



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

Relatório de Estágio

**Transição para o papel de cuidador informal da
pessoa com acidente vascular cerebral - Intervenção
do enfermeiro especialista em enfermagem de
reabilitação**

Marisa Filipa Rainho Ferreira Sousa

—

**Lisboa
2022**



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

Relatório de Estágio

**Transição para o papel de cuidador informal da
pessoa com acidente vascular cerebral - Intervenção
do enfermeiro especialista em enfermagem de
reabilitação**

Marisa Filipa Rainho Ferreira Sousa



Orientador: Professor Doutor Miguel Joaquim Nunes Serra



Lisboa

2022

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Pensamento

“Não se pode criar experiência. É preciso passar por ela”

Albert Camus

Agradecimentos

Muito obrigado a todos os que me ajudaram neste percurso!

A ti, meu filho, pelos momentos de ausência e pela tua compreensão

À minha mãe por ser sempre o meu pilar!

Ao meu marido, pai e irmão e a toda a minha família por me apoiarem

À minha equipa, diretor, equipa médica por me ajudarem e facilitarem sempre tudo

Ao Professor, Enfermeiras Orientadoras, Equipas e Utentes

pela orientação, pela disponibilidade e acolhimento.

Um profundo agradecimento a todos!

RESUMO

O acidente vascular cerebral assume-se com uma patologia com elevada mortalidade, no entanto fruto da evolução das neurociências esta mortalidade tem vindo a diminuir, aumentando por sua vez a incapacidade relacionada com as sequelas do mesmo. A par desta situação, os internamentos são também cada vez mais curtos, levando a que as pessoas regressem a casa com mais limitações e necessitando de maior suporte. Os cuidadores informais são assim elementos cruciais para que se possa garantir a continuidade dos cuidados, vivenciando estes, à luz da Teoria das Transições, uma transição para o papel de cuidador que deve ser alvo de uma intervenção diferenciada para que se possam obter ganhos em saúde para os cuidadores e as pessoas que necessitam de cuidados.

Neste sentido surgiu a questão “Quais são as intervenções do enfermeiro de reabilitação facilitadoras da transição para o papel de cuidador informal da pessoa com AVC?”, tendo sido realizada uma revisão narrativa da literatura acerca desta temática.

Este relatório pretende constituir uma síntese desta revisão narrativa da literatura e também da reflexão acerca do desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER, no contexto de estágios realizados em contexto comunitário e hospitalar.

Palavras-Chave: AVC, cuidador, transição, necessidades, enfermagem, reabilitação

ABSTRACT

Stroke is assumed to be a pathology with high mortality, however, because of the evolution of neurosciences, this mortality has been decreasing, in turn increasing the disability related to its sequelae. In addition to this situation, hospitalizations are also increasingly shorter, leading people to return home with more limitations and needing more support. Informal caregivers are thus crucial elements to ensure continuity of care, experiencing these, in the light of the Theory of Transitions, a transition to the role of caregiver that must be the target of a differentiated intervention so that health gains can be obtained for caregivers and people in need of care.

In this sense, the question arose “What are the interventions of the rehabilitation nurse that facilitate the transition to the role of informal caregiver of the person with a stroke?”, having been carried out a narrative review of the literature on this topic.

This report intends to constitute a synthesis of this narrative review of the literature and of the reflection on the development of common and specific competences of the EER, in the context of internships carried out in a community and hospital context.

Keywords: Stroke, caregiver, transition, needs, nursing, rehabilitation

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

CIF – Classificação de Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

INR – Instituto Nacional de Reabilitação

MCEER – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

MFR – Medicina Física e Reabilitação

MIF – Medida de Independência Funcional

MRC – Medical Research Council

OE – Ordem dos Enfermeiros

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SAPA – Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio

UC – Unidade de Convalescença

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	11
1. Referencial teórico de Enfermagem: Teoria das Transições de Afaf Meleis	11
2. Acidente Vascular Cerebral.....	13
3. Cuidador Informal.....	15
4. Condições de Transição e Terapêuticas de Enfermagem.....	16
CAPÍTULO II: DESCRIÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO.....	22
CAPÍTULO III: COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	24
CAPÍTULO IV: COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	35
CAPÍTULO V: COMPETÊNCIAS RELACIONADAS COM O PROJETO DE APRENDIZAGEM	42
CAPÍTULO VI: CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56

APÊNDICES

APÊNDICE I – “Improving Stroke Caregiver Readiness Model”

APÊNDICE II – Lista de Produtos de Apoio

APÊNDICE III – Plano e diapositivos da sessão de formação “ Dispneia: Técnicas de Gestão de Energia”

APÊNDICE IV – Folheto “Gestão de Energia”

APÊNDICE V – Estudo de Caso

APÊNDICE VI – Folheto “A importância do posicionamento após o AVC”

APÊNDICE VII – Fluxograma e Plano de Preparação do Cuidador Informal da Pessoa com AVC

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, surge este relatório como elemento de descrição, análise e avaliação do percurso de aprendizagem, em contexto de estágio, decorrido entre 13 de outubro de 2021 e 25 de fevereiro de 2022, em contexto comunitário e hospitalar. Este percurso foi realizado tendo em vista o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e as competências do grau académico de mestre.

A escolha do tema do projeto de aprendizagem pessoal assenta principalmente na motivação pessoal e profissional, enquadrada no meu percurso profissional na Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI), onde a questão da preparação do cuidador era um tema que já há muito despertava o meu interesse, quer pela análise de situações de sobrecarga nas referenciações para descanso de cuidador, quer pela análise da ansiedade latente e manifesta na pessoa e no seu futuro cuidador com o aproximar da alta, sabendo que os tempos de internamento em RNCCI são definidos de acordo a tipologia, Unidade de Convalescença(UC): 30 dias, Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR): 30 a 90 dias e Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM), internamentos por mais de 90 dias ou para descanso do cuidador, até 90 dias por ano, seguidos ou interpolados.

Sendo o Acidente Vascular Cerebral (AVC) um evento de natureza abrupta e imprevisível, revelando-se a maior causa de incapacidade no mundo e prevendo-se o regresso da maioria destas pessoas a casa e à comunidade, assumindo os seus familiares e amigos o papel de cuidador informal, é fundamental que este processo de transição seja foco da atenção de enfermagem. De acordo com a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER, 2014) a capacitação do cuidador é uma das áreas prioritárias para a especialidade em enfermagem de reabilitação. Neste sentido, surgiu como área de estudo a transição para o papel de cuidador informal da pessoa com AVC, nesta área pretende-se dar resposta à questão “Quais são as intervenções do enfermeiro de reabilitação facilitadoras da transição para o papel de cuidador informal da pessoa com AVC?”.

Considerando o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), pretende-se neste relatório demonstrar a operacionalização dos objetivos e atividades definidas no projeto de estágio, refletindo sobre o percurso nas duas vertentes comunitária e hospitalar.

Assim definiram-se como objetivos, para demonstrar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER e evidenciar o desenvolvimento de competências específicas do EEER na facilitação para o papel de cuidador informal da pessoa com AVC.

A consecução destes objetivos é baseada na articulação e reflexão no processo de tomada de decisão dos saberes teóricos da pesquisa e evidência científica com prática clínica, suportada pela Teoria das Transições de Afaf Meleis.

O trabalho encontra-se estruturado em seis capítulos: enquadramento conceptual, descrição do locais de estágio, competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do EEER, competências relacionadas com o projeto de aprendizagem e considerações finais.

CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A metodologia utilizada para a fundamentação conceptual do tema, foi realizada através de uma revisão narrativa da literatura, com base na questão de investigação “Quais são as intervenções do enfermeiro de reabilitação facilitadoras da transição para o papel de cuidador informal da pessoa com AVC?”. Recorreu-se para a pesquisa às bases de dados eletrónicas EBSCO – CINAHL e MEDLINE, ao Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), pesquisa em artigos de revistas científicas livros, teses académicas, sites de entidades governamentais e não governamentais. Definiram-se como palavras-chave: AVC (“stroke”), “cuidador” (“caregiver OR carer”), “necessidades” (“needs”), “reabilitação” (“rehabilitation”), “enfermagem” (“nursing”) e “transição” (“transition OR transitional care”).

1. Referencial teórico de Enfermagem: Teoria das Transições de Afaf Meleis

Chick e Meleis (2010) definem a transição como a “passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outra” (p. 25), podendo estar relacionada com uma mudança no estado de saúde, no desempenho de papéis, nas expectativas ou nas capacidades e depende da interação com as condições ambientais. Vendo a transição como um processo onde a pessoa está mais vulnerável a riscos e danos, assim o objetivo de enfermagem deverá ser, por um lado, antecipar os aspetos que aumentam a vulnerabilidade e, por outro lado, estabelecer e reforçar defesas e modificar os riscos. O foco de enfermagem deverá ser a facilitação do processo, capacitando a pessoa para melhor lidar com o seu problema de saúde ou alteração de papel (Meleis e Trangestein, 2010).

Da teoria das transições emerge uma estrutura com seis componentes: tipos e padrões de transição, propriedades da experiência de transição, condições de transição, indicadores de processo, indicadores de resultado e terapêuticas de enfermagem (Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher, 2010).

