikian-Sarkissian, S., Wennberg, R. A., & Sidani, S. (2008). Examining the relationship between patient-centred care and outcomes on a neuroscience unit: a pilot Project. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 30 (2), 14-19.
- Puhan A., Scharplatz M., Trooster T. & Steurer J. (2005). Respiratory rehabilitation after acute exacerbation of COPD may reduce risk for re-admission and mortality. a systematic review. *Respir Res* 6:54.
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Saúde e Apoio Social (2007). *A Equipa de Cuidados Continuados Integrados. Orientações para a sua constituição nos Centros de Saúde*. Lisboa: Gesaworld.
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Saúde e Apoio Social (2012) – *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2011*. Lisboa: Gesaworld.
- Rice, R. (2004). *Práticas de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários*. Loures: Lusociência.
- Ries L., Make J., Lee M., et al. (2005). The effects of pulmonary rehabilitation in the national emphysema treatment trial. *Chest*.128. 3799.
- Rodrigues, M.A., et al (2005). *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.
- Santos, P. (2002). *A depressão no idoso : estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Coimbra: Quarteto.
- Schober, M., & Affara, F. (2001). *The Family Nurse: Frameworks for Practice*. Geneva: International Council of Nurses.
- Sellman, D. (2007). Trusting patients, trusting nurses. *Nursing Philosophy*, 8, 28-36.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: LIDEL.
- Sequeira, P. M. D. (2009). Educação para a Saúde à Família do doente com AVC. *Revista Investigação em Enfermagem*. Sinais Vitais. Coimbra. 20, p.15-25
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 55 (1-2) p. 11-19.
- Silva, M.S. (2010). *O acesso aos cuidados de Enfermagem após alta hospitalar: uma análise do impacte da partilha de informação*. Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto.

- Smeeth, L. [et al] (2001). Randomised comparison of three methods of administering a screening questionnaire to elderly people: findings from the MRC trial of the assessment and management of older people in the community. *British Medical Journal*. 323, p. 1403-1407
- Unidade Missão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2007). *Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados*. RNCCI. Lisboa
- Verissimo, C. (2004). Importância dos conceitos para a produção multidisciplinar de cuidados. *Nursing*. 5, 20-24.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar – uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- WHO (2008). Home Care in Europe. Em linha. [Consult.9 de Outubro de 2012].Disponível em: [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081103\\_294](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081103_294) (2) Supplement: 49-55.
- Zarit, S. H. & Gaugler, J. E. (2000). Stress and caregivers. George Fink – Encyclopaedia of Stress. London: Academia Press.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I**

### **Cronograma de Estágio**

### Cronograma de Atividades

ANO	2012												2013							
MÊS	OUTUBRO					NOVEMBRO				DEZEMBRO			JANEIRO				FEV			
DIAS	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	4	11
	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15
Tânia Cristina Soares de Carvalho Cardoso	ACES [REDACTED] ECCI –UCC [REDACTED]									DRFR			Férias De Natal	DRFR		CMR [REDACTED]				

## **APÊNDICE II**

### **Objetivos, Atividades a desenvolver, Critérios de Avaliação e Recursos**

**OBJETIVO GERAL 1: DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE EER PROMOTORAS DO AUTOCUIDADO, HIGIENE E CONFORTO E VESTIR E DESPIR, JUNTO DA PESSOA DEPENDENTE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO. A REALIZAR NO ACES [REDACTED] – ECCI: UCC [REDACTED]**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p>1. Compreender a dinâmica funcional do serviço, a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem assim como a prática da prestação de cuidados de enfermagem, integrando-me de forma gradual no serviço.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Integração na dinâmica do serviço e da equipa multidisciplinar;</li> <li>▪ Reuniões/conversas informais com o enfermeiro chefe e com elementos da equipa nomeadamente com enfermeiro orientador;</li> <li>▪ Consulta de documentos no sentido de conhecer a área de abrangência do serviço e as características da população;</li> <li>▪ Partilha de informação, dúvidas e experiências com o enfermeiro especialista orientador;</li> <li>▪ Consulta de documentos existentes no serviço relativos a Enfermagem de reabilitação;</li> <li>▪ Conhecer a articulação entre o EEER e a equipa multidisciplinar;</li> <li>▪ Perceber e conhecer as funções do EER em contexto domiciliário.</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pessoa/cuidador</li> <li>▪ EEER</li> <li>▪ Equipa de Multidisciplinar</li> <li>▪ Professor orientador</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Computador e internet</li> <li>▪ Normas, protocolos e manuais do serviço;</li> </ul> <p><b>Físicos:</b> ACES [REDACTED]</p> <p><b>Temporais:</b> 1ª e 2ª Semana</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Integra conhecimentos sobre a funcionalidade e dinâmica do serviço;</li> <li>▪ Demonstra relacionamento com a equipa no sentido da cooperação com todos os elementos;</li> </ul>
<p>2. Identificar as dificuldades sentidas pela pessoa dependente e cuidador no domicílio, quais as intervenções de enfermagem de reabilitação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seleção das pessoas dependentes e cuidadores, em conjunto com o enfermeiro orientador;</li> <li>▪ Programação de visitas domiciliárias à pessoa/cuidador previamente selecionadas;</li> <li>▪ Avaliação do grau de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo e cárdio-respiratório da pessoa dependente, que altera a autonomia na realização de AVD's;</li> <li>▪ Utilização de escalas e instrumentos de avaliação neurológico e da funcionalidade da pessoa dependente utilizadas em contexto domiciliário;</li> <li>▪ Identificação dos fatores inibidores para a realização das AVD'S de forma autónoma no seu contexto domiciliário,</li> <li>▪ Identificação das necessidades de intervenção de reabilitação para a reeducação a nível sensorial, motor, cognitivo, cárdio-respiratório e a realização de AVD's de forma autónoma no seu contexto domiciliário, definindo as estratégias a implementar e os resultados esperados com o objetivo da promoção da autonomia;</li> <li>▪ Realização de planos de atuação com as intervenções para a reeducação da funcionalidade;</li> <li>▪ Seleção das ajudas técnicas adequadas à pessoa e cuidador ou verificar as utilizadas.</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pessoa/cuidador</li> <li>▪ EEER</li> <li>▪ Equipa de Multidisciplinar</li> <li>▪ Professor orientador</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Escalas, instrumentos de avaliação neurológica, funcionalidade e de registo; Bibliografia de consulta.</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ACES [REDACTED]</li> </ul> <p><b>Temporais:</b> 2ª e 8ª Semana</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Efetua a avaliação inicial da pessoa/cuidador e elabora adequadamente o plano de intervenção;</li> <li>▪ Reformula o plano de intervenção em função dos resultados esperados;</li> <li>▪ Mobiliza os recursos da comunidade existentes.</li> </ul>

**OBJETIVO GERAL 1: DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE EEER PROMOTORAS DO AUTOCUIDADO, HIGIENE E CONFORTO E VESTIR E DESPIR, JUNTO DA PESSOA DEPENDENTE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO. A REALIZAR NO ACES OEIRAS – ECCI: UCC SAUDAR (CONTINUAÇÃO)**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p>3. Identificar as necessidades de informação sentidas pela pessoa dependente e cuidador em relação ao autocuidado na realização das AVD's higiene e conforto e vestir e despir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seleção das pessoas dependentes e cuidador de referência, em conjunto com o enfermeiro orientador;</li> <li>▪ Avaliação junto das pessoas dependentes previamente selecionados, as necessidades de informação, utilizando a entrevista, de modo a perceber as dificuldades na realização das AVD's higiene e conforto e vestir e despir, para a elaboração do respetivo plano de intervenção;</li> <li>▪ Realização dos respetivos registos da informação e formação transmitida;</li> <li>▪ Criação de um ambiente e espaço para o esclarecimento de dúvidas e necessidades, mostrando disponibilidade;</li> <li>▪ Envolver o cuidador na validação das necessidades e nos programas de informação realizada.</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pessoa/cuidador</li> <li>▪ EEER</li> <li>▪ Equipa de Multidisciplinar</li> <li>▪ Professor orientador</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bibliografia;</li> <li>▪ Normas, protocolos e manuais do serviço;</li> <li>▪ Instrumentos de registos.</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ACES [REDACTED]</li> </ul> <p><b>Temporais:</b></p> <p>1ª e 8ª Semana</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avalia as necessidades de informação da pessoa com AVC e cuidador;</li> <li>▪ Realiza e avalia o plano de intervenção de ER;</li> <li>▪ Monitoriza e avalia o processo de aprendizagem da pessoa com AVC e cuidador;</li> <li>▪ Identifica e desenvolve as intervenções de ER planeadas para a pessoa e cuidador tendo em conta a sua singularidade.</li> </ul>
<p>4. Implementar estratégias de intervenção promotoras autocuidado da pessoa dependente e cuidador na realização das AVD's higiene e conforto e vestir e despir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implementação de planos de intervenção de ER com o objetivo da recuperação de alterações a nível motor, sensorial, cognitivo e cárdio-respiratório;</li> <li>▪ Fornecer informação à pessoa de acordo com o plano de intervenção anteriormente elaborado com o objetivo de promover o autocuidado e a continuidade de cuidados;</li> <li>▪ Promoção da continuidade de cuidados;</li> <li>▪ Avaliação dos resultados das intervenções junto da pessoa e cuidador, validando sempre as necessidades ainda sentidas de formação;</li> <li>▪ Interpretação, organização e divulgação dos dados provenientes da evidência científica, novos estudos e novas "guidelines";</li> <li>▪ Mobilização dos resultados da evidência científica, para a melhoria da qualidade dos cuidados de ER;</li> <li>▪ Interpretação e análise de estudos de investigação, nomeadamente acerca da temática do projeto de formação</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pessoa/cuidador</li> <li>▪ EEER</li> <li>▪ Equipa de Multidisciplinar</li> <li>▪ Professor orientador</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Instrumentos de registo e bibliografia.</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ACES [REDACTED]</li> </ul> <p><b>Temporais:</b></p> <p>2ª e 8ª Semana</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avalia os resultados dos diferentes níveis de intervenção de ER à pessoa com alterações da funcionalidade;</li> <li>▪ Envolve os restantes elementos da equipa de enfermagem nos cuidados de reabilitação prestados</li> <li>▪ Avalia os cuidados de ER realizados com o enfermeiro orientador em reuniões formais e informais.</li> <li>▪ Mobiliza resultados da prática baseados na evidência, no sentido da melhoria da qualidade.</li> </ul>

**OBJETIVO GERAL 1: DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE EEER PROMOTORAS DO AUTOCUIDADO, HIGIENE E CONFORTO E VESTIR E DESPIR, JUNTO DA PESSOA DEPENDENTE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO. A REALIZAR NO ACES [REDACTED] – ECCI: UCC [REDACTED] (CONTINUAÇÃO)**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p>5. Identificar os recursos disponíveis na comunidade para a pessoa dependente e cuidador para a promoção da sua utilização.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conhecer os recursos comunitários disponíveis no local onde a pessoa dependente e cuidador reside;</li> <li>▪ Orientação da pessoa e cuidador para os recursos existentes na comunidade;</li> <li>▪ Realização da articulação com os recursos da comunidade, sempre que necessário.</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pessoa/cuidador</li> <li>▪ EEER</li> <li>▪ Equipa de Multidisciplinar</li> <li>▪ Professor orientador</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bibliografia;</li> <li>▪ Recursos da comunidade;</li> <li>▪ Instrumentos de registos.</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ACES [REDACTED] e recursos da comunidade</li> </ul> <p><b>Temporais:</b></p> <p>3ª e 8ª Semana</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifica os recursos da comunidade que existem no local;</li> <li>▪ Orienta a pessoa e cuidador para a utilização dos recursos da comunidade disponíveis.</li> </ul>
<p>6. Promover a articulação com outros contextos de cuidados com o objetivo da continuidade de cuidados da pessoa dependente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Envolver a pessoa dependente e cuidador da importância da continuidade de cuidados;</li> <li>▪ Utilização de informação de ER quando existe a necessidade de reinternamento da pessoa dependente;</li> <li>▪ Utilização do contacto telefónico com outros contextos de cuidados com o objetivo de promover a continuidade de cuidados;</li> <li>▪ Consulta de bibliografia acerca da articulação de cuidados.</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pessoa/cuidador</li> <li>▪ EEER</li> <li>▪ Equipa de Multidisciplinar</li> <li>▪ Professor orientador</li> <li>▪ Equipa de outros contextos de cuidados;</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Instrumentos de registo e de articulação de cuidados; bibliografia.</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ACES [REDACTED] e outros contextos de cuidados.</li> </ul> <p><b>Temporais:</b></p> <p>3ª e 8ª Semana</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifica a importância da articulação de cuidados entre as instituições de saúde;</li> <li>▪ Promove a articulação com outros contextos de cuidados;</li> <li>▪ Envolve a pessoa dependente e cuidador para a continuidade de cuidados.</li> </ul>

**OBJETIVO GERAL 2: DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE EEER NA PESSOA COM PATOLOGIA DO FORO RESPIRATÓRIO. A REALIZAR NO [REDACTED]: DEPARTAMENTO DE ADAPTAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA (DAFR)**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p>1. Compreender a dinâmica funcional do serviço, a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem assim como a prática da prestação de cuidados de enfermagem, integrando-me de forma gradual no serviço.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Integração na dinâmica do serviço e da equipa multidisciplinar;</li> <li>▪ Reuniões/conversas informais com o enfermeiro chefe e com elementos da equipa nomeadamente com enfermeiro orientador;</li> <li>▪ Perceber as patologias mais frequentes no serviço;</li> <li>▪ Consulta de documentos no sentido de conhecer a área de abrangência do serviço e as características da população;</li> <li>▪ Conhecer a articulação existente entre o departamento e outros serviços de internamento.</li> <li>▪ Conhecer a equipa multiprofissional e interagir com a mesma.</li> <li>▪ Observar as rotinas diárias da unidade e colaborar com a equipa multidisciplinar;</li> <li>▪ Identificar os procedimentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa com alteração do foro respiratório;</li> <li>▪ Consultar o processo clínico e os instrumentos de registo;</li> <li>▪ Partilha de informação, dúvidas e experiências com o enfermeiro especialista orientador;</li> <li>▪ Consulta de documentos existentes no serviço relativos a ER;</li> <li>▪ Conhecer a articulação entre o EEER e a equipa multidisciplinar.</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pessoa com patologia respiratória</li> <li>▪ EEER</li> <li>▪ Equipa de Multidisciplinar</li> <li>▪ Professor orientador</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Computador e internet</li> <li>▪ Normas, protocolos e manuais do serviço;</li> <li>▪ Processos dos utentes</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [REDACTED]: DAFR</li> </ul> <p><b>Temporais:</b></p> <p>1ª e 2ª Semana</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Integra conhecimentos sobre a funcionalidade e dinâmica do serviço;</li> <li>▪ Identifica a equipa multidisciplinar;</li> <li>▪ Demonstra relacionamento com a equipa no sentido da cooperação com todos os elementos;</li> <li>▪ Tem conhecimento dos recursos humanos e materiais existentes no serviço que são mobilizados para a prestação de cuidados do EEER.</li> </ul>

**OBJETIVO GERAL 2: DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE EEER NA PESSOA COM PATOLOGIA DO FORO RESPIRATÓRIO. A REALIZAR NO [REDACTED]: DEPARTAMENTO DE ADAPTAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA (DAFR) (CONTINUAÇÃO)**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p>2. Desenvolver competências que permitam identificar as necessidades em ER na pessoa com patologia respiratória em contexto de ambulatório e em internamento hospitalar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Colheita de dados junto pessoa, consulta do processo clínico e exames complementares de diagnóstico, para identificar as necessidades de intervenção;</li> <li>▪ Identificação das necessidades de autocuidado na pessoa com alteração do padrão respiratório;</li> <li>▪ Identificação do potencial de reabilitação de cada pessoa de forma a implementar um plano de intervenção para maximizar/reeducar a função a nível cardio-respiratório, aplicando instrumentos de avaliação;</li> <li>▪ Desenvolver capacidades de avaliação da funcionalidade, da limitação da atividade e restrição da participação da pessoa com alteração do padrão respiratório;</li> <li>▪ Desenvolver conhecimentos científicos e técnicos no âmbito da reabilitação à pessoa com alteração do padrão respiratório,</li> <li>▪ Implementar programas de reeducação funcional respiratória com vista a otimizar e/ou reeducar funções;</li> <li>▪ Planear cuidados de EEER, integrando-os no plano global de cuidados individualizado e validar com a pessoa a sua implementação;</li> <li>▪ Informação e educação à pessoa sobre a importância da terapêutica inalatória de modo que a sua administração seja realizada de forma eficaz;</li> <li>▪ Educação para a saúde: gestão da doença e promoção da saúde – intervenção psicossocial, trabalho em equipa multiprofissional na perspetiva da melhoria da autonomia e da qualidade de vida da pessoa com alterações do padrão respiratório;</li> <li>▪ Avaliação dos resultados das intervenções e reformulação dos programas instituídos em função dos resultados esperados.</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pessoa com patologia respiratória</li> <li>▪ EEER</li> <li>▪ Equipa de Multidisciplinar</li> <li>▪ Professor orientador</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Computador e internet</li> <li>▪ Normas, protocolos e manuais do serviço;</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [REDACTED]: DAFR</li> </ul> <p><b>Temporais:</b></p> <p>2ªe 5ª Semana</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realiza a colheita de dados pertinentes para a realização do plano de intervenção, recolhe informação pertinente e utiliza os instrumentos de avaliação;</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> <li>▪ Aplica e articula fundamentos teórico práticos;</li> <li>▪ Proporciona momentos de formação acerca das técnicas de reabilitação desenvolvidas, baseadas na evidência científica;</li> <li>▪ Mobiliza resultados da prática baseados na evidência, no sentido da melhoria da qualidade.</li> </ul>