No que diz respeito aos tipos de transição estas podem ser de desenvolvimento, saúde-doença, situacionais ou organizacionais e quanto ao padrão simples, múltiplas, simultâneas, sequenciais, relacionadas ou não relacionadas. Embora exista esta diversidade em relação aos tipos e padrões de resposta, identificaram-se algumas propriedades universais da transição como a consciencialização da transição, isto é, a perceção das mudanças que estão a ocorrer; o compromisso, ou seja, o envolvimento no processo; a mudança envolvida na

transição não só como evento precipitante, quer como resultado e, também, a confrontação com a diferença, em relação às expectativas, sentir-se diferente ou ser visto como diferente; o intervalo de tempo é igualmente uma condição universal da transição, bem como os eventos e pontos críticos, devendo estes ser alvo da atenção de enfermagem por necessitarem, em alguns casos, de abordagens diferenciadas (Meleis et al, 2010).

As condições de transição estão relacionadas com as condições pessoais, da comunidade ou sociedade que podem facilitar ou inibir a transição. No que concerne às condições pessoais, surgem os significados atribuídos aos eventos precipitantes da transição e ao longo do processo de transição, as crenças culturais e atitudes, as condições socioeconômicas e a preparação e conhecimento. As condições da comunidade estão relacionadas com os recursos da comunidade que podem facilitar ou inibir a transição, tais como: suporte familiar e de amigos, recursos da comunidade e de saúde e os modelos de papéis a desempenhar. As condições da sociedade relacionam-se, por exemplo, com o estigma e os estereótipos (Meleis et al, 2010).

A transição desenvolve-se ao longo de um período temporal, tendo em vista atingir a saúde e o bem-estar, este processo e experiência vivida pela pessoa, alvo da preocupação de enfermagem, podem ser monitorizado, através de padrões de resposta, nomeadamente, indicadores de processo como sentir-se conectado, por exemplo, ter um profissional de saúde de referência a quem se sente confortável para colocar questões; interagir; estar situado e desenvolver confiança e coping, isto é, demonstrar conhecimento, maior entendimento dos pontos críticos, saber quais os recursos a utilizar, demonstrar estratégias para lidar com as situações e saber viver com as limitações (Meleis et al,2010).

Os indicadores de resultado, relacionam-se com a mestria em novas habilidades para gerir a transição e desenvolvimento de uma identidade fluída, mas integrativa, ou seja, uma reformulação da identidade e do papel.

Em relação, às terapêuticas de enfermagem, identificam-se três áreas aplicáveis aos processos de transição, a avaliação da prontidão, que requer uma avaliação abrangente da pessoa; a preparação para a transição, tendo como principal modalidade, a educação e o tempo para assumir novas responsabilidades e desenvolver habilidades; e a suplementação de papel (Schumacher e Meleis, 2010). A suplementação de papel é definida como um processo, onde perante uma potencial ou real insuficiência de papel são identificadas e utilizadas estratégias como a clarificação e desempenho de papel no sentido de prevenir, diminuir ou melhorar esta insuficiência (Meleis, 2010). Assim, a suplementação de papel pode ser preventiva ou terapêutica e é operacionalizada através de componentes, estratégias e processo. Os componentes como acima descritos são a clarificação e desempenho de papéis,

a estratégias utilizadas são a modelagem de papel, o treino de papel e os grupos de apoio. A comunicação é o processo utilizado para a implementação das estratégias (Meleis, 2010).

De acordo com o Regulamento nº 350/2018, a enfermagem de reabilitação “utiliza técnicas específicas de reabilitação (...) intervém na educação dos clientes e pessoas significativas em todas as fases do ciclo de vida e em todos os contextos da prática de cuidados, nomeadamente na preparação do regresso a casa, na continuidade de cuidados e na reintegração do cliente no seio da comunidade, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social” (p. 16656). Neste âmbito a transição para o papel de cuidador informal deverá ser um foco da atenção do EEER, especificamente pela compreensão e facilitação deste processo, no que diz respeito ao desenvolvimento de conhecimentos e capacidades necessárias para o desempenho deste papel.

É fundamental que o EEER tenha conhecimento acerca das contingências e repercussões associadas a este processo para poder preparar o cuidador informal para os desafios futuros e implementar precocemente as terapêuticas de enfermagem que previnam a insuficiência de papel.

2. Acidente Vascular Cerebral

Segundo Ferro (2013), o AVC é uma “doença súbita que afeta uma zona localizada do encéfalo, produzindo, portanto, sintomas e sinais deficitários causados pela perda de função na área afetada” (p. 101). O AVC ocorre mais frequentemente em pessoas com fatores de risco vascular, sendo que estes se podem dividir em fatores de risco modificáveis e não modificáveis. Os fatores de risco não modificáveis são a idade, o género e a etnia, por sua vez, os modificáveis são, hipertensão arterial, diabetes, tabagismo, hiperlipidémia, alcoolismo, obesidade e sedentarismo (Ferro, 2013).

O AVC pode ser isquémico ou hemorrágico, sendo que os mecanismos fisiopatológicos são diferentes em cada um deles. No caso do AVC isquémico os mecanismos estão relacionados com: doença ateromatosa, doença dos pequenos vasos, êmbolos por doença cardíaca ou causas raras como dissecção ou arterite. No AVC hemorrágico, os principais mecanismos são: hemorragia subaracnóide, por rutura de aneurisma e hemorragia intracerebral, podendo esta ser hemisférica profunda, por hipertensão arterial e rutura de arteríola ou lobar, por malformação vascular arteriovenosa, no caso dos jovens, ou por angiopatia amilóide, nos idosos (Ferro, 2013).

O quadro neurológico e as alterações apresentadas da localização e extensão da lesão e do tempo de procura de tratamento, pelo que é fundamental estar alerta para os sinais de

AVC e procurar acompanhamento médico. As alterações neuromusculares são as manifestações mais evidentes de AVC, podem surgir também alterações na linguagem, alterações cognitivas e sensoriais (Gatens e Musto, 2011)

No que concerne à etiologia, embora os acidentes vasculares de natureza isquémica apresentem uma maior incidência, os AVC de natureza hemorrágica representam uma maior carga em termos de mortalidade e de anos de vida ajustados por incapacidade, apresentado, também, uma maior carga em termos de custos (Wafa, Wolfe e Hemmet, 2020).

As principais causas de morte no mundo são de natureza vascular, em provável relação com o envelhecimento da população, neste âmbito, o AVC é a segunda causa de morte e maior causa de incapacidade (Katan e Luft, 2018). No entanto, não menosprezando que a idade é um fator de risco para o AVC, tem-se verificado um aumento da incidência em pessoas com menos de 65 anos, tendo esta aumentado em cerca de 25% nas duas últimas décadas, constituindo um motivo de preocupação (Wafa et al, 2020).

Nos Estados Unidos da América, o AVC é a principal causa de incapacidade a longo prazo, sendo que dos 795 mil novos casos, 26% permanecem dependentes nas atividades de vida diária e 50% têm mobilidade reduzida (Katan et al, 2018). Na Europa, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, refere que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte na maioria dos estados-membros da União Europeia, constituindo cerca de 36% das mortes na região, em 2010 (Wafa, et al, 2020).

Esta realidade é semelhante à que encontramos em Portugal, onde as doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de morte, sendo também uma das principais causas de morbilidade, incapacidade, invalidez e de anos potenciais de vida precocemente perdidos. Durante o ano de 2019, foram registadas 4.529 situações de doentes com sinais e sintomas de AVC, numa média de 12 casos por dia (Direcção-Geral de Saúde, 2017 e Ministério da Saúde, 2019).

Atualmente cerca de 3 a 4% das despesas totais com a saúde, nos países ocidentais estão relacionadas com AVC. O custo médio vitalício de um AVC isquémico por pessoa, incluindo os cuidados de agudos, reabilitação e acompanhamento, estima-se que fique em cerca de 140 mil dólares nos Estados Unidos da América. Prevê-se, ainda que os custos possam aumentar de, 105,2 biliões de dólares em 2012, para 240 biliões em 2030 Já na União Europeia, Islândia, Noruega e Suíça os custos diretos anuais, com AVC, foram estimados em cerca de 2,6 milhares de milhão de euros em 2019 (Katan et al, 2018)

3. Cuidador Informal

De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde, em 2014, cerca de 1,1 milhão de pessoas com 15 anos ou mais prestaram assistência ou cuidados informais a pessoas necessitadas por problemas de saúde ou velhice e mais de 85% destes cuidados foram prestados a familiares (Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2016 citados por Eurocarers, 2021).

Em Portugal, tem-se assistido a uma maior preocupação nas políticas de saúde relativas à assistência aos indivíduos em situação de dependência e às suas famílias, como se verifica com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e, mais recentemente, com a nova lei que define o estatuto do cuidador informal (Petronilho, 2013; Eurocarers, 2021).

Neste estatuto, define-se como:

cuidador informal principal o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada, ou cuidador informal não principal se não cuidar da pessoa de forma permanente” (Lei nº 100/2019, 2019, p.9).

Em 2015, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), num estudo sobre a acessibilidade e qualidades dos cuidados continuados, revelava que Portugal apresentava a maior taxa de cuidados domiciliários informais da Europa e uma das menores taxas de cobertura de atendimento formal. No que diz respeito a custos destes cuidados informais, a Associação de Cuidadores de Portugal, em 2016, estimou que o valor do trabalho realizado pelos cuidadores informais atingisse os 4 mil milhões de euros anuais, ou seja, o trabalho dos cuidadores informais pode ser equivalente a 2% do Produto Interno Bruto (Eurocarers, 2021).

Estima-se que no período de 2013-2060, a percentagem de dependentes em Portugal, deverá aumentar de 8,5% para 13,4% da população total. Em números absolutos de 0,89 milhões de pessoas em 2013, para 1,1 milhão em 2060. Deste modo, a despesa pública com o cuidado a pessoas dependentes poderá aumentar de 0,5%, para 1,4% do produto interno bruto.

Na hipótese de uma mudança dos cuidados informais para um sector formal, isso implicaria um aumento de 458% na percentagem do produto interno bruto, o que quer dizer que esta substituição não é financeiramente sustentável (Eurocarers, 2021).

Segundo o relatório da RNCCI de 2019, os principais motivos de referência são a dependência nas atividades de vida diária e o ensino ao utente/cuidador familiar, com percentagens de 90 e 89,5% respetivamente (Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2019). Estes números corroboram a necessidade de intervenção com os cuidadores informais, reforçando as suas competências.

À luz da teoria das transições, a transição para o papel de cuidador, enquadra-se numa transição situacional, pois está associada a um acontecimento que implica alterações de papéis. No âmbito deste objeto de estudo, a transição ocorre em reposta a um evento de saúde (AVC) de outra pessoa, sendo experienciadas duas transições em simultâneo, sendo que neste processo será fundamental ter em conta a interação entre esta díade. Dada a imprevisibilidade e natureza abrupta do AVC, associada a tempos de internamento, cada vez mais curtos, este é um processo em que os cuidadores têm pouco tempo para se adaptar ao seu novo papel (White, Cantu e Trevino, 2015 e Lutz, Young e Creasy, 2017).

A transição para o papel de cuidador deve ser um foco da atenção da enfermagem, sendo o enfermeiro um recurso indispensável aos cuidadores no desenvolvimento de competências para cuidarem de pessoas dependentes. Esta preocupação encontra ganhos em saúde na diminuição de situações de risco, na diminuição das readmissões hospitalares e também na redução dos custos (Petronilho, 2013 e Araújo, Lage, Cabrita e Teixeira, 2015).

4. Condições de Transição e Terapêuticas de Enfermagem

As condições de transição estão relacionadas com as condições pessoais, da comunidade ou sociedade que podem facilitar ou inibir o processo de transição. Assim o conhecimento das necessidades e dificuldades dos cuidadores informais, bem como dos fatores que podem facilitar ou inibir a transição são fundamentais para que se possam implementar intervenções preventivas da insuficiência de papel.

Shyu (2000) realizou um estudo exploratório acerca das necessidades dos cuidadores durante a transição do hospital para casa e identificou as necessidades se alteram ao longo do tempo, dividindo-se em três fases:

- Fase de envolvimento: esta fase ocorre antes da alta e é nesta fase que o cuidador se prepara para o novo papel. Nesta fase as necessidades de informação estão relacionadas com o estado de saúde do familiar, nomeadamente, progressão, tratamento e prognóstico, bem como informação acerca de como monitorizar e gerir sintomas, os cuidados necessários e como agir em caso de emergência.

- Fase de negociação: Esta fase ocorre logo após a alta, nesta fase o cuidador e o familiar regressam ao seu ambiente com novos papéis e deparam-se com as dificuldades. Nesta fase as necessidades estão relacionadas com melhorar as habilidades nos cuidados, lidar com as emoções e alterações de comportamento da pessoa cuidada, suporte emocional, continuidade de cuidados.
- Fase de definição de papéis: Nesta fase há uma estabilização dos papéis, nesta fase a interação entre o cuidador e a pessoa cuidada atinge um padrão e o cuidador sente-se confortável e preparado para situações de emergência. Os cuidadores sentem necessidade de ser entendidos e apreciados.

Em todas as fases está descrita a necessidade de ajuda e envolvimento de outros familiares nos cuidados, formando uma equipa de cuidado (Shyu, 2000).

Ferreira, Gomes, Baixinho e Ferreira (2020), realizaram uma revisão integrativa da literatura, onde verificam necessidades similares às referidas anteriormente. Estes autores agrupam as necessidades dos cuidadores em cinco categorias: necessidades na transição para o papel de cuidador, necessidades de autocuidado do cuidador, necessidades de saúde, necessidades económicas e necessidades sociais e comunitárias. As necessidades associadas à transição para o papel de cuidador estão relacionadas com as alterações de vida e implicação de novos conhecimentos e competências para que o cuidador possa corresponder às necessidades da pessoa que cuida e efetuar uma transição bem-sucedida para o papel de cuidador, assim nesta categoria emergem subcategorias: informação, habilidade nos cuidados, suporte emocional e prevenção da sobrecarga. Na categoria das necessidades de autocuidado do cuidador surge a necessidade de conciliar o novo papel, com a dinâmica familiar e outros papéis, mantendo tempo para si. As necessidades de saúde destacam que a transição situacional para o papel de cuidador pode desencadear situações de fadiga, exaustão, depressão e isolamento que pode conduzir a situações de doença. Por sua vez, nas necessidades económicas e sociais e comunitárias, salientam-se os gastos para obtenção de recursos materiais ou humanos, apoio na adaptação de edifícios por barreiras arquitetónicas, conciliação do horário laboral com a prestação de cuidados. A nível social e comunitário as necessidades de acesso a transportes, equipamentos, instituições de apoio e serviços de saúde.

Outros autores, procuram determinar na perceção dos enfermeiros quais as dificuldades e necessidades dos cuidadores de pessoas dependentes e evidencia-se a necessidade de informação quer no domínio do conhecimento, como no domínio instrumental e dos recursos de apoio na comunidade. No domínio instrumental para a prestação de cuidados destacam o autocuidado alimentar-se, virar-se e transferir-se (Landeiro, Martins e Peres, 2016).

Dixe, Teixeira e Areosa (2019) realizaram um estudo com o objetivo de identificar as necessidades e competências dos cuidadores informais de pessoas dependentes em diferentes domínios do autocuidado, daqui destacam-se que os cuidadores informais tendem a ser pessoas idosas com maior vulnerabilidade face ao número de tarefas, a existência de dificuldades prévias, associada ao baixo nível de literacia e à complexidade dos problemas da pessoa dependente, resulta também em maiores níveis de ansiedade e insegurança. As tarefas que necessitam de destreza manual, particularmente, as relacionadas com o autocuidado são as que causam maior preocupação ao cuidador informal.

Num estudo realizado por Dixe e Querido (2020), com o objetivo de avaliar a sobrecarga dos cuidadores de pessoas dependentes e identificar os fatores relacionados com essa sobrecarga, evidenciaram que o tempo empregue no cuidado ao outro, deixando pouco tempo para cuidar de si é um fator que aumenta a sobrecarga. A insuficiência de informação acerca de como cuidar da pessoa dependente e a pouca preparação ao longo do internamento, são outras das necessidades apontadas pelos cuidadores informais.

Ghazzawwi, Kuziemyky e O'Sullivan (2016), realizaram um estudo exploratório, onde analisaram as experiências e percepções dos cuidadores de pessoas com AVC na transição de uma unidade de reabilitação para casa. Neste estudo analisam quais as categorias a nível macro e micro, que podem influenciar esta experiência e as interações entre elas. A nível macro identificam as políticas e procedimentos institucionais que influenciam a continuidade de cuidados e a nível micro, identificam três categorias que afetam o cuidador, nomeadamente, as responsabilidades, o suporte, serviços e a informação. Da análise realizada identificam três processos que podem facilitar este processo de transição:

- Ajustar o tempo da informação (tailoring the timing of information), isto é, garantir que a informação esta disponível na altura certa e em que o cuidador informal sente maior necessidade, por exemplo, transmitir uma grande quantidade de informação apenas no momento da alta, vai contribuir para que os cuidadores se sintam sobrecarregados e não consigam reter a informação. A coordenação e comunicação entre o hospital e a comunidade é também um fator que poderá facilitar este ajuste da informação e suporte aos cuidadores;
- Simplificar a informação transmitida (streamline the information provided), ou seja, transmitir informação específica para as suas necessidades e adequadas ao seu contexto comunitário;
- A existência de um gestor de caso, que poderá facilitar o papel do cuidador informal, suportando a continuidade de cuidados.

Chen, Xiao, Chamberlain e Newman (2021), realizaram uma revisão sistemática e meta-síntese, onde pretenderam realizar uma síntese da investigação qualitativa referente à

experiência dos sobreviventes de AVC e dos seus cuidadores na transição do hospital para casa, procurando identificar as barreiras e os facilitadores deste processo. No que diz respeito aos fatores facilitadores identificam:

- Parceria e individualização dos cuidados, destacando-se aqui a necessidade da pessoa e cuidador serem envolvidos no processo de tomada de decisão, de aprender e praticar as capacidades instrumentais para cuidar, terem oportunidade de praticar os cuidados no ambiente do seu domicílio antes de se efetivar a alta, sendo assim capazes de antecipar as dificuldades e obterem informação verbal e escrita individualizada;
- Estar preparado para aceder aos serviços de saúde e sociais necessários, isto é, os cuidadores sentem-se mais confiantes se for garantida a continuidade de cuidados e follow-up, se forem recomendados os serviços adequados e ajustados e também se for garantida a continuidade da reabilitação;
- Desenvolvimento de capacidades de auto-controlo, ou seja, a aceitação do papel e desenvolvimento de auto-confiança e também ter apoio social e familiar.