**OBJETIVO GERAL 2: DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE EEER NA PESSOA COM PATOLOGIA DO FORO RESPIRATÓRIO. A REALIZAR NO [REDACTED]: DEPARTAMENTO DE ADAPTAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA (DAFR) (CONTINUAÇÃO)**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p>2. Desenvolver competências que permitam identificar as necessidades em ER na pessoa com patologia respiratória em contexto de ambulatório e em internamento hospitalar.</p> <p>(continuação)</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Realização de registos ER no processo individual.</li><li>▪ Desenvolvimento de um papel de autonomia e responsabilidade crescente, o que permite cuidar de um número crescente de doentes e maior complexidade das situações;</li><li>▪ Partilha de informação, dúvidas e experiências com o enfermeiro especialista orientador;</li><li>▪ Avaliação do processo de tomada de decisão: objetivos, estratégias, respostas;</li><li>▪ Interpretação, organização e divulgação dos dados provenientes da evidência científica, novos estudos e novas “guidelines”;</li><li>▪ Mobilização dos resultados da evidência científica, para a melhoria da qualidade dos cuidados de ER.</li></ul>		

**OBJETIVO GERAL 3: DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE EEER PROMOTORAS DO AUTOCUIDADO, HIGIENE E CONFORTO E VESTIR E DESPIR, JUNTO DA PESSOA DEPENDENTE, MAIS CONCRETAMENTE COM AVC EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO EM UMA UNIDADE DE REABILITAÇÃO. A REALIZAR NO**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p>1. Integrar de forma progressiva na equipa de multidisciplinar, dinâmica, funcionamento, organização e atividades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Integração na dinâmica do serviço e da equipa multidisciplinar;</li> <li>▪ Reuniões/conversas informais com o enfermeiro chefe e com elementos da equipa nomeadamente com enfermeiro orientador;</li> <li>▪ Conhecer a proveniência dos utentes que se encontram no serviço;</li> <li>▪ Consulta de documentos no sentido de conhecer a área de abrangência do serviço e as características da população;</li> <li>▪ Partilha de informação, dúvidas e experiências com o enfermeiro especialista orientador;</li> <li>▪ Consulta de documentos existentes no serviço relativos a Enfermagem de reabilitação (manuais, protocolos, instrumentos de registo);</li> <li>▪ Observação das rotinas diariamente e colaborar na prestação de cuidados;</li> <li>▪ Identificação dos procedimentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa com AVC e cuidador.</li> <li>▪ Conhecer a articulação entre o EEER e a equipa multidisciplinar.</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pessoa/cuidador</li> <li>▪ EEER</li> <li>▪ Equipa de Multidisciplinar</li> <li>▪ Professor orientador</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Computador e internet</li> <li>▪ Normas, protocolos e manuais do serviço;</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [REDACTED]</li> </ul> <p><b>Temporais:</b> 1ª e 2ª Semana</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consulta os manuais e documentos do serviço (normas, protocolos);</li> <li>▪ Conhece as rotinas habituais do serviço;</li> <li>▪ Identifica a equipa multidisciplinar;</li> <li>▪ Identifica os procedimentos de acolhimento e colheita de dados à pessoa/cuidador;</li> <li>▪ Conhece os recursos humanos e materiais existentes no serviço para serem mobilizados nos cuidados de reabilitação.</li> </ul>
<p>2. Desenvolver competências que permitam identificar as necessidades em ER da pessoa que sofreu um AVC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliação do grau de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo e cárdio-respiratório da pessoa com AVC, que altera a autonomia na realização de AVD's;</li> <li>▪ Utilização de escalas e instrumentos de avaliação neurológico e da funcionalidade da pessoa com AVC;</li> <li>▪ Identificação das necessidades de intervenção de reabilitação para a reeducação a nível sensorial, motor, cognitivo, cárdio-respiratório e a realização de AVD's de forma autónoma, definindo as estratégias a implementar e os resultados esperados com o objetivo da promoção da autonomia;</li> <li>▪ Realização de planos de atuação com as intervenções para a reeducação da funcionalidade;</li> <li>▪ Seleção das ajudas técnicas adequadas à pessoa e cuidador.</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pessoa/cuidador</li> <li>▪ EEER</li> <li>▪ Equipa de Multidisciplinar</li> <li>▪ Professor orientador</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Escalas, instrumentos de avaliação neurológica, funcionalidade e de registo; Bibliografia de consulta.</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [REDACTED]</li> </ul> <p><b>Temporais:</b> 2ª e 5ª Semana</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Efetua a avaliação inicial da pessoa/cuidador e elabora adequadamente o plano de intervenção;</li> <li>▪ Reformula o plano de intervenção em função dos resultados esperados.</li> </ul>

**OBJETIVO GERAL 3 DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE EEER PROMOTORAS DO AUTOCUIDADO, HIGIENE E CONFORTO E VESTIR E DESPIR, JUNTO DA PESSOA DEPENDENTE, MAIS CONCRETAMENTE COM AVC EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO EM UMA UNIDADE DE REABILITAÇÃO. A REALIZAR NO [REDACTED] (CONTINUAÇÃO)**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p>3. Identificar as necessidades de informação sentidas pela pessoa com AVC e cuidador em relação ao autocuidado na realização das AVD's higiene e conforto e vestir e despir</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seleção das pessoas com AVC e cuidador, em conjunto com o enfermeiro orientador;</li> <li>▪ Avaliação junto das pessoas com AVC previamente selecionados das necessidades de informação, de modo a perceber as dificuldades na realização das AVD's higiene e conforto e vestir e despir, para a elaboração do respetivo plano de intervenção;</li> <li>▪ Realização dos respetivos registos da informação e formação transmitida;</li> <li>▪ Criação de um ambiente e espaço para o esclarecimento de dúvidas e necessidades, mostrando disponibilidade;</li> <li>▪ Envolver o cuidador na validação das necessidades e nos programas de informação realizada.</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pessoa/cuidador</li> <li>▪ EEER</li> <li>▪ Equipa de Multidisciplinar</li> <li>▪ Professor orientador</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bibliografia;</li> <li>▪ Normas, protocolos e manuais do serviço;</li> <li>▪ Instrumentos de registos.</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [REDACTED]</li> </ul> <p><b>Temporais:</b></p> <p>2ª e 5ª Semana</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avalia as necessidades de informação da pessoa com AVC e cuidador;</li> <li>▪ Realiza e avalia o plano de intervenção de ER;</li> <li>▪ Monitoriza e avalia o processo de aprendizagem da pessoa com AVC e cuidador;</li> <li>▪ Identifica e desenvolve as intervenções de ER planeadas para a pessoa e cuidador tendo em conta a sua singularidade.</li> </ul>
<p>4. Implementar estratégias de intervenção promotoras autocuidado da pessoa com AVC e cuidador na realização das AVD's higiene e conforto e vestir e despir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implementação de planos de intervenção de ER com o objetivo da recuperação de alterações a nível motor, sensorial, cognitivo e cárdio-respiratório;</li> <li>▪ Fornecer informação à pessoa de acordo com o plano de intervenção anteriormente elaborado com o objetivo de promover o autocuidado e a continuidade de cuidados;</li> <li>▪ Promoção da continuidade de cuidados;</li> <li>▪ Acompanhamento da pessoa com AVC ao Departamento de AVD's do hospital;</li> <li>▪ Avaliação dos resultados das intervenções junto da pessoa e cuidador, validando sempre as necessidades ainda sentidas de formação;</li> <li>▪ Interpretação, organização e divulgação dos dados provenientes da evidência científica, novos estudos e novas "guidelines";</li> <li>▪ Mobilização dos resultados da evidência científica, para a melhoria da qualidade dos cuidados de ER;</li> <li>▪ Interpretação e análise de estudos de investigação, nomeadamente acerca da temática do projeto de formação.</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pessoa/cuidador</li> <li>▪ EEER</li> <li>▪ Equipa de Multidisciplinar</li> <li>▪ Professor orientador</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Instrumentos de registo e bibliografia.</li> </ul> <p><b>Físicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [REDACTED] internamento e departamento de AVD's</li> </ul> <p><b>Temporais:</b></p> <p>2ª e 5ª Semana</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avalia os resultados dos diferentes níveis de intervenção de ER à pessoa com alterações da funcionalidade;</li> <li>▪ Envolve os restantes elementos da equipa de enfermagem nos cuidados de reabilitação prestados;</li> <li>▪ Avalia os cuidados de ER realizados com o enfermeiro orientador em reuniões formais e informais;</li> <li>▪ Acompanha a pessoa com AVC às sessões na UT AVD's;</li> <li>▪ Mobiliza resultados da prática baseados na evidência, no sentido da melhoria da qualidade.</li> </ul>

## **APÊNDICE III**

### **Reflexões da Prática de Cuidados de Diferentes Contextos**



**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**

**3º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em  
Enfermagem de Reabilitação**

## **JORNAL DE APRENDIZAGEM**

**Semana de 5 a 9 de Novembro de 2012**

**PROFESSORA ORIENTADORA:**

**PROFª MANUELA GÂNDARA**

**ENFERMEIRA ORIENTADORA:**



Tânia Cristina Soares de Carvalho Cardoso

**Lisboa**

**2012**

Esta semana tive a oportunidade de assistir à reunião semanal da ECCI, onde estiveram presentes todos os enfermeiros da equipa, as assistentes sociais, a psicóloga e a médica de clínica geral e familiar que dá apoio à equipa e articula com os restantes médicos de família dos utentes inscritos na unidade.

Foi uma reunião bastante importante, onde são apresentados todos os utentes da unidade, onde é discutido individualmente cada situação e se decide em conjunto com a equipa multidisciplinar o que fazer ou o que mudar em cada situação. Senti que é bastante importante esta reunião é uma das oportunidades da equipa reunida verbalizar os seus sentimentos, verbalizar as suas dúvidas e receber sugestões da equipa, sempre em prol do bem do utente.

Foi também a oportunidade de agendar algumas visitas domiciliárias em conjunto com a equipa multidisciplinar. Pude transmitir as informações pertinentes do utente que estou responsável à equipa, embora a equipa já o conheça, existiram algumas alterações desde a última reunião e deste modo partilhei essas alterações, assim como foi informada a médica da ECCI, que a família aceitou a colocação da PEG e por esse motivo quando o processo tivesse todo concluído era necessário pedir a guia do transporte para o utente se deslocar até ao [REDACTED].

Fui em conjunto com a equipa de ER realizar uma visita domiciliária a casa de um utente que vai regressar ao domicílio no final da semana vindo de uma unidade de média duração e de reabilitação. Antes da realização da visita verificámos a informação disponibilizada na plataforma da RNCCI da transferência do utente e a partir desse momento foi contactado a família para agendar a visita domiciliária.

Fomos recebidos pela esposa do utente, que vai ser a cuidadora do Sr H., tem 77 anos é dependente nas AVDs e vai ter o apoio de uma empregada durante 12 horas por dia, contratada pela família. O casal reside sozinhos, têm o apoio de dois filhos, que estão próximos, têm uma neta de 7 anos, que passa todos os fim-de-semanas com os avós. Vivem numa vivenda de 2 pisos, mas devido às escadas com 4 degraus e outro lance de 5 degraus, que impossibilitam o acesso ao piso superior, transformaram, por esse motivo, o espaço do rés-do-chão em quarto e sala com uma casa de banho para receber o utente.

O utente encontra-se proposto para a equipa de ECCI para realização de reabilitação funcional motora. O Srº H. é encontra-se segundo notas da unidade e segundo a esposa, totalmente dependente nas AVDs, Realiza levante diário para o cadeirão, tem pele íntegra, e segunda a esposa já aprendeu durante o internamento do marido: a administrar a alimentação via PEG, já

tem o plano alimentar como confeccionar as refeições e já aprendeu a realizar os cuidados de higiene, vestir e despir, posicionamentos e vigiar a pele, transferências cama-cadeira de rodas e cadeira de rodas-cama.

A família adquiriu uma cama articulada, um colchão anti-escaras, uma cadeira de rodas, uma almofada de gel para colocar na cadeira de rodas e uma cadeira de banho.

Foi explicado à esposa do Sr H. que poderia ter apoio para os cuidados de higiene no domicílio, uma vez que poderia ser uma ajuda para a senhora uma vez que também já tem alguma idade e com alguns problemas osteoarticulares. A senhora recusou dizendo que preferia inicialmente experimentar com a sua empregada e posteriormente se visse que tinha dificuldade pedia o apoio.

Pedimos autorização para ver a casa de banho e verificámos que tinha aproximadamente 2 metros, e constatámos que a cadeira de rodas não passa na porta de entrada da mesma, a esposa do utente já tinha verificado esse pormenor e por esse motivo adquiriu a cadeira de banho que vai possibilitar a transferência para a base de duche.

No quarto estava a cama articulada e estava um cadeirão, onde a esposa dos disse que era ali que “ia passar as noites, queria estar sempre por perto do marido” (SIC). Constatámos que o quarto tinha espaço suficiente para ser colocada uma outra cama no quarto e sugerimos a sua colocação. Foi explicado a importância de também ter as horas suficientes de sono e descanso, podendo continuar a estar por próximo do seu familiar mas confortável.

A casa estava bastante fria, é um rés-do-chão rodeado por um muro alto, não recebendo luz/sol direta, foi explicado que a casa tem que ser aquecida para receber o SrºH., e foi esclarecido o motivo da sua importância. Verificámos que no exterior existe um espaço amplo, sem qualquer tipo de barreira arquitetónica, com um espaço relvado, que segundo a esposa foi colocado de propósito para receber o utente, e desta forma quando o tempo estiver mais quente e agradável, pode estar por períodos no exterior, principalmente na companhia da neta.

Foi conversado com a esposa que quando o utente chegasse ao domicílio nesse dia a equipa de ER vai passar lá em casa para avaliar o utente e estar disponível para qualquer dúvida que tivessem.

Foi recomendado à esposa trocar a almofada de gel que tinha adquirido, uma vez que compraram uma com buraco no centro, tendo sido explicado o motivo de ser trocada por uma

almofada de gel uniforme. Verificou-se que a família estava preparada para receber o utente e informada dos recursos da comunidade que pode requerer.

Posteriormente foi realizado um contato telefónico ao Enfermeiro responsável pelo Sr<sup>o</sup>H. na unidade onde o doente está internado para comunicar que a família já se encontrar preparada para receber o utente em casa. A casa já está adaptada para o receber, com as ajudas técnicas, para já, necessárias. E deste modo foi confirmado a hora e a data que está programado o regresso a sua casa.

Como nos diz Pereira & Paiva e Silva (2012), existe a preocupação desde o início do papel de cuidador, que se intensifica com a consciência do agravamento da situação da pessoa, mas existe também a incerteza face à capacidade de continuar os cuidados em casa. Por um lado também existe a incerteza devido ao desconhecimento dos cuidados a continuar em casa e por outro lado, da falta de conhecimento para os assegurar e mobilizar os recursos da comunidade. Daí a importância do ER estar presente no planeamento do regresso a casa do utente, verificar o que é necessário alterar ou adaptar, retirar qualquer tipo de dúvida que o cuidador possa ter, assim como o cuidador perceber que não está sozinho vai existir uma equipa que vai estar sempre próximo deles e que está disponível sempre que houver necessidade. É fundamental também o papel do ER na informação dos recursos da comunidade que pode usufruir, e encaminhar para a Assistente Social, sempre que seja necessário. E foi isso que foi realizado, quando realizámos a visita domiciliária a casa do Sr<sup>o</sup>H.

- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Saúde e Apoio Social (2017) – *A Equipa de Cuidados Continuados Integrados. Orientações para a sua constituição nos Centros de Saúde*. Lisboa: Gesaworld

- Pereira, I.; Paiva e Silva, A. (2012). *Ser Cuidador Familiar: A Perceção do Exercício do Papel*. Pensar em Enfermagem, 16 (1) p.42-54

**3º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em  
Enfermagem de Reabilitação**

***NOTA DE CAMPO***

**PROFESSORA ORIENTADORA:**

**PROFª MANUELA GÂNDARA**

**ENFERMEIRA ORIENTADORA:**



Tânia Cristina Soares de Carvalho Cardoso

**Lisboa**

**2012**

Realizámos uma visita domiciliária a casa do SrºH., dia 16 de Novembro, cerca das 11h45m. Estacionamos a carrinha em frente ao prédio do utente, começamos a subir os 9 degraus com bastante inclinação que dá acesso à entrada do prédio, tocamos à campainha e do outro lado atende-nos a DªE., esposa do senhor: E dizemos, “bom dia, são as enfermeiras”. O átrio do prédio é relativamente grande e com bastante luz natural. Existem 2 elevadores no prédio, subimos então até ao 8º piso, elevador relativamente estreito, para no máximo para 4 pessoas. A porta abre-se de imediato e a esposa do Srº vem-nos receber. Cumprimenta-nos de imediato, dá-nos dois beijinhos e trata-nos logo pelo nome e questiona: “Como estão? Hoje estão com muito trabalho?” De imediato vem o cheiro dos cozinhados realizados pela V., a cuidadora do Srº H, também empregada doméstica da casa. Elogiamos o cheiro a comida e a V. explica-nos o seu cozinhado, estou a acabar a sopa do SrºH. e estou a fazer o almoço, uma carne assada no forno. Esta conversa é realizada no hall da casa.

Pedimos autorização para nos deslocar até ao quarto onde está o SrºH, e perguntamos à esposa e à V. “Como é que o Sr H. passou deste ontem?” O qual nos respondem: “passou bem, tem estado com menos expetoração, a V. só teve que aspirar uma vez antes de ir embora. E passou bem a noite, consegui descansar, Graças a Deus. Que continue assim.” (SIC).

Logo do corredor é possível ver o Srº H. deitado na cama articulada. Atravessamos o corredor, do lado direito passamos por duas portas, dois quartos. Há esquerda temos duas portas, que são duas casas de banho. Entramos no quarto, que é compartilhado também pela esposa, tem a cama de casal logo a seu lado.

Entramos no quarto, cumprimentamos o SrºH., estava deitado em decúbito lateral direito. Tocámos no seu braço e desta vez não ouvimos nenhuma palavra, abriu por uns segundos os olhos voltando a fechá-los de imediato. Estava com um ar sereno...a V. continuou os seus cozinhados na cozinha e a esposa do utente, veio posteriormente ao quarto, permaneceu por momentos à porta no quarto, posteriormente sentou-se na cadeira da escrevaninha que se encontra no canto do quarto. Pedidos licença para iniciarmos os cuidados ao utente, explicámos que vamos avaliar a tensão arterial e posteriormente realizei a auscultação pulmonar do doente.

Comentamos com a esposa que em relação ao dia anterior a auscultação estava melhor. Comecei por realizar RFR, com necessidade aspirar o utente quer a nível da orofaringe, quer nasofaringe. Com drenagem postural modificada e utilizando manobras acessórias de vibração

e compressão. Terminei, com a realização da higiene oral do utente, que com prontidão a V. me trouxe o copo com o desinfetante oral.

Deixamos o utente descansar um pouco e enquanto isso, a D<sup>a</sup>E. fala um pouco acerca de Macau, local onde viveram durante anos e a En<sup>a</sup>T. conhece também bem, uma vez que viveu e trabalhou lá durante alguns anos. Nota-se o momento de saudosismo, mas a D<sup>a</sup>E., verbaliza “eu gosto muito de estar a viver em Portugal”. Entretanto a V. deixa a cozinha e permanece também sentada num banco junto a esposa do utente. E diz: “ D<sup>a</sup>E. o almoço fica pronto cerca das 12h30”. A D<sup>a</sup> verbalizou “hoje a minha filha tem tempo e vai passar por cá para almoçarmos juntas”.(SIC)

Verificámos a integridade cutânea do Sr<sup>o</sup>H., e apresenta pele ligeiramente macerada a nível da região intranadegueira e no trocânter esquerdo, apresenta um eritema pouco branqueável, foi reforçado ensino à cuidadora da importância de alternância de decúbitos. Pedimos licença ao Sr<sup>o</sup>H, para começarmos os exercícios da RFM, realizámos mobilizações passivas a nível de todas as articulações dos membros superiores, o utente estava queixoso a nível da articulação do cotovelo na realização do movimento de extensão, foi realizada massagem local com creme analgésico. Fui explicando ao utente o que estava a realizar e pedi a sua colaboração. A nível dos membros inferiores foram realizadas mobilizações ativas assistidas em todas as articulações dos membros, quando pedi a sua colaboração existiu alguma colaboração do utente.

Questionámos a V. se o Sr H, tem urinado bem, de cor clara e sem cheiro? De imediato a cuidadora disse-nos que a nível de urinar não tem havido problema, o problema é que já não evacua há 3 dias, a D<sup>a</sup>H, disse de imediato, “ele já antes de estar assim na cama, já tinha dificuldade para evacuar” (SIC), perguntámos quantas carteiras por dia estava a fazer de lactulose? Está a fazer uma carteira por dia, dissemos que pode fazer mais uma por dia, com água morna. Não se esqueça também que o reforço hídrico é muito importante, para o funcionamento do intestino, assim como nos batidos de fruta adicionar ameixa, kiwi...a V. disse logo, isso já tenho feito, mas até agora nada...observei o abdómen, esta mole, depressível e não doloroso à palpação (o doente não se queixou, nem houve alteração da sua expressão facial), por isso dissemos para aguardar mais um dia após estas medidas.

Enquanto estamos a conversar, o Sr<sup>a</sup>H. matem-se sereno, de olhos fechado, com um fácies tranquilo...

Sentei o utente na cama, não apresentando equilíbrio nem estático nem dinâmico, enquanto a V. colocava próximo a cadeira de rodas. Enquanto permaneceu sentado abriu os olhos, permanecendo deste modo durante algum tempo. A D<sup>a</sup> E. começou logo a falar com o marido: “Então H.? Bom dia? Está tudo bem?” Não teve qualquer tipo de resposta. Realizei a transferência para a cadeira de rodas com ajuda total. A V. levou o utente em cadeira de rodas até à sala, um espaço cheio de recordações de Macau, Cabo Verde e molduras espalhadas pelos móveis e paredes da toda a família, desde o casal quando era jovem, até às fotos das netas. Foi realizada a transferência da cadeira de rodas até ao cadeirão relax. Ficou bem posicionado com algumas almofadas para lhe darem alguma estabilidade, devido ao seu desequilíbrio postural para a esquerda. Foi ligado a aparelhagem pela esposa, “ele gosta muito destas músicas cabo-verdianas” (SIC), mas o Sr<sup>o</sup>H. desta vez não reagiu... Perguntamos se está confortável, abriu apenas uns segundos os olhos. “Estou desejosa de ver o meu nariz sem a sonda no nariz, acho que vai ficar diferente, ainda bem que já coloca a PEG para a semana” (SIC).

Despedimo-nos do Sr<sup>o</sup>H., pedimos autorização à esposa do senhor e fomos lavar as mãos à casa de banho.

Constatámos que não tinham nenhuma dúvida e combinámos que voltaríamos no dia seguinte por volta da mesma hora. A V. pediu-nos para que não fosse antes das 11h, por que não tem tempo de prestar os cuidados de higiene com calma.

“Bom dia para vocês, continuação de bom trabalho e muito obrigada por tudo..”. Dissemos que pode fechar a porta, mas a senhora espera até que nós entremos no elevador. Descemos de levador, olhamos para as horas, passou 1h10, “o tempo passa mesmo muito a correr...” (SIC), comentámos que o utente estava bastante melhor da parte respiratória. De seguida, verbalizámos o Sr. R, já deve estar à nossa espera...

**3º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em  
Enfermagem de Reabilitação**

**JORNAL DE APRENDIZAGEM**

**Semana de 3 a 7 de Dezembro de 2012**

**PROFESSORA ORIENTADORA:**

**PROFª MANUELA GÂNDARA**

**ENFERMEIRA ORIENTADORA:**



Tânia Cristina Soares de Carvalho Cardoso

**Lisboa**

**2012**

Esta semana de Estágio passei os meus turnos no DRFR, na sala de onde é realizado o programa de RFR de ambulatório, tive oportunidade de prestar cuidados de EEER, a utentes que realizam as sessões de RFR.

Nos primeiros dias desta semana constatei e senti necessidade de refletir acerca da quantidade de utentes que realizam o programa de reabilitação respiratória no departamento com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).

Percebi que existem a frequentar as sessões de RFR muitos utentes que têm este tipo de patologia. E deste modo pude perceber o que mudou na sua vida após a doença, o modo como convivem/lidam/gerei a mesma. Muitas vezes, antes de questionar os utentes verbalizam as suas maiores dificuldades, como: a simples utilização do chuveiro no banho, o fazer a barba, o pentear, o apertar de um atacador, o subir um lance de escadas, tudo que faz parte das suas atividades de vida diária...

A DPOC é um problema importante de saúde pública, com causa importante de morbilidade e mortalidade a nível mundial (National Institute for Clinical Excellence – NICE, 2010), com elevada prevalência, estimada em 5,3% da população em Portugal, que se caracteriza por causar uma limitação na realização das Necessidades Humanas Fundamentais (NHF) e consequentemente uma limitação nas Atividades de Vida Diária (AVD's). É identificada como “ (...) uma das principais causas de morbilidade crónica, de perda de qualidade de vida e de mortalidade, estando previsto o seu aumento nas próximas décadas” (DGS, 2004).

Sendo a DPOC uma doença do foro crónico, geralmente progressiva e com reduzida reversibilidade, e estando a sua etiopatogenia associada a uma resposta inflamatória anómala dos pulmões à inalação de partículas e gases nocivos (Gold, 2010), evolui por exacerbações, cuja frequência aumenta com a gravidade da mesma, limitando portanto, de forma contínua e permanente a pessoa afetada.

É fundamental a intervenção da Enfermagem de Reabilitação (ER), já que o Enfermeiro Especialista de Reabilitação (EEER) tem como principal função ajudar a pessoa a adaptar-se à sua situação de incapacidade, doença, tendo em conta os seus recursos e as suas capacidades.

Definida como uma das doenças respiratórias mais frequentes a nível mundial, com uma prevalência de 63,3 milhões de doentes (11,3 milhões deles na Europa), responsável por 3

milhões de mortes anuais, o que a coloca no 4ª lugar como causa de morte a nível mundial, em Portugal é identificada como a 5ª causa de morte por doença (ONDR, 2009), atingindo mais de 500.000 portugueses, com cerca de 2400 mortes/ano (Fundação Portuguesa do Pulmão - FPP, 2010), com custos estimados de 242 milhões de euros em ambulatório, 197 milhões dos quais atribuídos à causa tabágica.

O Gold (2010) afirma que a DPOC é a maior causa de mortalidade e morbidade por doença crónica, prevendo que a sua prevalência e taxa de mortalidade aumente nas próximas décadas. Complementando, é provável que em 2020 se verifiquem mais de 6 milhões de mortes por ano em todo o mundo, tornando-se a terceira principal causa de morte (European Lung Foundation – ELF, 2010).

De acordo com a projeção do Global Burden of Disease Study (WHO, 2004), a DPOC será a 5ª causa de incapacidade em 2030, e será responsável por quase 4% do total dos DALY perdidos em todo o mundo.

No entanto, o tratamento depende essencialmente da colaboração do doente na gestão da sua doença, avaliada e promovida pelo acompanhamento nos respetivos serviços de saúde e orientações de saúde fornecidas, algo que é bastante desenvolvido no serviço. Contudo, deve ser esquecido os fatores culturais e económicos, essencialmente porque se verifica, muitas vezes, incumprimento terapêutico. Como para qualquer doença crónica, a educação é papel chave para o sucesso da gestão da doença e sintomas (Gold, 2010).

Desta forma, são definidos alguns objetivos e benefícios da RP, nomeadamente: maximizar a independência funcional do indivíduo nas suas AVD's, reduzir a manifestação da sintomatologia da doença, sobretudo a sensação de dispneia, promover a qualidade de vida e bem-estar geral, aumentar a tolerância ao exercício, impulsionar uma participação maior a nível familiar, social e profissional, diminuir estados de ansiedade e depressivos e, conseqüentemente, contribuir para a redução dos gastos em saúde, dos reinternamentos e das deslocações aos serviços de saúde (Ferrara, 2010; Donner, 2006; Neto & Amaral, 2003).

Deste modo, enquanto futura EEER, procuro contribuir através da aquisição de competências para a melhoria da qualidade de vida destes doentes, assim como para a redução dos sintomas característicos.

É fundamental intervir junto destes utentes e explicar técnicas de conservação de energia para realizar as AVD's, para evitar sintomas de dispneia como: tomar banho sentado num banco,

sentar-se para calçar e descalçar os sapatos, usar sapatos sem cordões, fazer toda a higiene matinal sentado, subir escadas degrau a degrau, não ter pressa nas tarefas... fundamentais para o seu autocuidado.

Também tenho procurado perceber os hábitos alimentares destes utentes, uma vez que têm diariamente um maior gasto de energia, obrigando a uma dieta saudável e equilibrada, capaz de aportar a quantidade necessária de calorias e nutrientes indispensáveis a um bom funcionamento do organismo.

Ao longo dos meus turnos, juntos dos utentes com DPCO, sinto que tem sido um desafio, mas bastante gratificante, estou a gostar bastante das aprendizagens e da aquisição de competências que tenho tido ao longo do meu percurso de Estágio.

- Direcção Geral da Saúde. (2004). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Donner, C. F. (2006). Vocational rehabilitation and pulmonary programs. *Collection de L'Académie Européenne de Médecine de Réadaptation*, 185-194.
- European Lung Foundation (2010). *COPD - Burden in Europe*. Recuperado em 7 de Dezembro de 2012, de <http://www.european-lung-foundation.org/index.php?id=63>
- Ferrara, A. (2011) – Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Radiologic Technology*, 82(3), 245-262.
- Fraser, J., Page, S. & Skingley, A. (2011). Drawing breath: promoting meaning and self-management in COPD. *British Journal of Community Nursing*, 16(2), 58-64.
- Fundação Portuguesa do Pulmão (2010). *Dia Mundial da DPOC – 17 de Novembro de 2010*.
- GOLD. (2010) *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Actualizado em 2010.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2010). *Daily monitoring of PEF or FEV1 should not be performed routinely to monitor recovery from an exacerbation because the magnitude of changes is small compared with the variability of the measurement*.
- Neto, J. E., & Amaral, R. O. (2003). Reabilitação Pulmonar e Qualidade de vida em Pacientes com DPOC. *Latu & Sensu*, 4(1), 3-5.
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2009). *Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias – Saúde Respiratória uma Responsabilidade Global*.
- World Health Organisation (2004). *Part 4 – Burden of disease: DALYs*.

**3º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em  
Enfermagem de Reabilitação**

**JORNAL DE APRENDIZAGEM**

**Semana de 21 a 30 de Janeiro de 2013**

**PROFESSORA ORIENTADORA:**

**PROFª MANUELA GÂNDARA**

**ENFERMEIRO ORIENTADOR:**



**Tânia Cristina Soares de Carvalho Cardoso**

**Lisboa**

**2013**

Iniciei o meu Estágio no Serviço de internamento de reabilitação de adultos, no 3ºesquerdo do [REDACTED].

Senti que tinha que adquirir rapidamente toda a informação essencial para a minha integração no serviço, uma vez que só me restavam 4 semana de Estágio.

Durante esta primeira semana realizei a minha integração na dinâmica do serviço e da equipa multidisciplinar.

Conheci o espaço físico do serviço, a localização dos materiais, assim como as ajudas técnicas existentes no serviço. Adquiritoda a informação pertinente através de conversas informais com o enfermeiro chefe e com elementos da equipa nomeadamente com enfermeiro orientador. Tive a preocupação de conhecer a proveniência dos utentes que se encontram no serviço. Tive ainda oportunidade de consultar de documentos no sentido de conhecer a área de abrangência do serviço e as características da população, assim como consultei os documentos existentes no serviço relativos a Enfermagem de reabilitação (manuais, protocolos, instrumentos de registo). Verifiquei as escalas e instrumentos de avaliação neurológico e da funcionalidade da pessoa com AVC utilizadas no serviço.

No primeiro dia em que iniciei o meu estágio, tive logo a oportunidade de acompanhar um utente com uma amputação a nível do membro superior esquerdo, transumeral, após acidente de viação, para se dirigir ao Centro de Imobilidade. É uma unidade equipada com um simulador que permite realizar avaliação a capacidade de condução de veículos automóveis e as eventuais adaptações necessárias para serem realizadas no veículo. É o único centro do país, e tem como objetivo a criação de formas alternativas de condução para pessoas com deficiência.