No que concerne às barreiras a este processo são identificadas três categorias (Chen et al, 2021):

- Lacunas na preparação da alta, nomeadamente, discrepâncias entre os objetivos dos profissionais e os objetivos das pessoas e cuidadores no planeamento da alta, pouco envolvimento dos cuidadores, escassa possibilidade de treinar e falta de resposta a questões;
- Fatores que afetam o autocuidado em casa, como a falta de treino para cuidar, exacerbando as dificuldades. Falta de apoio pela inadequação das respostas da comunidade que poderá condicionar a reabilitação e também a insuficiência dos recursos financeiros;
- Incapacidade para lidar com as mudanças, relacionado com um aumento inesperado das responsabilidades com diminuição do tempo para cuidar da sua própria saúde, diminuição das interações sociais e falta de apoio emocional.

No âmbito particular dos programas de intervenção com cuidadores informais de pessoas com AVC, White et al, (2015), realizaram uma revisão da literatura, onde pretendiam identificar as intervenções eficazes com os cuidadores de sobreviventes de AVC, verificaram que era importante que a intervenção contivesse uma componente de construção de habilidades (skill-building), pois os estudos que incluíram uma componente relacionada ou com o treino de capacidades específicas para cuidar ou que incluíram estratégias de resolução de problemas e coping, demonstraram melhores efeitos. Destacam a necessidade de ajustar a informação ao longo do tempo da intervenção e às necessidades de cada diáde, bem como desenvolver

intervenções culturalmente sensíveis. Realçam, ainda, a importância da mudança de paradigma relativamente à interação com os cuidadores, destacando a utilização de novas tecnologias, como uma alternativa à comunicação cara-a-cara, com efeitos positivos quer pela gestão do tempo, como por permitir um acompanhamento a longo prazo.

Kruger, Feron e Dorant (2016) realizaram um estudo qualitativo abrangente, onde desenvolveram três sub-estudos distintos, (i) entrevistas com cuidadores experientes, (ii) entrevistas semiestruturadas com profissionais que trabalham numa unidade de reabilitação de AVC e (iii) e observação-participante de 17 interações entre o profissional de saúde e o cuidador. O objetivo deste estudo foi construir um programa de intervenção para os cuidadores de pessoas com AVC na Alemanha. Assim, identificaram cinco aspetos a ter em conta num programa de intervenção com cuidadores de pessoas com AVC: o conteúdo, que deverá incluir uma abordagem diversificada com apoio psicossocial e informação individualizada; recursos humanos, apoio profissional na área da saúde e social; abordagem individualizada; o tempo, relacionado com o apoio a longo prazo e contexto, ou seja, serviços ajustados às necessidades e à disponibilidade no contexto comunitário.

Lutz, et al, (2017), conduziram um estudo qualitativo, onde foram realizadas entrevistas a cuidadores familiares de pessoas com AVC durante o internamento e seis meses após a alta. Na análise destas entrevistas, foi evidente que existiam lacunas na preparação dos cuidadores e estas lacunas só se tornaram evidentes após a alta. Com base na análise das entrevistas, desenvolveram uma ferramenta para avaliar e facilitar a transição para o papel de cuidador informal, “The Improving Stroke Caregiver Readiness Model”, disponível em apêndice (Apêndice I). Esta ferramenta tem uma abordagem centrada na família para melhor identificar as necessidades, preparar os cuidadores e planear intervenções mais ajustadas e específicas. Este modelo é sistematizado em três passos:

a) Realizar uma avaliação sistematizada do risco da díade, incluindo quer as necessidades do doente, como a capacidade e compromisso do cuidador para satisfazer essas necessidades;

b) Identificar e priorizar as lacunas entre as necessidades do doente e a preparação do cuidador;

c) Desenvolver um plano para corrigir essas lacunas;

Araújo, Lage, Teixeira e Cabrita (2018) realizaram um estudo quasi-experimental, no norte de Portugal, com 174 cuidadores informais de pessoas com AVC, em contexto comunitário. O objetivo deste estudo foi avaliar se o treino das capacidades instrumentais envolvidas na prática de cuidados à pessoa com AVC, reduzia a sobrecarga sentida pelos cuidadores informais. Foi aplicado um programa estruturado (InCare) onde recebiam treino

de capacidades instrumentais relacionadas com o autocuidado, nomeadamente, com a mobilidade, vestir/despir, cuidados de higiene, transferências, posicionamento, alimentação e utilização de produtos de apoio. Esta intervenção era desenvolvida na 1ª semana após a alta, 1 mês e 3 meses depois. Além disso como suporte eram encorajados a utilizar apoio por telefone na 3ª, 6ª, 8ª e 10ª semana após a alta. Este programa demonstrou melhoria nas capacidades instrumentais dos cuidadores informais e redução da sobrecarga, três meses após a alta hospitalar, justificando a pertinência da aplicação destes programas.

Lin, Xiao, Chamberlain et al, (2021), realizaram um estudo controlado e randomizado, tendo como objetivo avaliar o efeito de um programa de intervenção na transição para casa de sobreviventes de AVC e seus cuidadores. Na primeira fase, intervenção era constituída por seis componentes: estabelecimento dos objetivos do processo de transição, melhorar as capacidades de autocuidado, modificar o ambiente de casa, melhorar as capacidades físicas, gestão da medicação e prevenção de complicações. A segunda fase, consistia numa intervenção de follow-up, durante 12 semanas, com suporte através do telefone 1 vez por semana e treino de capacidades duas vezes por semana, presencialmente, numa clínica em ambulatório. Este estudo demonstrou que o programa era eficaz no aumento da autoconfiança, na qualidade de vida, no aumento do conhecimento acerca do AVC, diminuição das readmissões hospitalares e na diminuição da sobrecarga dos cuidadores.

No âmbito das competências específicas do EEER, a sua intervenção “ visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações (...) para tal, utiliza técnicas e tecnologias específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida” (Regulamento nº 392/2019, p. 13565). Deste modo e tendo por base a prática baseada na evidência, este enquadramento conceptual, estrutura, justifica e fundamenta a importância da intervenção do EEER neste processo de transição.

CAPÍTULO II: DESCRIÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

A primeira parte do estágio foi realizada em contexto comunitário, numa UCC, inserida num ACES da região de Lisboa e Vale do Tejo.

A equipa da UCC é constituída por (2 EEER, 1 enfermeira especialista em saúde comunitária, 1 enfermeira especialista em saúde materna, 2 enfermeiras especialistas em saúde infantil e pediátrica, 1 enfermeira especialista em médico-cirúrgica, 6 enfermeiros de cuidados gerais, 4 assistentes operacionais e 1 médico. Para além desta equipa nuclear, encontram-se na equipa em tempo parcial 4 assistentes sociais, 2 psicólogos e 1 fisioterapeuta.

A intervenção da UCC é sobretudo dirigida à saúde infantil e juvenil (plano nacional de saúde escolar, sistema nacional de intervenção precoce na infância e massagem infantil), saúde materna (curso de preparação para o parto e curso de recuperação pós-parto), saúde do adulto e idoso (ECCL e outros projetos) e intervenção comunitária (rede social, comissão de proteção de crianças e jovens, núcleo de apoio a crianças e jovens em risco, entre outros)

O estágio foi desenvolvido em contexto de ECCL, que apoiava 40 utentes, funciona de 2ª a 6ª feira das 8 às 20 horas e sábado e domingo das 9 às 13 horas e abrange a área geográfica de 7 freguesias e uniões de freguesia. O papel de gestor de caso é sempre assumido por um enfermeiro, sendo que nos casos onde o principal objetivo da referenciação era a reabilitação, habitualmente, era o EEER que assumia este papel. Sempre que existisse necessidade, o EEER dava consultoria e apoio em outros casos, sendo que esta articulação era normalmente discutida nas reuniões interdisciplinares. A deslocação para as visitas domiciliárias era realizada em 3 carrinhas como motorista no período da manhã e uma carrinha no período da tarde, sendo que dada a larga área geográfica, existia necessidade de fazer uma boa gestão destes recursos. A visita domiciliária realizada por EEER variava entre 1 a 3 vezes por semana. Esta ECCL possuía um banco de produtos de apoio que era utilizado para algumas situações de empréstimo aos utentes e também para treino de atividades de vida diária.

A segunda parte do estágio foi realizada em contexto hospitalar, na mesma área geográfica, num serviço de especialidades médicas, onde funcionava uma unidade de AVC com 10 camas. Neste serviço, a equipa de enfermagem era constituída por enfermeiros de cuidados gerais e 2 EEER. A equipa médica variava de acordo com as especialidades, existia apoio de assistente social, nutricionista e fisioterapeutas.

O estágio foi desenvolvido nesta unidade de AVC dado que as 2 EEER desenvolviam o seu trabalho com estes utentes. O rácio EEER/utente era de 10 utentes, dado que embora

existissem 2 EEER, em cada dia apenas uma estava dedicada aos cuidados de enfermagem de reabilitação. O EEER assumia o papel de gestor de caso e articulava com a restante equipa interdisciplinar, sobretudo no planeamento da alta (ativação dos recursos na comunidade, referenciação para a RNCCI, etc).

O serviço estava dotado de vários equipamentos e produtos de apoio, como barras paralelas, standing frame, andarilho, tripé, talheres com cabo engrossado, copos recortados, tabelas de comunicação, etc.

CAPÍTULO III: COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Para o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, defini quatro objetivos específicos: demonstrar tomada de decisão e prática profissional baseada nos princípios éticos, deontológicos e legais; mobilizar e divulgar conhecimentos sobre diretivas de melhoria de qualidade; gerir cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa da equipa e articulação na equipa de saúde e desenvolver competências no âmbito das aprendizagens profissionais. A seguir passo a descrever as atividades realizadas, no processo de desenvolvimento destas competências durante o ensino clínico.

De acordo com Fernandes (2004) a noção de competência encontra-se associada a outros conceitos como a capacidade e habilidade, esta noção evoca a habilidade e uma amplitude de saberes, num contexto específico. Tanner (2006) refere que o julgamento clínico dos enfermeiros é influenciado pelo contexto, muitas vezes influenciado pelas rotinas e fluxos de trabalho, assim a integração e conhecimento acerca a estrutura física e organizacional dos locais de ensino clínico torna-se fundamental para o desenvolvimento de competências.

Desta forma, a primeira semana de cada uma das vertentes do estágio foi reservada à integração em cada serviço e equipa, apresentação do projeto de aprendizagem, leitura de variados documentos dos serviços, tais como manual de acolhimentos, guias e normas, observação da intervenção do enfermeiro-orientador e da dinâmica da equipa, questionamento acerca de aspetos da organização e gestão de cuidados, dos sistemas de informação e também da localização dos materiais clínicos. Ainda nesta fase, foram explorados os instrumentos de avaliação utilizados em cada serviço, com interesse específico nos utilizados pelos enfermeiros de reabilitação.

A primeira parte do ensino clínico decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). De acordo com o disposto no artigo 11º do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, compete às UCC a “prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (p. 1188).

A equipa multidisciplinar da UCC é constituída por enfermeiros de cuidados gerais, enfermeiros especialistas das várias áreas de especialidade, médica, técnicas de serviço social, psicologia, fisioterapeuta e assistentes operacionais. Nos programas da carteira básica desta UCC, incluem-se a saúde infanto-juvenil, saúde da mulher, intervenção comunitária e

saúde do adulto idoso, onde está inserida a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), área onde foi desenvolvido o meu estágio. Existem ainda outros projetos, no âmbito deste programa, onde os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação participam, como a Transição segura, no âmbito do AVC, das Próteses e Urgência/Kapacitar. Existia, ainda a participação na disciplina de cuidados de saúde primários da Universidade Sénior. Dado o contexto da pandemia e, por necessidade de alocação de recursos a outras iniciativas, como a vacinação, a participação dos EEER nestes projetos estava suspensa.

As ECCI, estão enquadradas no âmbito da prestação de cuidados dos agrupamentos de centros de saúde (ACES). Estas equipas prestam cuidados “centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e conforto, a pessoas em situação de dependência, doença terminal, ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar -se de forma autónoma” esta prestação de cuidados “exige uma avaliação multidisciplinar das necessidades da pessoa realizada pelas equipas domiciliárias e implica a elaboração de um plano individual de intervenção” (Portaria n.º 174/2014, p.4867).

De acordo com o Conselho de Enfermagem (2009), a ECCI, funciona numa perspetiva multidisciplinar de trabalho em equipa, sendo que os enfermeiros especialistas em reabilitação, desempenham um papel de pivot. Este papel é determinante, pois permite ao EEER trabalhar com os utentes e famílias, com o apoio de uma equipa interdisciplinar, facilitando a sua recuperação e readaptação.

A integração nesta equipa, embora desafiante pelo contexto domiciliário da prestação de cuidados, foi facilitada pelo facto de desenvolver a minha atividade profissional na Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI), numa unidade de internamento que contempla as várias tipologias: Convalescença, Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção. O facto de estar familiarizada com os procedimentos de funcionamento, referenciação, com o aplicativo de monitorização da RNCCI (Gestcare) beneficiou bastante a rapidez na integração. Por outro lado, o contexto domiciliário foi desafiante por ter de me adaptar a várias questões como entrar na casa/espacos das pessoas, ver realidades bastante distintas em termos de recursos e condições. Muitas vezes o espaço não é o ideal nem o mais adaptado, quer pela disposição dos móveis, altura da cama e espaço para circular. Num contexto de internamento, existe um espaço “padrão”, já tipicamente preparado e adaptado no que concerne a questões de segurança, como a prevenção de quedas e mecânica corporal. Esse é um espaço do conhecimento do enfermeiro, já nos cuidados domiciliários, o contexto da prestação de cuidados pode ser diferente a cada dia. Este é um contexto que estimula a readaptação e criatividade do enfermeiro.

Neste contexto, embora dominasse o aplicativo de monitorização da RNCCI, não conhecia o sistema de informação SClinico onde são realizados os registos de enfermagem,

pelo que necessitei de acompanhar, observar e questionar a enfermeira-orientadora e outros elementos da equipa, para que pudesse aprimorar a utilização do mesmo, de forma garantir a documentação dos diagnósticos, intervenções e resultados sensíveis às intervenções de enfermagem de reabilitação.

A segunda fase do ensino clínico, em contexto hospitalar, que decorreu de 3 de janeiro a 25 de fevereiro de 2022, realizou-se num serviço de especialidades médicas de um hospital situado no mesmo concelho da UCC. Neste serviço, existem 26 camas, destinadas ao internamento de utentes de três especialidades médicas neurologia, onde funciona a unidade de AVC, cardiologia e nefrologia. Existem 2 enfermeiras especialistas em enfermagem de reabilitação que desenvolvem intervenção da unidade de AVC, 9 enfermeiros generalistas, a enfermeira-chefe do serviço é também especialista em enfermagem de reabilitação, 6 assistentes operacionais, a secretária de unidade. A equipa médica varia de acordo com as especialidades, existem uma assistente social que trabalha com os utentes daquele serviço e de outro, bem como a nutricionista, existem 2 fisioterapeutas alocadas à unidade de AVC que intervêm com estes utentes sem que seja necessário nenhum pedido, no entanto nos utentes internados por outras especialidades médicas esta intervenção carece de pedido de Medicina Física e de Reabilitação (MFR).

A proximidade geográfica dos dois locais de ensino clínico, foi profícua para a minha aprendizagem, pois permitiu-me ter um olhar pelas duas perspetivas, quer nos cuidados à pessoa em situação de doença aguda, como depois na continuidade dos cuidados a nível da comunidade. O facto de ter realizado o percurso em sentido inverso, ao que é o percurso normal do doente, isto é, a hospitalização e depois a referenciação para a comunidade, permitiu-me ter uma noção real de quais eram as possibilidades e recursos existentes na comunidade, pelo menos, no que àquele concelho dizia respeito, sabendo que a área de abrangência do hospital é maior do que aquele concelho.

O EEER “intervém na educação dos clientes e pessoas significativas no planeamento da alta, da continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas e família na comunidade” (Regulamento nº 392/2019, p. 13565), esta continuidade necessita que os enfermeiros conheçam, procurem e indiquem soluções na comunidade que não sejam padronizadas, mas sim reais e individualizadas em harmonia com as necessidades de cada pessoa e família, por outro lado, uma estreita articulação entre o hospital e a comunidade, melhora o suporte que a pessoa e família recebem e previne ainda perda de informação, essencial à continuidade de cuidados (Ghazzawi et al., 2016).

Percebi que quer do lado da ECCI, quer do lado do serviço de internamento, existiam expectativas e ideias, por parte dos profissionais de saúde que não correspondiam à realidade possível. Por exemplo, no serviço de internamento, existia a expectativa de que a equipa de

ECCI, conseguiria realizar visitas domiciliárias antes da alta dos utentes, para avaliar as condições do habitacionais e verificar se existiam barreiras arquitetónicas e também que conseguiriam realizar a uma visita domiciliária nas primeira 48 horas após a alta, o que nem sempre era possível, pois mesmo após a alta hospitalar, alguns utentes ficavam a aguardar o ingresso na ECCI. Face aos recursos existentes, também não era possível, especialmente ao EEER, realizar visita domiciliária pré-alta.

Este achado não é benéfico quer para articulação, quer para a continuidade de cuidados. Deste modo, considero que seria importante existir uma maior proximidade e partilha de experiências e dificuldades entre estes dois níveis de cuidados, de forma a se encontrarem sinergias que possam ser proveitosas, quer em termos de articulação de cuidados, como de referenciação e continuidade de cuidados.

Ainda nesta fase de integração, o sistema de informação utilizado no serviço de especialidades-médicas é a Glint, com a qual também não estava familiarizada e que apresentava algumas lacunas, que já tinham sido identificadas pelas EEER do serviço, nomeadamente não permitia evidenciar as intervenções e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação. De acordo com Marin (2010), um sistema de informação deve contribuir para a melhoria da qualidade, possibilitar a pesquisa e o fornecimento da evidência, assim e dado que a enfermagem de reabilitação contribui fortemente para os ganhos em saúde é fundamental que os sistemas de informação possam contribuir para a monitorização desses ganhos e a produção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, permitindo assim usar esses dados em programas de melhoria contínua (OE, 2011).