Pude verificar a avaliação efetuada no decorrer dos testes, que incluem o teste de força muscular, capacidade de compreensão, reação a estímulos e a destreza global. No caso do Sr P. existiu potencial para o licenciamento da condução, mas com adaptações necessárias a realizar no veículo, que são descritas e entregue ao utente.

Posteriormente regressei ao serviço onde acompanhei o orientador na dinâmica existente no serviço, fui apresentada à equipa multidisciplinar, incluindo os utentes, explicando a minha permanência no serviço e com que objetivo.

Acompanhei o EEER junto dos utentes pelas quais estava responsável. Verifiquei qual o método de trabalho utilizado no serviço, o método do enfermeiro responsável. E deste modo

pude acompanhar o EEER a realizar uma admissão de um utente no serviço, um doente amputando bilateralmente a nível dos membros inferiores, após um atropelamento por um comboio. Inicialmente consulta-mos o processo clínico do utente, para perceber o motivo do seu internamento. Desta forma acompanhei em todo o processo de apresentação do serviço ao utente, onde são realizadas várias questões acerca do seu domicílio, com quem vive, a sua profissão, da sua autonomia na realização das avd's, que terapêutica faz habitualmente, qual o seu estilo de vida antes e após o acidente, que perspectiva tem após a alta, que ajudas técnicas já possui. Assim como são realizadas as avaliações de várias escalas como: Escala de Braden, Escala de Morse, a MIF à data de admissão.

Posteriormente em conjunto com o EEER realiza-mos o levantamento de problemas e realizámos o plano de intervenção para o utente.

Nesse mesmo dia, um dos utentes pelo qual o meu orientador estava responsável, iria ter alta nos próximos dias. Por esse motivo pude verificar a realização de uma carta de alta, assim a realização do contato telefónico com o Centro de Saúde da área de residência do utente, e transmitiu a informação pertinente à equipa de enfermagem.

Durante o turno da tarde também pude verificar as diversas intervenções que o EEER realiza no serviço. Como a utilização do ginásio para a colocação de os utentes em posição de pé no standing-frame (SF), consoante a sua tolerância. Pude experimentar sentar-me numa cadeira de rodas e posteriormente realizei a transferência para um SF, mas com elevação elétrica, foi bastante importante para perceber o seu manuseamento a sensação que os utentes experimentam nesse período. Assim como a utilização da cadeira de baloiço, bastante importante para o treino de equilíbrio e para a propriocepção.

Outro aspeto que tive oportunidade de utilizar nos utentes, e que anteriormente não tinha contacto, são as talas pneumáticas, que são utilizadas no caso de hipertonicidade. A tala de pressão inibe os reflexos dominantes e conseqüentemente a espasticidade, tornando possível a reeducação e é aplicada no padrão anti-espástico. Assim como verifiquei a dificuldade de colocar as mesmas no caso de utentes com muita hipertonicidade.

Durante esse período de tempo também acompanhei os utentes que o orientador estava responsável, nas atividades de vestir e despir e verificar as suas dificuldades. Percebi, assim como foi referido EEER orientador que foi uma mais-valia para a minha aprendizagem, o fato de ter iniciado o meu Estágio pela UT AVD's, uma vez que deste modo o orientador já não

teve que me explicar alguns pormenores importantes para a uniformização dos ensinamentos, e não senti dificuldade em intervir junto desses utentes, enquanto futura EEER.

Um dos momentos que também me surpreendeu bastante, foi os momentos das refeições, que é momento fundamental. Os utentes que apresentam disfagia o EEER já tem conhecimento, mas a sua intervenção é fulcral. Uma vez que os utentes que apresentam alteração do padrão de deglutição muitas vezes estão acompanhados pelos familiares/cuidadores nas horas de refeição. Existe uma preocupação por parte do EEER junto destes utentes, através da verificação da consistência das dietas fornecidas. Assim como é adicionado espessante aos líquidos e fornecido água gelificadas. É um dos momentos em que é fornecido ao utente e ao familiar informação necessária acerca da consistência da dieta, do modo como devem estar sentados, o modo de posicionar a cabeça no momento da deglutição, são alertados para comerem de uma forma calma e sem distrações. Outro aspeto também importante no caso dos utentes com parésia facial central é a colocação do espelho à sua frente de forma a visualizarem o lado em que devem colocar o talher.

No caso dos utentes que necessitam de talas para serem autónomos na atividade de comer, é nesse momento que é verificada a sua funcionalidade, em que tem a perceção da dificuldade que apresenta e se é necessário fracionar ou não os alimentos. Pode também constatar a motivação que apresentam em querer realizar autonomamente estas atividades, embora ainda numa fase inicial de adaptação.

Durante esta fase de integração no serviço permitiu-me prestar cuidados de EEER a um utente, que o orientador estava responsável, o Sr J.C., que tem 74 anos de idade, com o diagnóstico de AVC isquémico à direita, com ligeira disartria, parésia facial central à esquerda, com hemiparésia à esquerda de predomínio braquial, o doente desloca-se em cadeira de rodas. O utente é o principal cuidador da esposa, que tem Alzheimer e está semi-dependente nas atividades. Sendo esta a principal motivação para a sua recuperação “quero continuar a cuidar da minha esposa” “amanhã a minha esposa vêm-me visitar com o meu filho, quero que ela me veja bem...” (SIC).

O utente necessita de ajuda parcial em algumas atividades como nos cuidados de higiene, na alimentação, no fracionar os alimentos e necessita de supervisão em algumas atividades como o vestir e despir, nas transferências da cama para a cadeira de rodas, entre outras. O utente apresenta-se um pouco “precipitado” na realização de algumas atividades, existindo o risco de

queda e por esse motivo foi reforçado o ensino acerca de realizar as atividades em segurança e com calma.

Nesse estive com o utente a efetuar a posição de pé através do SF, com tolerância, o utente apresenta equilíbrio estático e ligeiro desequilíbrio dinâmico.

Foram realizadas atividades terapêuticas com colaboração do utente como: a ponte, o rolar, a facilitação cruzada, a realização de carga no cotovelo, transferências.

Estive com o utente a realizar atividades de despirm a roupa e vestir o pijama, o utente consegue realizar de forma independente mas realiza a mesma de um modo “precipitado”, com algum risco de segurança, no que diz respeito a risco de queda, deste modo necessita de supervisão e foi reforçado o ensino para esse fato.

Foram realizadas mobilizações passivas a nível do membro superior esquerdo e mobilizações ativas assistidas a nível do membro inferior esquerdo. E foi realizado ensino acerca das auto-mobilizações. Detetei que o utente apresentava dor na mobilização a nível da articulação do ombro esquerdo no movimento de flexão e extensão e de adução e abdução. Por esse motivo informei o enfermeiro orientador e interrompi os exercícios. Passei essa informação em passagem de turno com a sugestão de ser realizado uma radiografia do ombro. No final, posicionei o doente em posição anti-espástica para o lado afetado.

Como nos diz, Zorowitz (2013), pessoas após um AVC com espasticidade podem sofrer reduções em sua capacidade de realizar atividades da vida diária. A ocorrência de espasticidade utentes com AVC podem também resultar em um aumento dos encargos sobre os seus cuidadores. As responsabilidades que os cuidadores têm com o curso de sobrevivência em termos de prestação de cuidados de saúde, proteção de quedas, e auxiliando com alimentação e higiene, entre outras tarefas da vida diária. Consequentemente, o tratamento da espasticidade reduz a espasticidade e o nível de incapacidade experimentada por pessoas com avc e provavelmente aumentará seu funcionamento, assim como a qualidade de vida, que também irá resultar em uma carga diminuída nos seus cuidadores.

Outro aspeto importante são os registos de EEER, que me tive integrar, de acordo também com o sistema de classificação dos utentes e de acordo com a MIF, sendo alertado pelo EEER orientador da importância de não cometer qualquer tipo de inconformidade, uma vez que são realizadas auditorias ao serviço, existindo penalizações para o serviço e para enfermeiro em questão. No início senti um pouco mais dificuldade na adaptação ao tipo de registos e de acordo com a MIF, que conhecia e já a tinha utilizado em trabalhos académicos, mas ainda

não tinha praticado a sua utilização, tendo posteriormente ultrapassado as minhas dificuldades na aplicação.

Após estas primeiras semanas verifiquei o quanto é importante a existência deste tipo de serviços específicos de reabilitação, como nos diz Gustafsson & Bootle (2012), quando uma pessoa com AVC regressa a casa as rotinas diárias em casa foram interrompidas, levando mais tempo para completar as atividades diárias e cuidadores têm dificuldade em gerir as responsabilidades de cuidado com o seu próprio estilo de vida. Os resultados do estudo do mesmo autor sugerem que há uma necessidade de serviços de reabilitação de AVC para preparar melhor os clientes e prestadores de cuidados para a transição para casa.

- Gustafsson L, & Bootle K. (2012). Client and carer experience of transition home from inpatient stroke rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*.  
Obtido em 30 de Janeiro de 2013, de <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09638288.2012.740134>
- Zorowitz RD, Gillard PJ & Brainin M. (2013). Poststroke spasticity: Sequelae and burden on stroke survivors and caregivers. *Neurology*. 15;80 (3 Suppl 2), 45-52.

## **APÊNDICE IV**

### **Breve descrição da Instituição de Reabilitação**

O Centro de Reabilitação onde realizei mais uma etapa do Estágio, é uma instituição de saúde que pertence à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa existente desde 1966. Tendo como objetivo principal prestar cuidados de excelência na área de reabilitação, promovendo a máxima funcionalidade, valorizando e potenciando as capacidades de cada indivíduo e apoiando-o no refazer do seu projeto de vida.

Está vocacionado para a reabilitação na fase pós-aguda de pessoas portadoras de deficiência de predomínio físico, motor e sensorial ou multideficiência congénita e adquirida, de qualquer idade, provenientes de todo o País.

Tem diversos profissionais de elevada diferenciação científica e técnica, orientados para as necessidades do utente. Os profissionais organizam-se em equipas multiprofissionais das áreas de Fisiatria, Enfermagem de Reabilitação, Fisioterapia e Hidroterapia, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala, Psicologia Clínica, Ortoprotesia, Educação, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Animação Cultural e Recreativa, assegurando o tratamento individualizado de cada utente.

Para além da prestação de cuidados de excelência na área da reabilitação, o centro de reabilitação contribui para a formação de enfermeiros, médicos e outros técnicos de reabilitação e de saúde, bem como para a investigação científica (sendo escolhido como campo de estágio por inúmeros alunos/escolas de diversas áreas).

A missão do centro de reabilitação é servir os utentes e a comunidade em serviços de reabilitação através de grandes áreas: a qualidade no tratamento dos utentes – externos ou internos e nos programas diários de tratamentos, a qualidade da formação e educação dos profissionais e da comunidade e a investigação em várias áreas da reabilitação. Possui tecnologia para promover melhor autonomia da pessoa e tem atendimento individualizado para permitir uma comunicação melhorada das necessidades das pessoas.

Ao centro de reabilitação podem aceder os utentes do Serviço Nacional de Saúde, beneficiários de subsistemas de saúde e de outras entidades. Disponibiliza serviços em consulta, tratamento ambulatorio e internamento. Mantendo o nível de excelência no atendimento do indivíduo com incapacidade motora grave, tem vindo a desenvolver novas áreas para o apoio ao diagnóstico em reabilitação (meios complementares de diagnóstico).

O centro de reabilitação está organizado em 4 serviços. São eles:

### ***Serviço 1 - Internamento***

Constituído por duas unidades onde são prestados cuidados de reabilitação a adultos, maiores de 18 anos, de ambos os sexos onde maioritariamente são utentes com *sequelas de lesões medulares*.

### ***Serviço 2 - Internamento***

Constituído por uma unidade que funciona em regime de internamento e de hospital de dia que presta cuidados de Enfermagem de reabilitação a utentes dos 3 meses aos 18 anos de idade, de ambos os sexos com *patologias neurológicas, osteoarticulares, medulares e amputações*.

### ***Serviço 3 - Internamento***

Constituído por duas unidades que prestam cuidados de reabilitação a utentes adultos, maiores de 18 anos, de ambos os sexos com sequelas de *patologia neurológica, osteoarticular e amputações*.

O serviço de internamento divide-se em duas alas, a direita e a esquerda.

O SRA esquerdo, onde realizei Estágio tem espaços amplos, as janelas dos quartos e a varanda da sala de refeições, permitem momentos de descontração, com uma paisagem verde e onde o olhar consegue alcançar o mar, pairando um ambiente de sossego.

As enfermarias proporcionam a privacidade para os cuidados, na medida em que cada cama pode ser isolada com o recurso à cortina. Todas possuem ar condicionado e televisão com acesso a vários canais da TV cabo.

O serviço é constituído por um corredor único com cinco enfermarias de seis camas localizadas do lado esquerdo e os serviços de apoio à direita, perfazendo deste modo uma lotação de trinta camas, sendo um serviço misto. Cada quarto é constituído pelas unidades dos utentes, das quais fazem parte a cama articulada, a mesa-de-cabeceira, mesa de apoio, cadeira e roupeiro e respetivos produtos de apoio e pela casa de banho apenas para o uso sanitário e por um lavatório com espelho para a realização dos cuidados de higiene e conforto parciais. Também faz parte de cada enfermaria um carro de apoio equipado com todo o material clínico e roupa necessário para a prestação de cuidados aos utentes. Existem duas casas de banho, uma para uso feminino e outra para uso masculino, no referido serviço, devidamente equipadas e adaptadas para a realização dos cuidados de higiene e conforto aos utentes internados. Existem ainda 2 quartos com 2 camas e sanitário próprio (normalmente onde estão

os utentes mais independentes), 1 refeitório e sala de estar comum, uma sala de visitas, uma casa de banho, equipada com cadeiras de duche, macas banheiras, elevadores, que permitem o acesso a todos os utentes tomarem banho no WC.

Existe uma sala ampla, ginásio, onde os EEEER realizam intervenção especializada nos períodos em que os utentes não têm programadas atividades nos departamentos. Este ginásio está equipado com: aparelhos de *Standing Frame* e mesas de apoio, existem também colchões de plano duro. Este espaço também se destina à realização de momentos formativos ao utente e família.

Existe ainda um gabinete de enfermagem, sala de trabalho, WC para os funcionários, um gabinete do Psicólogo, gabinete Médico, uma sala da “zona dos sujos”, uma sala de preparação da terapêutica e arrecadação do material de pensos e uma pequena arrecadação de documentos. Ao longo do serviço existem armários com material necessário para a prestação de cuidados, assim como uma zona onde estão guardados diversos tipos de cadeira de rodas.

O horário estabelecido para as visitas de familiares e amigos é das 16h às 20h, de 2ª a 6ª Feira e das 11 horas às 20 horas aos Sábados e Domingos.

Os utentes podem passar o fim-de-semana em casa, após autorização do médico assistente, e começa na 6ªfeira às 16h30m até domingo às 21 horas ou 2ªfeira às 8h30m. Depois da autorização clínica necessária, é entregue ao utente um passe de saída correspondente aos dias ou períodos de ausência, assim como é entregue toda a medicação para esses dias.

### ***Serviço de Ambulatório***

Serviço de Ambulatório, transversal a toda a atividade do Centro, que vem flexibilizar o atendimento e melhorar o tempo de resposta e coordenar as áreas de: Consultas Externas (CE), com consultas de Medicina Física e Reabilitação: amputados dos membros, desenvolvimento, incontinência urinária, lesão medular, patologia do pé, patologia neurológica, patologia osteoarticular, reabilitação pediátrica, patologia respiratória e toxina botulínica. Ainda têm apoio de consultadoria das especialidades de: Cirurgia Plástica, Medicina Interna, Neurologia, Neuro-Oftalmologia, Neuro-Pediatria, Ortopedia, Ortopedia Infantil, Psiquiatria e Urologia.

Têm ainda os Meios Complementares de Diagnóstico (MCD) como o Centro de Mobilidade, o Laboratório de Marcha, o Laboratório de Análise da Posição de Sentado (LAPOSE), a

Unidade de Podologia, a Lokomat / Treadmill, Biometrics, a Unidade de Neurofisiologia, a Unidade de Urodinâmica, a Unidade de Fisiopatologia Respiratória e Imagiologia.

O Tratamento Ambulatório, que decorre sempre de consulta prévia realizada no centro de reabilitação, pode incluir: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala e Atividades de Vida Diária.