Procurei contribuir, através da partilha de experiências, especificamente da etapa anterior do estágio com a utilização do SClínico. Neste programa, é possível perceber o processo de enfermagem e a evidência da tomada de decisão, através da avaliação inicial, associada a escalas e instrumentos de avaliação que sustentam o diagnóstico de enfermagem de reabilitação. Para cada diagnóstico, existem um conjunto de intervenções que são selecionadas e planeadas pelo EEER. O referencial de linguagem deste sistema de informação é a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). De acordo com Pestana (2016), existe necessidade de que os sistemas de informação em enfermagem evidenciem o processo de tomada de decisão e permitam avaliar a qualidade dos cuidados prestados.

Para além desta partilha acerca da experiência com o Sclínico, pesquisei documentos como o padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de reabilitação, instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação e core de indicadores por categoria de enunciados descritivos

dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação (Regulamento nº 350/2015; OE, 2015 e OE,2016).

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o “enfermeiro especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão (...) a competência assenta num corpo de conhecimentos do domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências dos clientes” (Regulamento nº 140/2019, p. 4746). De acordo com Tanner (2006), bons julgamentos clínicos em enfermagem requerem uma compreensão não só dos aspetos fisiopatológicos, da apresentação clínica e da doença do utente, mas também da experiência da doença tanto para o utente como para a sua família e dos seus recursos físicos, sociais e emocionais.

Esta tomada de decisão deve ser sempre partilhada, respeitando o princípio da autonomia e o “respeito do cliente à escolha e à auto-determinação” (Regulamento 149/2019, p. 4746), assim procurei sempre a resolução de problema em cooperação e relação empática, com a pessoa e família, ancorada numa abordagem centrada na mesma, tendo em conta os seus valores, desejos e crenças e partilhando a tomada de decisão, assegurando, também o direito à escolha e à autodeterminação (McCance e McCormack, 2021 e Vasconcelos 2021).

São exemplos desta abordagem, a negociação dos planos de intervenção, traçando objetivos em conjunto, como era o caso de uma senhora que tinha como principal meta conseguir sair de casa, dado que vivia num segundo andar sem elevador. Neste caso o plano de intervenção foi traçado definindo como intervenções prioritárias, aquelas que aumentassem a força muscular, equilíbrio, treino de marcha e treino de subir e descer escadas, permitindo à senhora atingir mais rapidamente o seu objetivo.

Ainda no contexto do estágio na UCC, esta questão estava, também, patente na organização das visitas domiciliárias, onde se tentava organizar a marcação das visitas domiciliárias com os hábitos e preferência dos cliente e também como os horários com outros compromissos e atividades do cuidador informal, permitindo que ele pudesse estar mais disponível e assim otimizar a intervenção, como no caso de uma senhora, cujo filho, que era o seu principal cuidador e realizava hemodiálise e não estando disponível durante três dias por semana, no período da tarde.

Outra estratégia que utilizei no desenvolvimento desta competência, foi o planear com a pessoa/família a próxima visita domiciliária, aferindo a sua vontade/disposição para ir avançando no processo de intervenção através de questões como “o que acha de na próxima visita/sessão...?”. Este planeamento e dizia respeito, por exemplo, ao tipo de exercícios a realizar, por exemplo, avançar do treino de equilíbrio sentado, para o treino de equilíbrio em

pé; sair de casa, aumentar o percurso do treino de marcha no serviço de internamento e mudar de auxiliar de marcha ou retirar o auxiliar de marcha.

No domínio da melhoria da qualidade e por sugestão e necessidade identificada da enfermeira-orientadora na UCC, elaborei um documento onde constava uma lista de produtos de apoio que pudesse apoiar os profissionais de saúde e os clientes e família a selecionarem os mais adequados para si. Sabe-se que os produtos de apoio são “instrumentos e dispositivos fundamentais que permitem compensar ou atenuar as limitações funcionais e restrições ao nível da participação no contexto de vida das pessoas com deficiências e/ou incapacidades” (Instituto Nacional de Reabilitação (INR), [s.d]). A elaboração desta lista e difusão da mesma na equipa de enfermagem, foi importante, pois existe evidência de que formação em mecânica corporal associada ao recurso a produtos de apoio, contribui para a redução das lesões musculoesqueléticas (OE, 2013), quer nos cuidadores formais, como nos cuidadores informais.

Para a elaboração desta “Lista de produtos de apoios” (Apêndice), foi necessário pesquisar a legislação vigente acerca desta área. O sistema de atribuição de produtos de apoio (SAPA), é coordenado pelo INR, tendo em contas as necessidades e características específicas de cada pessoa e o cumprimento dos procedimentos legalmente estabelecidos. Este sistema foi aprovado pelo Decreto-Lei nº 93/2009, sendo que este contribui para a atribuição gratuita e universal de produtos de apoio, para a gestão eficaz a simplificação de procedimentos e para o financiamento simplificado de produtos de apoio. O SAPA é constituído por uma entidade gestora INR, entidades financiadoras ACSS, Direcção-Geral de Educação, Instituto do Emprego e Formação Profissional e Instituto da Segurança Social. As entidades prescritoras são definidas por despacho do membro do governo que tutela cada uma das entidades financiadoras. Os produtos de apoio que podem ser objeto de financiamento no âmbito do SAPA, são os que constam na lista publicada no Despacho nº7197/2016, de 1 de junho de 2016. Esta lista tem por referência a norma ISO 9999 e identifica os produtos que carecem de prescrição médica obrigatória, bem como os que são prescritos por equipa técnica multidisciplinar.

A difusão desta lista foi muito bem aceite pela equipa de enfermagem da UCC e ao partilhar a realização deste trabalho no serviço de especialidades-médicas, foi-me também pedido que o disponibilizasse pela pertinência da sua utilização.

No domínio da gestão de cuidados, o enfermeiro especialista “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (Regulamento nº 140/2019, p. 4745), neste âmbito tive oportunidade de participar em várias reuniões de equipa quer no caso das reuniões de discussão de planos de intervenção na ECCI, como no caso dos “briefings” diários no serviço de especialidades médicas. As

reuniões de discussão dos planos de intervenção, são reuniões onde são discutidos os vários casos dos utentes em ECCI, sendo que era gestor de cada caso, que apresentava o caso à equipa, na primeira reunião daquele caso e dava conta da evolução nas reuniões subsequentes. Nesta UCC, o gestor de caso era sempre um enfermeiro. De acordo com Hesbeen (2003), a eficácia do processo de reabilitação pressupõe a existência de uma pessoa de referência, esta pessoa deverá apresentar em reunião a síntese da situação da pessoa, decorrente de uma verdadeira análise da situação, das expectativas, potencialidades e desejos da pessoa.

Nesta reunião era importante a interação com os outros profissionais tendo por alicerce os objetivos comuns no plano de intervenção individual. Era nestas reuniões que muitas vezes os outros enfermeiros pediam assessoria da enfermagem de reabilitação para alguns casos específicos, por exemplo aconselhamento de produtos de apoio e treino da sua utilização. Uma das situações em que foi pedida assessoria da enfermagem de reabilitação, foi a situação do Sr. J. de 64 anos, este senhor tinha sido referenciado para a ECCI após ter estado internado numa UMDR após uma situação de amputação. O sr. J. encontrava-se no momento bi-amputado, sendo que tinha história de uma primeira amputação há 5 anos, tinha antecedentes de diabetes mellitus insulino-tratada e doença arterial periférica, encontrava-se divorciado e não tinha filhos. No contexto da amputação anterior, por viver num andar sem elevador, tinha-lhe sido atribuído um andar de habitação social num prédio com elevador, onde residia com um irmão, tinha ainda apoio de outro irmão que o visitava ao fim de semana e lhe comprava e preparava a medicação para a semana, pois o sr. J. apresentava diminuição da acuidade visual acentuada.

No internamento na UMDR o Sr. J. encontrava-se independente nas atividades de vida diária, nomeadamente, nas transferências cadeira de rodas-sanita e foi referenciado para a ECCI para controlo da adesão ao regime terapêutico e controlo de fatores de risco, no entanto no domicílio encontrou várias barreiras que limitavam esta independência nas atividades de vida, especificamente, higiene pessoal e uso do sanitário, pelas dimensões e disposição do WC.

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), a funcionalidade de um indivíduo é uma interação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais, podendo estes ter um impacto facilitador ou limitador, aqui é perceptível que diferentes ambientes podem ter um impacto distinto sobre o mesmo indivíduo, um ambiente com barreiras restringe o desempenho (OMS, 2004). Neste caso, se no ambiente de um internamento numa unidade o Sr. J. conseguia ser independente nas atividades de vida pois tinha fatores contextuais que eram facilitadores do seu desempenho, como a dimensão e disposição da casa de banho, a existência de barras de apoio, a altura da sanita e do lavatório,

em casa existindo barreiras arquitetônicas limitadoras, o senhor encontrava-se com limitação da sua funcionalidade.