## **APÊNDICE V**

### **Plano de Cuidados realizado em contexto domiciliário**

**3º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em  
Enfermagem de Reabilitação**

**ESTUDO DE CASO**

**ROFESSORA ORIENTADORA:**

**PROFª MANUELA GÂNDARA**

**ENFERMEIRA ORIENTADORA:**



Tânia Cristina Soares de Carvalho Cardoso

**Lisboa**

**2012**

## Caso Clínico

**Identificação:** Sr.H.E.

**Idade:** 96 anos

**Residência:** Paço de Arcos. Reside num apartamento de 4 assoalhadas, num 8º andar de um prédio com elevador, com 9 degraus no acesso ao prédio, com boas condições de higiene e de conforto. O Srº H.E. passa a manhã no quarto do casal, que tem uma cama articulada e junto a esta encontra-se a cama do casal onde a sua esposa dorme. No quarto ao lado dorme a cuidadora noturna.

**Profissão:** reformado dos serviços meteorológicos

**Estado civil:** casado

**Médico de Família:** Drª C.C.

**Enfermeiro Responsável:** Enfª T.G.

**Vive com:** esposa, Dª E. de 84 anos de idade, independente nas AVD's. O utente tem uma cuidadora das 9 às 21h (cuidadora que presta cuidados de higiene, veste e despe o utente, presta os cuidados à pele, faz levantar e transfere o utente no final da tarde para a cama, confeciona a alimentação e administra via SNG, administra a terapêutica e aspira secreções em SOS, a nível da orofaringe. A família tem 4 filhos, 3 vivem fora do país. Tem uma filha próxima, DªH., que dá o apoio necessário aos pais.

### **Internamentos:**

25 a 31/5/12 – no Hospital ██████████ por infeção respiratória. Teve alta clínica com deteriorização do seu estado geral, mais lenificado e com períodos de confusão.

5/6 a 10/7 - no serviço de Medicina do ██████ por traqueobronquite a MRSA.

24/7 a 13/8 – no serviço de Medicina do ██████ por Traqueobronquite aguda nosocomial a MRSA, aspiração de conteúdo entérico e Hiponatremia.

28/8 a 7/9 – no serviço de Medicina do HSFX por traqueobronquite, desidratação e hiponatremia.

Foi admitido na ECCI a 10/9/2012.

**Antecedentes Pessoais:**

- Síndrome demencial; HTA; Fibrilhação auricular; Patologia osteoarticular degenerativa; Hipertrofia benigna da próstata; Traqueobronquite.

**Medicação Habitual:**

- Pantoprazol 20mg : jejum;
- Clopidogrel 75 mg: almoço;
- Sinvastatina 20 mg: jantar;
- Domperidona 1 cp 3x dia;
- Espironalactona 25 mg: P. almoço;
- Amlodipina 10 mg: P.almoço;
- Finasteride 5mg: P. Almoço;
- Lasix 20mg: jejum;
- Salbutamol 2 puffs por CE 3xdia;
- Brometo Ipatrópio 2 puffs por CE 3xdia;
- Haloperidol 10 gotas em SOS;
- Butilescopolamina 20 mg por via Sc 12/12h (9h/21h);
- Lactulose 1 carteira/dia.

**Alergias:** desconhecidas.

**Risco de Quedas:** Médio risco (45) na Escala de Morse.

**Dor:** Localizada, à mobilização do membro superior esquerdo. Escala das faces: 2.

**Estado de Consciência:** prostrado, com um score de Glasgow de 8/15.

**Estado emocional:** não é possível avaliar

**Grau de orientação:** não é possível avaliar

**Memória:** não é possível avaliar

**Alterações visuais:** não é possível avaliar;

**Alterações auditivas:** sem alterações? Sr<sup>o</sup> H.E. por vezes reage ao chamamento

**Alterações da comunicação:** doente nem sempre comunica verbalmente, existe dias que não comunica e outros que apresenta discurso pobre verbalizando algumas palavras como: "bom dia", "até amanhã", "sim".

**Compreensão:** não preservada?

**Mucosas:** descoradas

**Tipo de respiração:** torácica;

**Frequência respiratória:** 18 ciclos/min;

**Oxigénioterapia:** não faz;

**Simetria torácica:** simétrico;

**Amplitude torácica:** pouco profunda;

**Tosse:** pouco eficaz;

**Expetoração:** esbranquiçada, fluída em média quantidade;

**Aerossolterapia:** não realiza

**Auscultação pulmonar:**

1/3 superior campo pulmonar esquerdo e direito: roncos dispersos

1/3 médio campo pulmonar esquerdo e direito : MV mantido

1/3 inferior: MV diminuído principalmente no campo pulmonar esquerdo

**Pulso:** 76 bpm

**TA:** 123/62 mmHg

**Característica da pele:** normal;

**Edema:** ligeiro edema a nível da articulação do cotovelo esquerdo;

**Alteração da integridade cutânea:** Escala de Braden: Alto Risco- Score 10.

**Estado Nutricional:** emagrecido

**Peso:** 55 Kg

**Altura:** 1,75 m

**IMC:** 18

**Dentição:** quase completa, faltando apenas 2 dentes ao utente.

**Mastigação:** ausente

**Deglutição:** disfagia para sólidos e líquidos.

**SNG:** silastic nº 18 colocado em 21/9/2012

**Hábitos alimentares:** administração da alimentação é realizada pela funcionária, faz 7 refeições por dia via SNG.

Mobilidade facial: normal.

Mobilidade da língua: normal.

### **Eliminação**

Esfíncter vesical: sem controlo voluntário, utiliza fralda.

Esfíncter anal: sem controlo voluntário, utiliza fralda.

Capacidade para o autocuidado: totalmente dependente.

**Cuidados de higiene:** banho na cama, realizado pela funcionária no período da manhã.

Capacidade para o autocuidado: totalmente dependente.

### **Vestir e despir**

Cintura para cima: ajuda total

Cintura para baixo: ajuda total

### **Avaliação da força muscular: Escala de Lower**

Membro superior esquerdo:

- Ombro: Adução/abdução: força grau 2/5;

    Rotação interna/externa: grau 2/5

- Cotovelo: flexão/extensão: grau 1/5

- Antebraço: supinação/pronação: grau 2/5

- Punho: flexão/extensão; desvio radial/desvio cubital; circundução: grau 2/5

- Dedos: flexão/extensão; adução/abdução; oponência: grau 2/5

Membro superior direito:

- Ombro: Adução/abdução: força grau 2/5;

    Rotação interna/externa: grau 2/5

- Cotovelo: flexão/extensão: grau 2/5

- Antebraço: supinação/pronação: grau 2/5

- Punho: flexão/extensão; desvio radial/desvio cubital; circundução: grau 2/5

- Dedos: flexão/extensão; adução/abdução; oponência: grau 2/5

Membro inferior esquerdo:

- Coxo-femural: flexão (grau 2/5)/extensão (grau 2/5)

    adução (grau 2/5)/abdução (grau 2/5)

    rotação interna/externa: grau 2/5

- Joelho: flexão (grau 1/5)/extensão (grau 2/5)

- Tibio-társica: dorsiflexão/ flexão plantar; inversão/eversão: 2/5

- Dedos: flexão/extensão (grau 2/5); adução/abdução: grau 2/5

Membro inferior direito:

- Coxo-femural: flexão (grau 2/5)/extensão (grau 2/5)

    adução (grau 2/5)/abdução (grau 2/5)

    rotação interna/externa: grau 2/5

- Joelho: flexão (grau 2/5)/extensão (grau 2/5)
- Tibio-társica: dorsiflexão/ flexão plantar; inversão/eversão: 2/5
- Dedos: flexão/extensão (grau 2/5); adução/abdução: grau 2/5

### **Avaliação do tônus muscular: Escala de Ashworth Modificada**

- Membros superior esquerdo: grau 1 – leve aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular, quando a região é movida em flexão ou extensão;
- Restantes membros: grau 0 – não há modificação na resposta nos movimentos de flexão e extensão.

### **Avaliação da amplitude articular:**

- No segmento escapulo-umeral esquerdo apresenta resistência e dor à amplitude de 90°, no movimento de abdução e no segmento da articulação do cotovelo esquerdo
- Restantes articulações mobilizadas com amplitude mantida.

**Coordenação motora:** Não colabora na avaliação

**Coordenação de movimentos:** Não colabora na avaliação.

### **Equilíbrio**

### **Marcha**

Incapaz de realizar marcha.

### **Transferências**

Totalmente dependente na transferência cama-cadeira de rodas, cadeira de rodas cadeirão, cadeirão-cadeira de rodas, cadeira de rodas-cama.

**Escala de Barthel:**

<b>Higiene Pessoal</b>	<b>1- Incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspetos</b>
<b>Banho</b>	<b>1- Totalmente dependente</b>
<b>Alimentação</b>	<b>1- Dependente, necessita de ser alimentado</b>
<b>Utilização do WC</b>	<b>1 – Totalmente dependente</b>
<b>Subir Escada</b>	<b>1- Incapaz de subir escadas</b>
<b>Vestuário</b>	<b>1 - Dependente em todos os aspetos do vestir</b>
<b>Controle esfinteriano (bexiga)</b>	<b>1- Apresenta incontinência urinária</b>
<b>Controle esfinteriano (intestino)</b>	<b>1 – Não tem controle de esfíncter</b>
<b>Deambulação</b>	<b>1 – Dependente</b>
<b>Cadeira de Rodas</b>	<b>1 – Dependente para conduzir a cadeira de rodas</b>
<b>Transferência cadeira/cama</b>	<b>1 – Incapaz de participar da transferência</b>

**Score: 10 (dependência total)**

**Ajudas Técnicas:**

Têm cama articulada, cadeira de rodas, cadeirão relax, almofada de gel e aspirador de secreções.

**PROGRAMA DE REABILITAÇÃO**

DATA	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	OBJECTIVOS	ACTIVIDADES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
1/10	<p><b>Alteração da mobilidade</b> relacionada com síndrome da imobilidade manifestado por: diminuição da força dos membros superior e inferiores, rigidez articular e desequilíbrio estático sentado na cama e em pé.</p>	<p>Que o Sr H.E não adquira complicações devido ao síndrome de imobilidade.</p>	<p>- Avaliação grau da força muscular, utilizando a escala de Lower;</p> <p>- Avaliação do tônus muscular, utilizado a escala modificada de Ashworth:</p> <p>- Informar o Sr. H.E. de todas as ações e procedimentos que se irão realizar, e a sua finalidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de mobilizações passivas de todas as articulações, do segmento proximal para o distal:</li> </ul> <p><u>Pescoço</u> (flexão /extensão; Inclinação lateral; rotação);  <u>Escapulo-umeral</u> (elevação/depressão; adução /abdução; rotação interna e externa);</p> <p><u>Cotovelo</u> (flexão/extensão);</p> <p><u>Punho</u> (flexão/extensão; Desvio radial/desvio cubital; circundução);</p> <p><u>Antebraço</u> (pronação/supinação);</p> <p><u>Dedos da mão</u> (flexão/extensão; adução/abdução);</p>	<p>- Avaliada força muscular, utilizando a escala de Lower:</p> <p>Membro superior esquerdo:</p> <p>- <u>Ombro</u>: Adução/abdução: força grau 2/5; Rotação interna/externa: grau 2/5 - <u>Cotovelo</u>: flexão/extensão: grau 1/5</p> <p>- <u>Antebraço</u>: supinação/pronação: grau 2/5</p> <p>- <u>Punho</u>: flexão/extensão; desvio radial/desvio cubital; circundução: grau 2/5</p> <p>- <u>Dedos</u>: flexão/extensão; adução/abdução; oponência: grau 2/5</p> <p>Membro superior direito:</p> <p>- <u>Ombro</u>: Adução/abdução: força grau 2/5; Rotação interna/externa: grau 2/5</p> <p>- <u>Cotovelo</u>: flexão/extensão: grau 2/5</p> <p>- <u>Antebraço</u>: supinação/pronação:</p>

			<p>oponência);</p> <p><u>Coxofemoral</u> (flexão/extensão; adução/abdução; rotação interna e externa);</p> <p><u>Joelho</u> (flexão/extensão);</p> <p><u>Tibiotársica</u> (flexão/extensão; inversão/eversão);</p> <p><u>Dedos dos pés</u> (flexão/extensão; adução/abdução);</p> <p>- Explicar a importância ao Sr H.E., cuidadora e família, das mobilizações, posicionamentos e levante na sua recuperação.</p> <p>- Envolver a família, no processo de recuperação.</p> <p>- Realizar os registos de EEER.</p>	<p>grau 2/5</p> <p>- <u>Punho</u>: flexão/extensão; desvio radial/desvio cubital; circundução: grau 2/5</p> <p>- <u>Dedos</u>: flexão/extensão; adução/abdução; oponência: grau 2/5</p> <p>Membro inferior esquerdo:</p> <p>- <u>Coxo-femural</u>: flexão (grau 2/5)/extensão (grau 2/5) adução (grau 2/5)/abdução (grau 2/5)</p> <p>rotação interna/externa: grau 2/5</p> <p>- <u>Joelho</u>: flexão (grau 1/5)/extensão (grau 2/5)</p> <p>- <u>Tibio-társica</u>: dorsiflexão/ flexão plantar; inversão/eversão: 2/5</p> <p>- <u>Dedos</u>: flexão/extensão (grau 2/5); adução/abdução: grau 2/5</p> <p>Membro inferior direito:</p> <p>- <u>Coxo-femural</u>: flexão (grau 2/5)/extensão (grau 2/5)</p> <p>adução (grau 2/5)/abdução (grau 2/5)</p> <p>rotação interna/externa: grau 2/5</p> <p>- <u>Joelho</u>: flexão (grau 2/5)/extensão (grau 2/5)</p> <p>- <u>Tibio-társica</u>: dorsiflexão/ flexão</p>
--	--	--	--	--

				<p>plantar; inversão/eversão: 2/5</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <u>Dedos</u>: flexão/extensão (grau 2/5); adução/abdução: grau 2/5</li><li>- Avaliado tônus muscular: Membros superior esquerdo: grau 1 – leve aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular, quando a região é movida em flexão ou extensão;</li><li>- O Sr. H.E apresenta tolerância às mobilizações passivas realizadas pelo EEER em todos os segmentos articulares.</li><li>- Cumpre alternância de decúbitos, através dos posicionamentos realizados pela funcionária;</li><li>-O Sr. H.E., em alguns dias do programa de reabilitação, apresentou fácies de dor (escala das faces 2) à mobilização da articulação escapulo-umeral à esquerda, por esse motivo foi realizada massagem com anti-inflamatório e analgésico tópico, com total efeito.</li></ul>
--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- É realizado levante diário do leito para a cadeira de rodas e da cadeira de rodas para o sofá de relaxamento, é realizado com ajuda total; O utente permanece sentado no cadeirão até ao final da tarde, onde é transferido pela funcionária, D<sup>a</sup> V., para a cama;</li> <li>- A esposa, D<sup>a</sup>H. e a cuidadora, D<sup>a</sup>V. adquiriu conhecimentos sobre para a importância de estimular o Sr. H.E. O utente quando permanece na sala fica muitas vezes próximo de uma janela, a ouvir as suas músicas preferidas cabo-verdianas.</li> </ul>
		<p>Que o Sr. H.E.. readquira o equilíbrio estático sentado e em pé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentar o Sr. H.E. na beira da cama, com a região palmar de ambas as mãos apoiadas no colchão, com os pés apoiados no chão e descalços;</li> <li>- Realizar a transferência do Sr. H.E. da cama para a cadeira de rodas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ao do programa de reabilitação, o Sr. H.E. continua sem melhoria de equilíbrio estático tanto sentado como em pé.</li> <li>- O utente mesmo com apoio unilateral não consegue realizar carga a nível dos membros inferiores.</li> <li>- Sentado, o Sr H.E. mantêm-se sem equilíbrio estático.</li> </ul>

1/10	<p><b>Alteração da permeabilidade das vias aéreas,</b> relacionada com tosse ineficaz, manifestada por dificuldade na eliminação de secreções</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a drenagem brônquica;</li> <li>- Manter a permeabilidade das vias aéreas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização da auscultação pulmonar;</li> <li>- Colocar o Sr H.E. numa posição de descanso e relaxamento (conforme a tolerância do doente)</li> <li>- Avaliação de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• sinais vitais antes e após os exercícios programados</li> <li>• padrão respiratório (amplitude, ritmo e frequência)</li> <li>• sinais de dificuldade respiratória: cianose, tiragem</li> </ul> </li> <li>- Utilização de posições de drenagem postural modificada, associando manobras de vibração;</li> <li>- Realização da auscultação pulmonar</li> <li>- Administração de inaloterapia, se necessário.</li> <li>- Avaliação da eficácia da tosse e características da expectoração.</li> <li>- Aspirar o doente sempre que necessário a nível da oro e nasofaringe. Instruir a cuidadora a realizar aspirações de secreções a nível da orofaringe, sempre que necessário.</li> <li>- Realizar os registos de EEER.</li> </ul>	<p>Durante os exercícios de reeducação funcional respiratória, o Sr H.E. não colabora na realização dos mesmos. Apresenta-se hemodinamicamente estável, sem sinais de dificuldade respiratória.</p> <p>Foi realizada drenagem postural modificada associada a manobras acessórias de percussão e vibração para facilitar na progressão das secreções, sobretudo nas posições de drenagem dos seguintes segmentos pulmonares: segmentos apicais dos lobos superiores, segmento posterior do lobo superior direito e esquerdo, segmentos anteriores dos lobos superiores e segmentos apicais dos lobos inferiores.</p> <p>- Sempre que necessário foi realizada aspiração de secreções a nível da orofaringe e nasofaringe, o utente apresenta reflexo da tosse mantido, mas por vezes é pouco eficaz. Apresenta secreções esbranquiçadas fluídas em</p>
------	---	--	--	--

				<p>média quantidade.</p> <p>- Devido ao utente apresentar um excesso de sialorreia e um aumento de secreções, foi contactado o médico assistente do Sr H.E., e dia 22/10 iniciou butilescopelamina 20 mg (9-21h), por via sub-cutânea. Foi colocado acesso sub-cutâneo, foi explicado á cuidadora os cuidados a ter e o modo de administração, com efeito. Existiu a diminuição das secreções e da sialorreia, com a diminuição da necessidade de aspiração em SOS.</p> <p>- A cuidadora do utente aspirou sempre que necessário o Sr H.E., sem dificuldade.</p>
1/10	<p><b>Déficit de auto cuidado</b> relacionado com estado de prostração, diminuição da força dos membros superior e inferior direito manifestado por: incapacidade em realizar os cuidados de higiene</p>	<p>Que o Sr. H.E. adquira algum grau de autonomia no auto cuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestar cuidados de higiene e conforto diariamente na cama;</li> <li>- Realizar a higiene oral;</li> <li>- Vestir e despir, estimulando sempre o utente na sua execução;</li> <li>- Envolver a família no processo de cuidar de forma a definir estratégias de adaptação no domicílio, sempre que possível.</li> </ul>	<p>Devido o SrºH.E. apresentar alteração do estado de consciência, não colabora, mesmo quando estimulado, nos cuidados de higiene e conforto e no vestir e no despir.</p>

	e conforto de forma autónoma, vestir-se, despir-se.			
1/10	<b>Alteração do estado nutricional,</b> relacionada com ingestão de alimentos inferior às necessidades do organismo, manifestada por IMC 18.	- Garantir um controlo do peso através da educação alimentar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento dos hábitos alimentares utente (colheita da história dietética nas 24h, questionando a esposa e a cuidadora do número de refeições realizadas e que tipo de refeições são administradas via SNG);</li> <li>- Questionar a cuidadora se Sr H.E. tolera as refeições administradas;</li> <li>- Avaliação do perímetro abdominal a cada 5 dias</li> <li>- Vigilância do aporte nutricional</li> <li>- Reforçar a importância do reforço hídrico via SNG.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O utente tolera todas as refeições administradas via SNG. São administradas diariamente 7 refeições, alternando com: batidos de fruta, iogurtes líquidos, sopa enriquecida de peixe e de carne. É realizado reforço hídrico diário de 1,5 l de água via SNG.</li> <li>- O utente permanece com o perímetro abdominal de 70 cm, o peso não é possível avaliar devido não ser possível colocar</li> </ul>

				<p>o doente na posição de pé.</p> <p>- Foi contactado o médico assistente do utente, para verificar as análises clínicas do utente, principalmente a nível da função renal, para se perceber se o utente pode iniciar suplementos alimentares calóricos e proteicos.</p>
1/10	<p><b>Risco de alteração da integridade cutânea</b> relacionado com alteração na mobilidade.</p>	<p>Que o Sr.H.E. não desenvolva lesões cutâneas</p>	<p>- Avaliar a escala de Braden ;</p> <p>- Vigiar a integridade da pele e evitar friccioná-la no leito sempre que se posiciona e transferir o Sr.H.E.</p> <p>- Explicar à cuidadora para prestar cuidados de higiene com sabão com pH neutro e secar bem a pele,;</p> <p>- Massajar a pele com creme hidratante, dando especial atenção às zonas com proeminências ósseas;</p> <p>- Manter a cama limpa, seca e sem rugas;</p> <p>- Garantir aporte proteico;</p> <p>- Promover o levante diariamente;</p> <p>- Instruir a cuidadora e a Esposa para inspecionar com frequência a integridade da pele e a importância de mudar de posição frequentemente (no leito ou cadeira).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresenta na escala de Braden de alto risco de desenvolver UP- score 10;</li> <li>• O utente realiza levante diário para a cadeira de rodas e para o cadeirão relax;</li> <li>• O utente tolera os posicionamentos realizados;</li> <li>• O utente apresentou pele macerada, com eritema branqueável a nível da região sagrada, foi aplicado óxido de zinco no local, foi aconselhado a família adquirir uma almofada anti-escaras para ser colocada no cadeirão relax quando o doente realiza levante. Foi conversado com a família e a cuidadora para que o doente</li> </ul>

				<p>não permanece tantas horas (13h-até ao final da tarde sentado no cadeirão). A família adquiriu a ajuda técnica e o utente neste momento permanece 4-5 horas sentado no cadeirão. O Sr H.E. apresenta melhoria do eritema branqueável.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• O Sr H.E. apresentou uma UP grau I no trocâter esquerdo dia 24/10, foi realizado reforço de ensino à cuidadora, para que nos próximos dias o decúbito lateral esquerdo, preferencialmente, não fosse realizado, foi realizada massagem em redor e aplicado creme hidratante em redor e foi realizado penso no local, passado 7 dias o utente apresenta pele íntegra, sem solução de continuidade.</li><li>• No início do mês de Novembro, o utente apresenta pele íntegra.</li></ul>
--	--	--	--	---

## **APÊNDICE VI**

### **Plano de Cuidados realizado numa Instituição de Reabilitação**



**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**

**3º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em  
Enfermagem de Reabilitação**

**ESTUDO DE CASO**

**PROFESSORA ORIENTADORA:**

**PROFª MANUELA GÂNDARA**

**ENFERMEIRO ORIENTADOR:**



Tânia Cristina Soares de Carvalho Cardoso

**Lisboa**

**2013**

## Caso Clínico

**Identificação:** Sr.A.J.

**Data de nascimento:** 29/12/1944 **Idade:** 68 anos

**Residência:** Cadaval, mora numa moradia com rés-do-chão e 1ºandar, com wc com banheira, no rés-do-chão é a garagem e arrecadação. Existem outras barreiras arquitetónicas, tais como escadas, proteção fixa de banheira e declives entre divisões com presença de dois a três degraus. Não existem lances de escadas no acesso ao piso térreo. As portas da moradia apresentam uma dimensão adequada para a passagem de uma cadeira de rodas (CR).

**Profissão:** reformado, taxista

**Estado civil:** casado

**Enfermeiro Responsável:** Enfª S.R.

**Vive com:** esposa, DªM., que é independente nas avd's, tem dois filhos e a as 2 noras que também lhe prestam apoio. Os familiares têm perceção do seu estado de saúde. São pessoas muito presentes, mas devido à distância entre o centro de reabilitação e a localidade onde residem as visitas são realizadas preferencialmente durante o fim-de-semana e sempre que é necessário acompanhar o utente a alguma consulta médica durante o período de internamento.

A família encontra-se muito otimista e com expectativas adequadas no referente ao internamento no Centro, visando a promoção da sua autonomia e independência, sem no entanto demonstrar expectativas excessivas. A família constituiu sem dúvida o grande suporte afetivo do utente consistindo o suporte familiar sólido do utente.

### **Internamentos:**

Devido a um AVC isquémico a 9 de Julho de 2012, com internamento no [REDACTED] onde também existiu necessidade, em 31 de Julho de 2012, colocar pace-maker por disritmia,

posteriormente foi transferido para o Hospital do [REDACTED] e em 13 de Agosto é transferido e internado no [REDACTED] até 7 de Novembro de 2012. Tem sequela de AVC da ACM esquerda com quadro de hemiparesia à direita de predomínio braquial.

**Antecedentes Pessoais:**

- HTA; dislipidémia; pace-maker; gonartrose direita.

**Medicação Habitual:**

- Amiodorona 200 mg 1cp/dia;
- Atorvastatina 10 mg 1 cp/dia;
- Pradaxa 110 mg 1 cp de 12/12h
- Valdosam 1 cp ao deitar;
- Omeprazol 20 mg jejum;
- Daflon 500 mg 2cp/dia
- Paracetamol 1g em sos

**Alergias:** desconhecidas.

**Risco de Quedas:**

Médio risco (45) na Escala de Morse.

**Dor:**

Localizada, à mobilização da articulação do joelho direito, devido ao antecedente pessoal de Gonartrose à direita. Escala das faces: 2.

**Estado de Consciência:** consciente, com um score de Glasgow de 13/15.

**Estado emocional:** calmo

**Grau de orientação:** aparentemente orientado nas três dimensões. Apesar de difícil a avaliação devido à afasia de expressão.

**Alterações visuais:** sem alterações

**Alterações auditivas:** sem alterações

**Mucosas:** coradas e hidratadas

**Tipo de respiração:** torácica;

**Frequência respiratória:** 18 ciclos/min;

**Oxigenioterapia:** não faz;

**Simetria torácica:** simétrico;

**Amplitude torácica:** pouco profunda

**Auscultação Pulmonar:** murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares e sem ruídos adventícios.

Apresenta tosse seca e eficaz.

**TA:** 143/62 mmHg

**Pulso:** 76 bpm

**Tº timp:** 36,4°C

**Característica da pele:** sem alterações;

**Edema:** não apresenta;

**Alteração da integridade cutânea:** Escala de Braden: Baixo Risco- Score 20.

**Estado Nutricional:** Normal

**Peso:** 70 Kg

**Altura:** 1,80 m

**IMC:** 21,6

**Dentição:** Falta 6 dentes. Tem placa dentária no maxilar superior.

**Mastigação:** sem problema

**Deglutição:** sem disfagia para sólidos ou líquidos

**Hábitos alimentares:** Sem alteração do apetite, ingerindo a dieta geral  $\frac{1}{2}$  sal prescrita com agrado e tolerância. Apresenta alteração da função de alimentação visto não conseguir fracionar os alimentos e descascar a fruta, decorrente da hemiparesia direita, necessitando de ajuda parcial (AP) para o realizar.

**Sono e repouso:** Dorme habitualmente cerca de 7 a 8 horas por noite sem interrupção e sem hábitos de sono diurnos.

**Hábitos de lazer:** gosta de ver televisão, principalmente noticiários e os jogos de Futebol, de preferência do Sporting, gosta de ler jornais e de passear.

**Mobilidade:** Atualmente apresenta hemiparesia direita de predomínio braquial, sem movimentos ativos do membro superior esquerdo e com presença de movimentos ativos do membro inferior do mesmo lado. Não apresenta edemas, dor ou limitação articular dos membros do hemicorpo esquerdo. Apresenta alteração da força muscular deste hemicorpo, com os seguintes graus de força, à aplicação da *Escala de Lower*.

-Pescoço (Flexão/Extensão; Inclinação lateral; Rotação) - apresenta contração muscular e movimento grau 5/5.

-Membro superior esquerdo:

Apresenta em todos os segmentos força grau 5/5.

-Membro superior direito:

- *Escapulo umeral* - Flexão/ Extensão; Elevação / Depressão; Rotação interna e externa – apresenta força grau 1/5; Adução / Abdução- apresenta força grau 2/5;
- *Cotovelo* -Flexão/Extensão - apresenta força grau 2/5;
- *Punho* -Flexão/Extensão; Desvio radial / Desvio cubital; Circundução – apresenta força grau 2/5;
- *Antebraço* -Supinação/Pronação – apresenta força grau 2/5;
- *Dedos* -Flexão/Extensão; Adução / Abdução; Oponência– apresenta força grau 0/5.

-Membro inferior esquerdo:

Apresenta em todos os segmentos força grau 5/5.

-Membro inferior direito:

- *Coxo-femural* - Flexão/Extensão; - Adução/Abdução; Rotação interna/externa– apresenta força grau 3/5;
- *Joelho* - Flexão/Extensão- apresenta força grau 3/5;
- *Tibiotársica* -Flexão/Extensão; Inversão/Eversão – apresenta força grau 3/5;
- *Dedos* -Flexão/Extensão; Adução/Abdução - apresentam força grau 3/5.

O utente apresenta uma parésia central facial direita com conseqüente alteração do tónus no andar inferior da face direita que se manifesta por ligeira assimetria facial com desvio da

comissura labial para a esquerda e discreto apagamento do sulco nasogeniano à direita, sem interferência na mastigação e deglutição.

Apresenta também uma depressão escapulo-umeral à direita, quando avaliada força muscular bilateralmente ao nível do esternocleidomastóideo e trapézio, aplicada resistência e solicitada contração e movimento ao nível dos ombros e cabeça. Apresenta alterações de equilíbrio dinâmico em pé, sendo este alterado e equilíbrio estático diminuído, relacionado com a hemiparesia direita. O equilíbrio estático e dinâmico sentado encontra-se mantido.

**Tonicidade** - Apresenta tonicidade mantida a nível dos membros superior e inferior esquerdo e hipertonicidade, caracterizada por espasticidade acentuada a nível de todos os segmentos do membro superior direito, avaliada mobilizando passivamente todos os segmentos articulares, que pouco depois de se ter iniciado o movimento a resistência aumenta cedendo por vezes bruscamente pouco tempo depois. Tonicidade mantida a nível polissegmentar no membro inferior direito.

**Coordenação de movimentos** - Não apresenta alteração na coordenação de movimentos do membro superior esquerdo quando solicitado a realizar oposição do polegar; alternância palmar e conduzir dedo ao nariz, nem alteração da coordenação de movimentos no membro inferior do mesmo lado, testado quando deitado é incitado a percorrer com o calcanhar o trajeto da tíbia do membro oposto até ao joelho. Não foi possível testar a coordenação dos movimentos do lado esquerdo por apresentar parésia deste hemicorpo.

**Sensibilidade** - Efetuada avaliação da sensibilidade superficial com estímulo doloroso, táctil e térmico no membro superior e inferior direito, apresentando o Sr. A.J. a sensibilidade térmica diminuída em todos os segmentos do membro superior e mantida nos segmentos do membro inferior direito, com exceção do pé. Avaliada sensibilidade táctil e dolorosa não apresentando alterações da mesma neste hemicorpo. Avaliada sensibilidade profunda: postural/proprioceptiva, em que o utente consegue perceber a posição em que se encontra.

Testada em todos os segmentos do membro superior e inferior direito, não apresentando alterações desta; testada sensibilidade Vibratória com diapasão, nas proeminências ósseas clavícula, olecrânio, Crista da tíbia e maléolo, não apresentando o utente alterações da mesma.

Não apresenta alterações da sensibilidade nas extremidades contra laterais.

### Medida de Independência Funcional (MIF)

Autocuidado	29/1/13	12/2/13
A – Alimentação	3	5
B – Higiene pessoal	4	6
C – Banho (lavar o corpo)	3	5
D – Vestir metade superior	4	6
E – Vestir metade inferior	4	6
F- Utilização da sanita	3	6
Controlo dos esfíncteres		
G – Vesical	7	7
H – Intestinal	7	7
Transferências		
I – cama, cadeira, cadeira de rodas	5	6
J – Sanita	5	6
K –Banheira, Duche	5	6
Locomoção		
L – Marcha/ Cadeira de rodas	5	6
M – Escadas	3	3
Comunicação		
N – Compreensão (auditiva/visual)	3	4
O – Expressão (verbal/não verbal)	3	3
Cognição social		
P – Interacção social	4	4
Q – Resolução dos problemas	3	4
R – Memória	6	6
Total	75	96

#### Níveis:

7 – Independência Completa (em segurança, em tempo normal)

6 – Independência modificada (ajuda técnica/ demora mais tempo)

#### Dependência modificada

5 – Supervisão

4 – Ajuda mínima (Individuo participa em  $\geq 75\%$ )

3 – Ajuda Moderada (Individuo participa em  $\geq 50\%$ )

#### Dependência Completa

2 – Ajuda Máxima (Individuo participa em  $\geq 25\%$ )

1 – Ajuda total (Individuo participa em  $\leq 25\%$ )

### Ajudas Técnicas:

Tem uma cadeira de rodas com largura de assento de 43 cm e um apoio em pirâmide.

Após a análise dos dados do utente, levantei os seguintes problemas de Enfermagem e para os quais foram planeadas as respetivas intervenções, visando a elaboração de um plano de cuidados o mais adequado possível ao utente e família.