Foi realizada uma visita domiciliária, onde se verificou que a casa de banho não apresentava as dimensões adequadas em termos de largura e comprimento, não existindo espaço livre circular, existia uma base de duche onde o senhor J. conseguia aceder, transferindo-se para uma cadeira higiénica, já o assento da sanita era baixo, o lavatório não permitia a aproximação frontal e o espelho estava muito alto. A porta da casa de banho abria para o interior da mesma e entrando com a cadeira de rodas na casa de banho já não era possível fechar a porta e o senhor manifestava muito desconforto pela questão da privacidade e intimidade.

O Decreto-lei nº 163/2006 prevê existência de normas técnicas que organizam o espaço público e privado, a destacar com interesse para este caso, as normas relativas às instalações sanitárias. A casa de banho deverá ter no mínimo 1,60 de largura e 1,70 de comprimento, idealmente 2,20 m de comprimento por 2,20 m de comprimento, permitindo um espaço livre circular de 1,5 m de diâmetro, o lavatório deverá permitir a aproximação frontal com espaço livre por baixo, a sanita deverá ter barras de apoio e uma altura do piso até ao bordo superior do assento de 45 cm. As portas devem ter uma largura de passagem de no mínimo 80 cm e devem abrir, de preferência, para o exterior ou ser de correr.

Tendo em conta estas normas e o que se encontrou na realidade, as modificações mais simples, céleres e económicas de implementar seriam baixar o espelho do lavatório e retirar a porta da casa de banho, colocando uma porta de correr, permitindo assim ao sr. J, ter privacidade. Por outro lado, foi introduzido um facilitador, disponível do banco de produtos de apoio da UCC, um alteador de sanita.

Foi ainda discutida a possibilidade de se realizar uma exposição à Câmara Municipal para que pudessem ser realizadas algumas obras, modificando alguns dos aspetos acima enumerados, no entanto em visitas domiciliárias seguintes o senhor manifestou uma relação de conflituosidade com o irmão e referiu ainda solidão e isolamento, expondo que gostaria de ser integrado num centro de dia ou Estrutura Residencial para Idosos.

Nestas reuniões e também noutros contextos menos formais, muitas vezes era também pedida parceria das enfermeiras especialistas em enfermagem de reabilitação, particularmente, em situações de cuidados paliativos especialmente em situações associadas a fadiga, dispneia e intolerância à atividade.

Os cuidados paliativos estão associados à doença oncológica, mas também a pessoas com doença respiratória, neuromuscular, neurológica ou cardíaca avançada, sendo que o seu principal objetivo é a minimização do desconforto e a manutenção da qualidade de vida (Alves

& Babo, 2021). O declínio funcional é experienciado em muitas pessoas em cuidados paliativos, sendo que a perda de autonomia é uma das principais fontes de sofrimento para estas pessoas, sendo que tem impacto na sua qualidade de vida e também na dinâmica familiar e sobrecarga do cuidador (Minosso, Souza e Oliveira, 2016).

De acordo com o Regulamento 392/2019 EEER “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” e “concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade” (p.13566-13567), ainda Hesbeen (2003) refere que o enfermeiro de reabilitação “tem por missão ajudar os utentes a criarem uma maneira de viver com sentido para elas e compatível com a sua situação e isso independentemente da sua condição física ou da natureza da sua afeção” (p.76), assim a reabilitação tem potencial para alcançar benefícios na melhoria da mobilidade, dor, dispneia e estado emocional, melhorando assim a sua qualidade de vida e da sua família (Minosso et al, 2016).

Deste modo, por ser uma necessidade identificada, por só existirem 2 EEER na equipa, não sendo possível intervir diretamente com todos os utentes e pela incorporação de novos conhecimentos conduzir a ganhos em saúde decidi, em acordo com a enfermeira-orientadora, dinamizar uma sessão de formação com o tema “Dispneia: Técnicas de gestão de energia” (Apêndice III: plano de sessão e diapositivos). Assim, pode-se definir esta temática com a equipa de enfermagem e demonstrar exemplos de técnicas adaptativas de gestão de energia para o autocuidado que poderiam ensinar e instruir aos utentes, sendo que as técnicas são uma das principais intervenções educacionais do EEER (OE, 2018).

Para além desta formação, foi elaborado um folheto que pudesse ser entregue aos utentes (Apêndice IV). A apreciação global da sessão de formação foi muito boa.

No serviço de especialidades-médicas, embora não existissem estas reuniões formais de discussão de casos, todos os dias era realizado um briefing entre a equipa de enfermagem e a equipa médica logo no início do turno da manhã. No final deste turno, ocorria um pequeno briefing com outros elementos da equipa interdisciplinar (assistente social, fisioterapeuta, nutricionista), onde frequentemente se recorria ao EEER como principal fonte para recolher informações e avaliações sobre os utentes, tendo eu enquanto estudante várias oportunidades de partilhar informação recolhida, discutir e negociar objetivos comuns, nomeadamente, o planeamento da alta, numa lógica de complementaridade.

As passagens de turno de enfermagem são momentos, em que a equipa tem oportunidade de discutir as situações mais complexas, sendo também neste momento que os outros enfermeiros pedem a colaboração do EEER. No contexto específico deste serviço de

internamento, a colaboração do EEER era pedida, mais frequentemente, para realizar o teste de rastreio da disfagia. Dado que o EEER só estava presente no turno da manhã, existia já uma necessidade e identificada pelas EEER do serviço nesta área e quando iniciei o estágio estavam já em fase final de elaboração, de uma instrução de trabalho e fluxograma da aplicação do teste de GUSS, que serviria como um guia orientador para os enfermeiros de cuidados gerais nos outros turnos.

Ainda no domínio da gestão de cuidados, pedi para, num dos turnos de estágio, ficar com a enfermeira coordenadora da UCC para perceber a dinâmica do seu trabalho, nomeadamente, como negociava os recursos adequados à prestação de cuidados e os otimizava às necessidades de cuidados. Pude perceber que a contratualização dos cuidados de saúde primários é feita através de um Plano de Ação da Unidade Funcional. Estes planos devem ser considerados como planos de melhoria dirigidos a áreas específicas do desempenho das equipas, por sua vez, a “avaliação é operacionalizada por uma matriz multidimensional da atividade, tendo como referência o índice de desempenho global que se pretende alcançar e melhorar continuamente” (ACSS,2020, p.8). Esta matriz multidimensional engloba áreas de desempenho assistencial como: acesso, gestão da saúde, gestão da doença a intervenção comunitária. Este modelo representa um compromisso social a favor do cidadão, das famílias e comunidades, centrado na busca de resultados em saúde, nas boas práticas assistenciais e a gestão dos recursos em saúde (ACSS, 2020). O plano de ação é estabelecido através da carta de compromisso entre a unidade funcional e o ACES, onde se estabelecem os recursos disponíveis, os resultados relativos aos índices de desempenho que se pretende atingir, o plano de ação com enfoque na melhoria e o plano de formação.

É através deste planeamento que é possível negociar os recursos adequados à prestação de cuidados, sendo que nessa adequação o enfermeiro gestor tem um papel na garantia da qualidade e das melhores práticas baseadas na evidência para obter ganhos em saúde (Santos, 2021).

A avaliação do desempenho das UCC é obtida pelo índice de desempenho global e índice de Desempenho Sectorial, sendo que existem indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação como: a proporção de utentes com melhorias funcionais, a proporção de utentes com asma/doença pulmonar crónica obstrutiva com intervenção da UCC, a proporção de utentes com melhoria no autocuidado e a proporção de utentes com alta da ECCL com objetivos atingidos (Oliveira, Couto e Silva,2021).

Tive ainda oportunidade de planificar as visitas domiciliárias do dia seguinte com a enfermeira-orientadora, tarefa para a qual era necessário ter em conta vários aspetos, nomeadamente o transporte e gerir o número de carrinhas e motoristas, o número de enfermeiros, a distribuição geográfica e por último, mas não menos importante, as

preferências dos utentes. A ECCI apresentava uma boa dinâmica, raramente com lista de espera para ingressar, sendo que em dezembro verificou-se uma maior lista de espera. Muitas vezes, dado o número de utentes da ECCI (40) e sendo que muitos necessitavam de intervenção de EEER, existia necessidade de reorganizar o número de visitas semanais.

No âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, para além das atividades já referidas anteriormente, procurei realizei várias pesquisas para suportar as minhas intervenções em bases de dados nomeadamente *CINHAL* e *Medline*, em repositórios científicos, em revistas, livros da especialidade e guias orientadores de boa prática. Procurei também sempre partilhar e discutir estes resultados da pesquisa com os enfermeiros das equipas.

CAPÍTULO IV: COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Em relação à intervenção do EEER no domínio das suas competências específicas, defini como objetivos: avaliar alterações funcionais a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e da sexualidade e implementar planos de cuidados de enfermagem de reabilitação; desenvolver ações que capacitem a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; desenvolver atividades que permitam maximizar a capacidade funcional da pessoa. A definição destes objetivos foi norteadada pelas três unidades de competências específicas do EEER: “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento nº 392/2019, p. 13566). Neste capítulo e no seguinte, optei por colocar entre parêntesis ao longo do texto, quais as unidades de competência, que considere estarem a ser desenvolvidas, na descrição e análise das atividades.