Alterações na realização das seguintes AVD:

- Alteração da AVD **Comunicação** relacionada com AVC, manifestada por afasia de expressão;
- Alteração da AVD **Alimentação** relacionada com hemiparesia direita, manifestada por dependência parcial na realização desta AVD;
- Alteração da AVD **Eliminação** relacionada com hemiparesia direita, manifestada por dependência parcial para o uso do urinol e dependência total no uso sanitário;
- Alteração da AVD **Higiene pessoal e Vestuário** relacionada a hemiparesia direita, manifestada por dependência parcial na realização dos cuidados de higiene e conforto no chuveiro ou banheira e no vestir/despir;
- Alteração da AVD **Mobilidade** devido a hemiparesia direita, manifestada por diminuição da força muscular no hemicorpo direito;
- Alteração da AVD **Manter Ambiente Seguro** relacionada com a hemiparesia direita manifestada por Médio risco de Quedas.

## Plano de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

**Doente:** A.J.

**Diagnóstico médico:** Sequelas de AVC da ACM esquerda

**Início do Programa de Reabilitação Funcional Respiratória:** 1 /2013

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Sistemas de enfermagem: Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Avaliação
29/1	<b>Alteração da AVD Comunicação relacionada com AVC, manifestada por afasia de expressão</b>	Promover que os Sr A.J tenha uma comunicação eficaz.	<p><b>Sistema de Apoio-Educação e sistema parcialmente compensatório</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar tempo ao utente para se expressar;</li> <li>- Falar de frente para o doente e de forma calma;</li> <li>- Promover um ambiente calmo em redor;</li> <li>- Repetir informação sempre que necessário;</li> <li>- Utilizar frases simples de resposta direta;</li> <li>- Mostrar disponibilidade e interesse em escutar o utente quando este solicita informações ou verbaliza emoções;</li> <li>- Dar reforço positivo, valorizando sempre os pequenos progressos.</li> </ul>	<p>O utente no inicio do internamento presentava por vezes alguns períodos de ansiedade devido à dificuldade de comunicar, após a nossa intervenção, mas foi melhorando e no final já não apresentava períodos de ansiedade e apresentava uma comunicação mais eficaz.</p> <p>Foi também explicado aos assistentes operacionais como comunicar com o utente, que estratégias utilizar.</p>

<p>29/1</p>	<p><b>- Alteração da AVD Alimentação relacionada com hemiparesia direita, manifestada por dependência parcial na realização desta AVD.</b></p> <p>- Não consegue fracionar os alimentos e descascar a fruta de forma autónoma.</p>	<p>Promover autonomia funcional do Sr A.J. na alimentação</p>	<p><b>Sistema de Apoio-Educação e sistema parcialmente compensatório</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar tabuleiro junto do utente no refeitório do serviço, bem como colocar ao seu alcance todos os utensílios que necessita para se alimentar;</li> <li>- Preparar os alimentos: fracionar alimentos e descascar a fruta;</li> <li>-Incentivar o utente a alimentar-se sozinho com o membro superior direito;</li> <li>-supervisionar refeições e certificar que o utente se alimenta adequadamente da dieta fornecida;</li> <li>-Incentivar à ingestão hídrica, cerca de 1,5L por dia.</li> </ul>	<p>Até 14/2 necessita ainda de uma ajuda parcial (AP) na alimentação.</p> <p>Necessita de ajuda para descascar fruta e fracionar os alimentos.</p> <p>Mas consegue alimentar-se autonomamente com o membro são.</p>
<p>29/1</p>	<p><b>Alteração da AVD Eliminação relacionada com hemiparesia direita, manifestada por dependência parcial para o uso do urinol e no uso sanitário.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover uma eliminação vesical e intestinal eficaz e em segurança.</li> <li>- Promover a autonomia do utente.</li> </ul>	<p><b>Sistema de Apoio-Educação e sistema parcialmente compensatório</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Proporcionar Ajuda Parcial (AP) na eliminação vesical no uso do urinol e no uso do sanitário na eliminação intestinal;</li> <li>- Assistir a colocação do urinol colocar este à disponibilidade do utente em suporte para o efeito junto ao leito, em local</li> </ul>	<p>AP no uso urinol apenas na colocação em suporte próprio.</p> <p>Instruído utente acerca do uso do sanitário e prevenção de quedas.</p> <p>Durante o internamento manteve o mesmo nível de</p>

			<p>acessível;</p> <p>-Certificar que o urinol permanece em local acessível, em suporte próprio no período noturno, por forma a evitar possíveis perdas de urina;</p> <p>-Explicar ao utente acerca da importância de reduzir a ingestão hídrica a partir do fim do dia, visando evitar perdas de urina no período noturno;</p> <p>-Controlar frequência e característica das dejeções;</p> <p>-Instruir o utente sobre a importância de promover uma hora habitual para evacuar por forma a educar o intestino, de acordo com o seu hábito intestinal;</p> <p>-Instruir utente sobre o uso sanitário, por forma a promover a sua autonomia e reduzir o risco de quedas;</p> <p>-Assistir nos cuidados de higiene após eliminação, com uma AP.</p>	<p>ajuda. Sem apresentar obstipação e sem perdas de urina.</p> <p>A partir de 1/2 é Independente no uso do urinol e AP no uso sanitário.</p>
29/1	<p><b>Alteração da AVD Higiene pessoal e Vestuário relacionada a hemiparesia direita, manifestada por:</b></p>	<p>Promover autonomia na realização dos cuidados de higiene e conforto.</p>	<p><b>Sistema de Apoio-Educação e sistema parcialmente compensatório</b></p> <p>Fornecer uma AP na realização dos cuidados de higiene e conforto parciais do utente na enfermaria em frente ao espelho, tais como: lavar e secar o rosto; higiene oral; barbear-se, pentear-se.</p> <p>-Fornecer uma AP na realização dos cuidados de higiene no chuveiro em cadeira de banho;</p> <p>-Ensinar/Instruir o utente acerca da realização dos</p>	<p>30/1 - AP higiene na enfermaria e cuidados de higiene no WC.</p> <p>Instruído utente visando a promoção da autonomia nesta</p> <p>AVD e prevenção de quedas, em diversos momentos formativos.</p>

	<p><b>- dependência parcial na realização dos cuidados de higiene e conforto no chuveiro ou banheira, nos cuidados parciais: higiene da face; higiene oral; barbear-se e pentear-se.</b></p>		<p>cuidados de higiene, tendo em conta as condições habitacionais do utente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ter atenção à temperatura da água do banho, temperando a água abrindo primeiro a água fria, visando prevenção de queimaduras;</li><li>• Técnicas de entrada na banheira pelo lado sã com colocação de CR paralela à banheira e saída pelo afetado com colocação da CR lado contrário à entrada, com tábua de transferência;</li><li>• Técnica de transferência para cadeira de banho em segurança;</li><li>• Importância de lavar o seu lado afetado, bem como usar o lado direito com auxílio do lado esquerdo;</li><li>• Ter especial atenção à higiene oral; unhas; cabelos; barba e pele;</li><li>• Importância de se visualizar ao espelho, por forma a facilitar a reintegração da sua imagem corporal e aumentar a capacidade de se cuidar;</li><li>• Antes da realização dos cuidados de higiene proceder à remoção das barreiras arquitetónicas existentes, tais como tapetes e pequeno móvel de apoio existente no WC.</li></ul> <p>- Sugerir ao utente a utilização das ajudas técnicas e produtos de apoio adaptados à sua realidade: barras de apoio de banheira; cadeira ou banco de banheira; esponja de cabo flexível; chuveiro ajustável e tapete anti-</p>	<p>A partir de 3/2 – Independente com supervisão na higiene da face; oral; barbear-se e pentear-se e AP nos cuidados de higiene no chuveiro e banheira.</p>
--	--	--	---	---

	<p><b>- Dependência parcial no vestir e despir da cintura para cima e para baixo e calçado.</b></p>	<p>Promover a autonomia no vestir e despir.</p>	<p>derrapante.</p> <p>-Treinar com o utente as diversas técnicas ensinadas para a realização dos cuidados de higiene no chuveiro e banheira, validando a sua aprendizagem.</p> <p>-Fornecer uma AP no vestuário da cintura para cima;</p> <p>-Fornecer uma AP no vestir/ despir da cintura para baixo e calçar;</p> <p>-Explicar e treinar com o utente no referente à realização da AVD vestir/despir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sugerir algumas adaptações ao vestuário, recorrendo ao uso de vestuário prático, por forma a facilitar a sua realização: mais largo; com elasticidade; que deslize com facilidade; sempre que necessário substituir botões por fecho éclair; vestuário do tronco abotoado à frente; casas do botões alargadas e substituir botões pequenos por grandes; sapatos de tamanho adequado, fechado, com sola antiderrapante, explicar a técnica do atacador para hemiplégicos;</li> <li>• Recorrer à técnica de vestuário do hemiplégico. Vestir sempre primeiro o afetado e despir o lado são; instruir sobre como vestir/despir camisa, camisola ou casaco, calças, meias e sapatos;</li> <li>• Treinar vestir/despir calças na CR;</li> <li>• Treinar conjuntamente com o utente abotoar sapatos com atacadores recorrendo à técnica do hemiplégico.</li> </ul>	<p>O utente percebeu como deve vestir/despir com técnica de vestuário do hemiplégico e calçado com dispositivos em diversos momentos formativos.</p> <p>Até 3/2 o utente mantém mesmo nível de dependência nesta AVD.</p> <p>3/2 Independente com supervisão no vestuário da cintura para cima e AP da cintura para baixo e calçado.</p> <p>.</p>
--	---	---	---	---

29/1	<p><b>Alteração da AVD Mobilidade devido a hemiparesia direita, manifestada por diminuição da força muscular no hemicorpo direito</b></p>	<p>Conservar a amplitude articular, aumentar o grau de força muscular, desfazendo gradualmente o padrão espástico instalado.</p>	<p><b>Sistema de Apoio-Educação e sistema parcialmente compensatório</b></p> <p>-Explicar ao utente acerca das mobilizações, posicionamentos, atividades terapêuticas, transferências entre superfícies com e sem dispositivos de apoio e levante;</p> <p>- Realização de Reeducação Funcional Motora, diariamente de acordo com a tolerância do utente e quando este se encontra no serviço (principalmente no turno da tarde), do hemicorpo direito de todos os segmentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilizações passivas do membro superior direito;</li> <li>• Mobilizações ativas assistidas no membro inferior direito com AT;</li> </ul> <p>- Explicar as atividades terapêuticas a realizar: ponte; rolar para o lado são e lado afetado; facilitação cruzada; carga no cotovelo e carga no membro superior; treino de equilíbrio estático e dinâmico em pé;</p> <p>-Treinar e assistir na realização das Atividades Terapêuticas no leito, diariamente no turno da tarde, quando o utente se encontra no serviço;</p> <p>- Instruir e incentivar à realização de automobilizações, cerca de 3 a vezes ao dia, de acordo com a tolerância do utente;</p> <p>-Treinar e assistir nas automobilizações diariamente, no</p>	<p>Cumpriu o programa de reabilitação proposto, com tolerância.</p> <p>Realizadas as atividades</p> <p>Terapêuticas: ponte; rolar; carga no cotovelo; automobilizações e treino de equilíbrio em pé no ginásio com AP. Realizou a verticalização em <i>Standing Frame</i> com AP.</p> <p>Realizou treino de equilíbrio em pé, estático e dinâmico diariamente no ginásio com mesa de apoio ou em <i>Standing Frame</i> com AP, o qual se mantém diminuído.</p>
------	---	--	--	--

	<p>- Apresenta equilíbrio em pé estático alterado e dinâmico diminuído.</p> <p>- Apresenta Parésia Central Facial direita que se manifesta por ligeira assimetria facial com desvio da comissura labial para a esquerda e discreto apagamento do sulco nasogeniano à direita.</p>	<p>Que o utente adquira equilíbrio estático e dinâmico em pé eficaz.</p> <p>Que o utente recupere o tónus muscular da hemiface direita com recuperação da simetria facial.</p>	<p>turno da tarde, de acordo com a tolerância do utente (cerca de 30 minutos);</p> <p>-Colocação de tala pneumática de braço no membro superior direito, promovendo a extensão deste e redução da espasticidade, cerca de 20 minutos diariamente, no turno da tarde (quando o utente está no serviço).</p> <p>- Ensino sobre a realização de treino de equilíbrio estático e dinâmico em pé com apoio;</p> <p>-Treinar equilíbrio em pé, estático e dinâmico, no ginásio do serviço com mesa de apoio e em <i>Standing Frame</i>, duas vezes ao dia de acordo com a tolerância do utente;</p> <p>- Iniciar treino de marcha assim que o utente adquira equilíbrio em pé eficaz e aumento da força muscular no membro inferior direito.</p> <p>- Explicar ao utente os exercícios faciais e qual a sua importância para a recuperação da força muscular da hemiface:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unir as sobrancelhas;</li> <li>- Enrugar a testa;</li> <li>- Elevar as sobrancelhas;</li> <li>- Fechar os olhos com firmeza;</li> <li>- Sorrir;</li> <li>- Mostrar os dentes;</li> </ul>	<p>15/2- Equilíbrio em pé estático presente e dinâmico ligeiramente diminuído.</p> <p>Realiza treino de marcha diariamente com a EEER, com apoio de pirâmide.</p>
--	---	--	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assobiar;</li> <li>- Encher a boca de ar;</li> <li>- Depressão lábio inferior;</li> <li>- Massagem da face.</li> <li>- Incentivar o utente a realizar os respetivos exercícios diariamente;</li> <li>- Supervisionar a realização dos exercícios, incentivando à frequência de 3 a 4 vezes ao dia.</li> </ul>	<p>O Sr A.J. realiza cerca de 3 vezes por dia os exercícios de reabilitação faciais com motivação.</p> <p>O Sr A.J. até dia 15/2 apresenta assimetria facial apenas perceptível quando sorri.</p>
29/1	<p><b>Alteração da AVD Manter Ambiente Seguro relacionada com a hemiparesia direita manifestada por Médio risco de Quedas, o utente apresenta um score de 45 na escala de Morse.</b></p>	<p>Prevenir que o utente apresente uma queda.</p>	<p><b>Sistema de Apoio-Educação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar risco de cair, com aplicação da escala de risco de quedas, de 7 em 7 dias (periodicidade protocolada no serviço para o médio risco);</li> <li>- Avaliar conhecimento do utente sobre medidas de segurança;</li> <li>- Gerir medidas de segurança;</li> <li>- Explicar ao utente e família sobre medidas de segurança na prevenção de quedas: esclarecer sobre a localização das áreas de acesso permitido; ensinar a utente/familiares sobre a importância de manter as grades da cama subidas; manter colocada a superfície de trabalho, quando na CR; colocar objetos pessoais acessíveis; garantir cama e cadeira com rodas travadas; regular a altura da cama de forma a posicionar a um nível baixo; adequar o calçado; informar o utente sobre a</li> </ul>	<p>O utente não apresentou qualquer tipo de episódio de queda. O Sr A.J. está</p> <p>Consciente sobre as medidas de segurança e prevenção de quedas.</p>

			<p>necessidade de solicitar assistência do enfermeiro para mobilização/locomoção.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Explicar a importância de ser colocado as grades de proteção no leito;</li><li>-Explicar o dispositivo de chamada/ campainha quando está deitado no leito;</li><li>-Explicar e treinar o uso de cadeira de rodas;</li><li>-Supervisionar na utilização de cadeira de rodas;</li><li>-Verificar estado de conservação e funcionalidade dos produtos de apoio cadeira de rodas; cama e tábua de transferência;</li><li>-Assistir no usar o sanitário e no aplicar do urinol;</li><li>-Providenciar o acompanhamento às áreas de tratamento e diagnóstico;</li><li>-Organizar o espaço (manter passagens desobstruídas e iluminadas; retirar equipamento que não seja necessário);</li><li>-Garantir que os pavimentos estão secos e sem irregularidades;</li><li>-Utilizar dispositivos anti-derrapantes sempre que necessário;</li><li>-Sinalizar unidade da pessoa com médio e elevado risco de quedas.</li></ul>	
--	--	--	--	--

## **APÊNDICE VII**

### **Plano de Cuidados realizado no Departamento de Readaptação Funcional Respiratória**



**Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**

**3º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em  
Enfermagem de Reabilitação**

**ESTUDO DE CASO**

**PROFESSORA ORIENTADORA:**

**PROFª MANUELA GÂNDARA**

**ENFERMEIRA ORIENTADORA:**



Tânia Cristina Soares de Carvalho Cardoso

**Lisboa**

**2013**

## Caso Clínico

**Identificação:** D<sup>a</sup> M.C.S.

**Idade:** 48 anos

**Residência:** Reside numa vivenda de R/C em Alhos Vedros.

**Profissão:** Administrativa nos recursos humanos do [REDACTED]. Desloca-se diariamente para o trabalho de carro até a estação de comboios (mais frequente e demora cerca de 1h30m) ou só de carro.

**Estado civil:** Solteira

**Vive com:** reside com os pais, o pai é independente nas AVD's, tem 82 anos, a mãe é dependente nas AVD's, tem 77 anos, tem Alzheimer e foi-lhe diagnosticado uma neoplasia da mama, já foi operada e segundo a D<sup>a</sup> M.S, tem estado desorientada no tempo e no espaço e com períodos de agitação psicomotora noturna “levanta-se durante a noite para tomar banho, a tentar sair de casa...” “ o meu pai não percebe a doença da minha mãe e fica enervado e a discute com ela...” (..), “ não sei se vou aguentar muito mais tempo esta situação, não consigo descansar...” (SIC). Tem uma empregada no período diurno, cuidadora da mãe e realiza as tarefas domésticas necessárias. Devido à situação familiar estar mais complicada, deixou de frequentar o curso de Recursos Humanos que estava a frequentar, estava no 2º ano no Instituto Politécnico de Setúbal, “Gostava muito de voltar...”(SIC).

### **História Familiar:**

Familiares sem patologia respiratória conhecida.

### **Internamentos:**

2003 – Cirurgia para colocação de banda gástrica

2009- Bronquiolite pós-infeciosa a H1N1.

Setembro de 2012 –Tromboembolismo Pulmonar (TEP)

**Antecedentes Pessoais:**

- Asma desde os 14 anos; TEP a realizar anti-coagulação oral; Refluxo gastro-esofágico.

**Medicação Habitual:**

- Esomeprazol 40 mg (jejum);
- Domperidona 10 mg (3xdia, antes das refeições);
- Aminofilina 240 mg (PA e Jantar);
- Prednisolona 10 mg (em desmame) (PA);
- Brometo de ipratrópio 4 a 6 Puffs através de CE de 8/8h ou de 4/4 h, conforme a necessidade;
- Salbutamol em SOS
- Seretaide (Salmeterol/propionato de fluticasona) 25/250 microgramas 2 puffs de 12/12 h;
- Aerius 5mg em SOS;
- Alprazolam 0,25 mg ao deitar;
- Singulair (Montelucaste) 10 mg à noite;
- Varfine conforme avaliação do INR, realiza na consulta de Imuno-hemoterapia.
- Cumpriu 10 dias de antibioterapia com Clavamox Dt, terminou dia 6 de Dezembro.

- Iniciou dia 11 de Dezembro Levofloxacina 750mg, 1cp por dia, durante 10 dias.

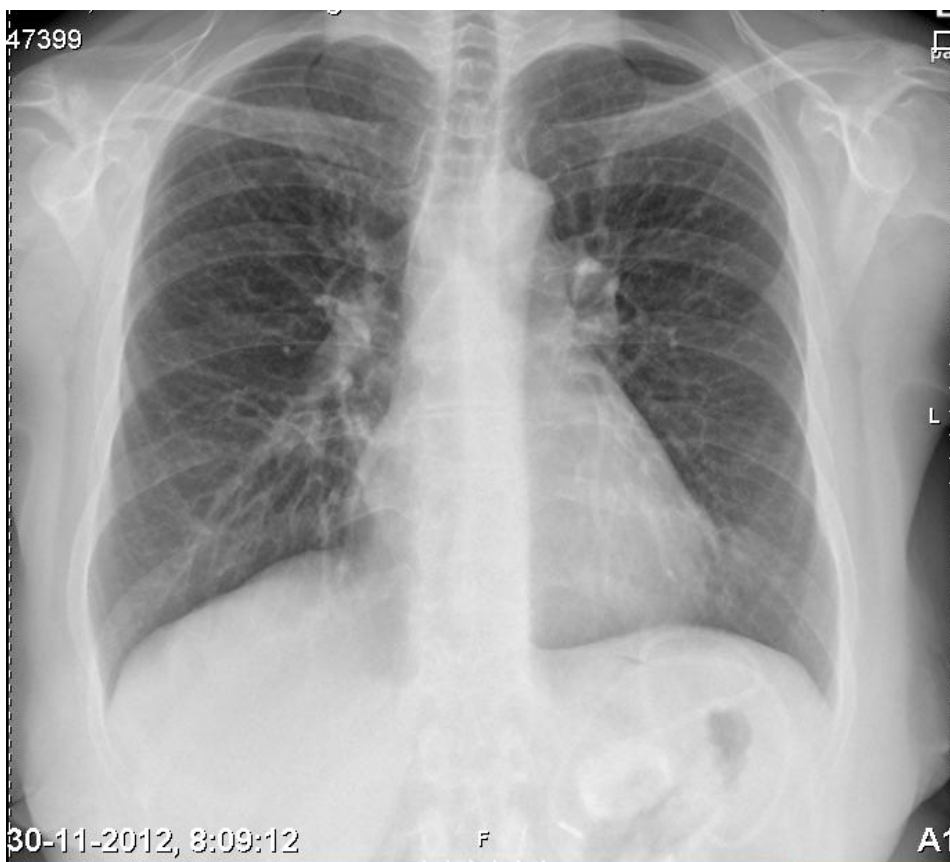
**Alergias:** ao pó, aos tapetes e alcatifas; a determinados produtos de limpeza como: lixívia e produtos com amoníaco; ao chocolate.

Foi referenciada da consulta de Pneumologia em ambulatório e após ter realizado exames complementares foi referenciada para o Departamento de Readaptação Funcional Respiratória (DRFR) para realizar 10 sessões de Cinesiterapia respiratória.

**Exames complementares de diagnóstico:**

- **ECG**- sem alterações;

- **Radiografia do Tórax:** sugestivo de Bronquiectasias no Lobo médio e inferior direito;



- **Gasometria (4/10):** pH 7,44; paCO<sub>2</sub> 40,7; paO<sub>2</sub> 83,3; spO<sub>2</sub> 95%

**Estado de Consciência:** orientada na pessoa, tempo e espaço;

**Estado emocional:** Encontra-se preocupada com as consequências do seu problema de saúde, já convive com ele há algum tempo, mas sente que “está a piorar” (SIC). Refere sentir constrangimento e algum embaraço no seu quotidiano, tendo receio que os outros (amigos e colegas de trabalho, principalmente) percebam a sua condição de saúde. Refere preocupação com o fato de nos últimos anos ter faltado algumas vezes ao trabalho por causa da sua condição de saúde. Como já convive com a doença desde os 14 anos já sabe como lidar com a asma, o problema é agora o surgimento da complicação das bronquiectasias.

**Mucosas:** descoradas e ligeiramente desidratadas.

**Tipo de respiração:** abdominal;

**Frequência respiratória:** 21 ciclos/min;

**Oxigêniooterapia:** realiza, durante as sessões de RFR, a 2l/m;

**Simetria torácica:** simétrico;

**Amplitude torácica:** pouco profunda;

**Tosse:** eficaz;

**Expetoração:** amarela a muco-purulenta, fluída em moderada quantidade;

**Aerossolterapia:** antes da sessão de RFR, realiza aerossolterapia conforme prescrição médica: 1F de Soro Fisiológico, com 1F de Acetilcisteína e 1F de Combivent.

**Auscultação pulmonar:**

1/3 superior campo pulmonar esquerdo e direito: sibilos dispersos

1/3 médio campo pulmonar esquerdo e direito : MV diminuído

1/3 inferior: MV diminuído principalmente no campo pulmonar direito e sibilos no lobo direito.

**Pulso:** 74 bpm

**TA:** 139/77 mmHg

**Hábitos alimentares:** a D<sup>a</sup> M.S. refere ter bastante cuidado com a alimentação desde a colocação da banda gástrica em 2009 e desde que realiza “corticóides ainda mais...” (SIC), faz cerca de 7 a 8 refeições por dia, segundo o plano alimentar que lhe foi fornecido na consulta de Nutrição. Percebe a importância de realizar diariamente reforço hídrico, diz que ingere 1,5 a 2l de água por dia.

## Plano de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

**Doente:** M.S.

**Diagnóstico médico:** Asma agudizada; Bronquiectasias

**Início do Programa de Reabilitação Funcional Respiratória:** 12 /2012

Data	Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Sistemas de enfermagem: Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	Avaliação
12/12	Défice de conhecimento sobre a patologia respiratória- Bronquiectasias	Que a D <sup>a</sup> M.S. tome consciência da sua condição de saúde/doença.	<p><b>Sistema de Apoio-Educação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar e esclarecer a D<sup>a</sup> M.S. sobre a sua patologia respiratória;</li> <li>- Proporcionar ambiente favorável à relação de ajuda com a utente para que esta expresse os seus sentimentos, bem como, a perceção que tem sobre o seu padrão respiratório e a eliminação de secreções;</li> <li>- Informar e esclarecer a D<sup>a</sup>M.S. de todas as ações e procedimentos que se irão realizar e a sua finalidade;</li> <li>- Ensinar, orientar e incentivar a sua participação na execução dos exercícios respiratórios, de forma a promover o autocuidado;</li> <li>- Disponibilizar informação, com entrega do folheto informativo, existente no DRFR, sobre os vários exercícios respiratórios e recomendações a seguir, como:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A D<sup>a</sup>M.S. foi informada e esclarecida acerca da sua patologia respiratória crónica, tendo demonstrado entendimento sobre a sua doença e, interesse e bastante motivação no programa de reabilitação. A utente já tem asma desde os 14 anos e sabe gerir a doença, acerca da bronquiectasia, foi-lhe fornecida a informação necessária.</li> <li>- A utente verbalizou alguns momentos de preocupação com a sua patologia, verbalizando: “ já tomei o antibiótico e continuo assim com a produção contínua</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vestuário (a utilizar durante a CR: roupa confortável larga e leve);</li> <li>• Técnica de descanso e de relaxamento;</li> <li>• Consciencialização e controlo respiratório;</li> <li>• Reeducação abdomino-diafragmática e costal;</li> <li>• Drenagem Postural;</li> <li>• Ensino da tosse;</li> <li>• Reforço da importância da ingestão hídrica, que deve também acompanhar sempre a utente sempre que vá realizar as sessões;</li> </ul> <p>- Encorajar atividade física diária;</p> <p>- Responder a dúvidas; avaliar o nível de ansiedade do D<sup>a</sup>M.S., fornecendo apoio emocional;</p>	<p>de secreções...” “tenho andado muito cansada...”(SIC).</p> <p>- Verbaliza a importância da realização do exercício físico, embora refira que tem falta de tempo e só consegue realizar as caminhadas diárias para ir apanhando os diversos transportes públicos para se deslocar até ao emprego. Ingere e refere saber a importância da ingestão hídrica, em cada sessão vem acompanhada pela sua garrafa de água. Tem ingerido cerca de 1,5 a 2l de água por dia.</p>
12/12	<b>Défice de autocuidado eliminação, relacionada com hipersecreção brônquica e diminuição do movimento ciliar, manifestada por presença de secreções</b>	<b>Que a D<sup>a</sup>M.S. consiga realizar uma toilette brônquica eficaz, com eliminação de secreções e com o menor esforço.</b>	<b>Sistema de Apoio-Educação e Sistema Parcialmente Compensatório</b> <p>- Administração de aerossol, de acordo com prescrição médica, antes da realização das sessões de RFR: soro fisiológico, Combivent e Fluimucil;</p>	<p>- Consulta do processo clínico e de enfermagem;</p> <p>- Observação da radiografia do tórax;</p> <p>- <b>auscultação pulmonar:</b> 1/3 superior campo pulmonar esquerdo e direito: sibilos dispersos</p> <p>1/3 médio campo pulmonar esquerdo e direito : MV diminuído</p> <p>1/3 inferior: MV diminuído principalmente no campo pulmonar direito e sibilos no lobo direito -</p>

	<p><b>amarelas espessas em média quantidade;</b></p>		<p><b>Ensino/ orientação/supervisão acerca de:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados de higienização dos dispositivos utilizados (máscara de arrossolterapia e óculos nasais) que são utilizadas durante as várias secções;</li> <li>- Posições de descanso e de relaxamento;</li> <li>- Controlo e dissociação dos tempos respiratórios;</li> <li>- Exercícios de reeducação respiratória seletivos e globais (individualizados e de acordo com a tolerância do utente), de tipo abdomino-diafragmático (global, porção posterior e anterior com resistência, hemicúpula direita e esquerda) e costal (global com bastão, lateral esquerdo e direito com abdução do membro superior, antero-lateral esquerdo e direito).</li> <li>- Inspirações profundas pelo nariz e expiração lentas com os lábios semicerrados.</li> <li>-Movimentos respiratórios profundos (ênfase na fase expiratória com os lábios semicerrados);</li> <li>- Ensino da tosse e da tosse assistida/dirigida;</li> <li>-Manobras expiratórias (TEF-Técnica Expiratória Forçada- HUFF) com o fim de facilitar a progressão das secreções;</li> <li>- Ensino e validação da interiorização destes exercícios a repetir em casa;</li> </ul>	<p><b>Inspecção estática do tórax:</b> apresenta hipocatrismo digital;  <b>inspecção dinâmica:</b> padrão respiratório abdominal, superficial e simétrico; sem cianose.</p> <p><b>-Avaliação de sinais vitais:</b>  Hemodinamicamente estável; sem dor- score 0 (escala numérica); escala de Borg modificada; score 0/0,5 antes e após o PR.</p> <p><b>3 a 18 /12/2012:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Efetuou controlo e dissociação dos tempos respiratórios, de forma independente, embora com supervisão;</li> <li>- Realizou os exercícios com assistência e orientação;</li> <li>- Apresentou bons volumes inspiratórios, insistindo na fase expiratória, mesmo quando com resistência, de forma a melhorar a distribuição alveolar e consequentemente prevenir defeitos ventilatórios;</li> </ul> <p><b>3, 4, 6 e 7/12/12</b></p>
--	--	--	---	---

			<p><b>Nota:</b> Não foi realizada drenagem postural clássica, devido à patologia de base da doente, refluxo gastroesofágico. Assim como, não foram realizadas manobras acessórias porque a utente está anti-coagulada.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fez aerossoloterapia com SF/Atrovent e Fluimucil;</li><li>- Realizou de forma independente, movimentos respiratórios profundos dando ênfase na fase expiratória;</li><li>- Apresentou tosse dirigida e realizou HUFF eficazmente;</li><li>- Realizou drenagem postural modificada, com assistência e orientação, tendo tolerado;</li><li>- Apresentou-se eupneica com saturações periféricas superiores a 96% (com aporte de oxigénio a 2l/m- indicação médica);</li><li>- Não foi necessário aspiração de secreções;</li><li>- Eliminou expectoração mucopurulenta (amarela), espessa em moderada quantidade.</li></ul> <p>No dia 10 de Dezembro a utente estava mais dispneica, escala de Borg modificada 2/3, antes e após a RFR, pelo mesmo motivo a utente realizou os exercícios de acordo com a sua tolerância.</p> <p>No dia 11 de Dezembro a utente faltou à sessão, por ter passado a</p>
--	--	--	--	---

				<p>noite no SU do hospital de residência. No dia 12, foi medicada pela médica assistente do departamento. Nesse dia não realizou RFR.</p> <p>Dia 14 e dia 18/12, a utente verbalizou estar bastante melhorada, realizou a totalidade do programa de RFR, com bastante tolerância.</p>
12/12	<p><b>Ansiedade e preocupação da D<sup>a</sup> A.S. em relação a si e à sua família (principal apoio da sua família) em consequência do seu problema de saúde.</b></p>	<p>Que a D<sup>a</sup>A.S. consiga compreender a sua doença, inseri-la no seu quotidiano e entender quais as estratégias que mais se adaptam à sua condição crónica, diminuindo assim, a preocupação e a ansiedade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreender como a D<sup>a</sup>M.S. encara a sua doença e que influência tem na sua vida;</li> <li>- Procurar em, conjunto com a D<sup>a</sup>M.S. estratégias de integração da sua doença na vida pessoal e familiar;</li> <li>- Acompanhar a D<sup>a</sup>M.S. na aquisição da autonomia e gestão da própria doença.</li> </ul>	<p>No decorrer das sessões a utente verbalizou perceber como gere a sua própria doença, como adapta a sua situação ao seu quotidiano.</p> <p>Existe por parte da utente a preocupação da doença da mãe que não lhe tem permitindo descansar o suficiente, andado muitas vezes mais triste e com alguma falta de horas de sono, sendo neste momento o principal fator de preocupação da utente. Uma vez que tem medo de ficar incapacitada de conseguir cuidar da sua mãe. Foram explicadas estratégias e alternativas para conseguir gerir essa situação.</p> <p>Ao longo das sessões a utente sentiu por parte da equipa disponibilidade para colocar as suas</p>

				questões, preocupações, assim como simplesmente conversar um pouco com a equipa acerca do problema familiar que está a passar com a sua mãe e como está a conseguir gerir o mesmo.
--	--	--	--	--