No âmbito da unidade de competência J1, o seu enunciado descritivo, descreve que o EEER “identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação “(Regulamento nº 392/2019, p. 13566) e assim “avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades “(J.1.1). No sentido do desenvolvimento desta competência tendo por base o processo de enfermagem, foram realizadas avaliações iniciais dos utentes nos dois campos de estágio, utilizando não só os instrumentos disponíveis em cada serviço. No primeiro campo de estágio, existia um documento “Avaliação Inicial de Enfermagem – ECCI” onde para além da anamnese, se registava alguma informação relativamente ao padrão de algumas funções como a alimentação e eliminação, a utilização de algum produto de apoio, se já tinha algum serviço de apoio domiciliário de instituição ou particular e era realizada a avaliação através de alguns instrumentos, como a Escala de Morse, Índice de Barthel, Escala de Braden, Índice de Lawton e Brody, Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA-SF) e a Escala de Força Muscular da Medical Research Council (MRC) preenchida pelos EEER.

No serviço de internamento, existia um guia para orientar a avaliação da pessoa com AVC onde constava a avaliação do estado de consciência, avaliação do estado mental ou cognição, avaliação dos pares cranianos, motricidade, sensibilidade, equilíbrio e marcha e avaliação da deglutição (teste de GUSS). No sistema informático eram utilizados instrumentos

como Índice de Barthel, escala de Braden, escala Morse modificada, escala de coma de Glasgow, escala de Berg (parcial) e escala de força muscular da MRC.

De acordo com Hayes e Phipps (2011) a avaliação completa é essencial para uma intervenção adequada, sendo fundamental a integração da condição de saúde da pessoa, com o desempenho funcional e como nível de apoio social, permitindo conhecer a pessoa no seu todo. Esta avaliação deverá ser realizada através de medidas válidas e fidedignas e para isso recorri ao documento “Instrumentos de colheita de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação” elaborado pela MCEER em 2016. Este documento reúne um conjunto de instrumentos de avaliação de suporte ao exercício profissional do EEER, baseado nos padrões de qualidade dos cuidados de EEER e nas suas competências específicas, que permite uniformizar a documentação dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Assim, nas minhas avaliações, para além dos instrumentos acima enumerados, utilizei ainda com base neste documento, a Escala de Berg completa, a Medida de Independência Funcional (MIF), para avaliar o grau de capacidade/incapacidade funcional; as Categorias Funcionais da Marcha (Functional Ambulation Categories), para avaliar o suporte físico necessário na marcha; e a International consultation on incontinence questionnaire – short form (ICIQ-SF) para avaliar o impacto da incontinência na qualidade de vida e quantificar e qualificar a perda urinária. Recorri, ainda a outros documentos, como “A avaliação geriátrica” do Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, onde para avaliação do estado cognitivo é indicado o, Mini-Mental State Examination de Folstein, que foi utilizado no estudo de caso realizado na UCC, não foi aplicado no estudo de caso realizado no serviço de internamento dado que pela hemiparesia direita, a utente não conseguia escrever, nem desenhar, invalidando a possibilidade de realizar algumas questões do teste. No entanto, tive oportunidade de o aplicar noutras avaliações.

Esta informação recolhida permite definir as principais necessidades e em conjunto com a pessoa e família, hierarquizar as principais prioridades no planeamento da intervenção, como no caso da D. R. M. cuja situação é explanada no primeiro estudo de caso, realizado em contexto de ECCI. Este estudo de caso fica disponível no Apêndice 5, numa lógica de representatividade dos estudos de caso realizados.

A história de saúde atual da D. R.M. decorria de uma fratura intertrocantérica à direita, na sequência de uma queda. Foi realizada uma avaliação inicial subjetiva, recolhendo dados sobre a execução das AVD e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), identificando se tinha algum produto de apoio e o motivo da sua utilização. Foram ainda, identificados os antecedentes de saúde, fatores psicossociais, emocionais e culturais que podiam afetar a mobilidade e o autocuidado e obtida a percepção da senhora em relação às suas capacidades

(Hoeman, Lyszner e Alverzo, 2011). Foi também, realizada uma avaliação objetiva, através do exame físico com a avaliação do estado mental, da motricidade, da sensibilidade, do equilíbrio, da marcha e funcionalidade, através da aplicação dos instrumentos e escalas de avaliação atrás descritos. Utilizando a entrevista e a observação, foram também avaliados os padrões referentes a algumas funções como a alimentação, manutenção da integridade cutânea e eliminação.

Desta avaliação, emergiram alguns focos de enfermagem de reabilitação, nomeadamente relacionados com o movimento muscular, autocuidado, equilíbrio, autocontrolo: continência urinária e também alguns diagnósticos relacionados com riscos potenciais e outros relacionados com o potencial para melhorar conhecimentos e capacidades sobre produtos de apoio e técnicas adaptativas.

Estas alterações e diagnósticos de enfermagem de reabilitação foram explanados e discutidos com a D. R.M, partilhando a informação acerca da perceção e avaliação do profissional de saúde, mas também, com o intuito de estabelecer com a senhora a sua perceção acerca das suas necessidades (J1.2; J1.2).

Nesta fase, foi possível perceber que embora a D. R.M. reconhecesse que apresentava alguma dificuldade no autocuidado: higiene e vestuário, a sua principal preocupação estava relacionada com a reeducação funcional motora, especialmente, readquirir marcha autónoma e ser capaz de subir e descer escadas de forma a poder sair de casa, era esse o seu principal objetivo. Assim, a definição de objetivos e hierarquização de prioridades foi realizada em conjunto com a pessoa e adequada ao seu projeto de saúde, sendo que o planeamento da intervenção foi dirigido para as intervenções que conduzissem ao aumento da força muscular, melhoria do equilíbrio, treino de marcha e subir e descer escadas, verificando-se que ao fim de 10 dias após a avaliação inicial, foi possível à D. R.M. sair de casa, descer quatro lances de escada e realizar treino de marcha com canadiana, em piso irregular e posteriormente sair sozinha com o marido (J1.3; J1.4). Esta saída é a evidência de um indicador de processo e resultado, à luz da teoria das transições, indicador de processo, relacionado com o sentir-se confiante e um indicador de resultado, pela demonstração das habilidades para gerir esta saída.

De acordo com Gracey e McMillan (2021), a abordagem centrada na pessoa é a chave da reabilitação, pois é fundamental estabelecer com a pessoa a perceção das suas necessidades, evoluindo de uma abordagem paternalista, para uma abordagem centrada na pessoa e com ênfase no empowerment, parceria, respeito e informação. Na mesma linha de pensamento, a satisfação do cliente é um dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, sendo que o respeito pela autonomia e a discussão e análise

do processo de cuidados com a pessoa e pessoas significativas, são alguns dos seus enunciados descritivos (Regulamento nº 350/2015).

No contexto de ECCI, dado que a presença do EEER não é permanente, pode perceber que a parceria e a capacitação assumem um papel preponderante na intervenção. De acordo com Reis e Bule (2016), o processo de capacitação é um processo que envolve conhecimento, decisão e ação. Assim, neste processo o EEER deve utilizar a informação e o conhecimento, no âmbito da educação para a saúde, para empoderar a pessoa/família na tomada de decisão, maximizando a sua autonomia e assim poder desenvolver habilidades e capacidades que a possam tornar mais independente nas suas atividades (Sousa, Martins e Novo, 2020). Neste âmbito, o EEER capacita a pessoa/família para lidar com a transição em que se encontra, não só a nível dos saberes instrumentais, mas também no desenvolvimento de competências para “acessar, descodificar, manejar e, se necessário, criticar informações conhecimentos sobre a sua saúde e meio ambiente” (Lopes e Tocantis, 2012, p. 243).

No âmbito da capacitação da pessoa para lidar com o processo de transição saúde-doença, com implicações na funcionalidade, tive oportunidade de desenvolver ensinamentos e treinos de atividades de vida diária, nomeadamente, com a utilização de produtos de apoio. Na comunidade a prescrição, ensino e treino da utilização de produtos de apoio toma uma parte importante da intervenção do EEER, pois estes são facilitadores dos obstáculos relacionados com os fatores ambientais, nomeadamente, as barreiras arquitetónicas e também assumem um papel importante na promoção de um ambiente seguro e na diminuição de fatores de risco. A par da questão dos produtos de apoio, também a identificação e orientação para a eliminação de barreiras arquitetónicas é fundamental, pois como refere Hesbeen (2003) a reabilitação é a “arte da gestão de obstáculos potencialmente geradores de desvantagem” (p. 52).

Assim, como já referi no capítulo anterior, realizei pesquisa bibliográfica e elaborei uma “Lista de Produtos de Apoio” que pudesse facilitar o aconselhamento dos mesmos. Em várias situações tive oportunidade de prescrever e treinar a utilização dos mesmos, como a utilização de ponteiros de base alargada para o treino de marcha com canadiana em piso irregular (calçada portuguesa) com o intuito de prevenir a queda, o aconselhamento de esponjas de cabo longo, cadeiras e bancos de banho para ao autocuidado higiene, calçadeiras de cabo longo para o autocuidado vestir/despir. Outro aspeto importante foi o ensino acerca do ajuste correto à altura da pessoa, de alguns produtos de apoio como canadianas, andarilho e bengalas.

Neste âmbito, a destacar duas situações, a do Sr. J.P. que foi relatada no capítulo anterior e onde a introdução de um produto de apoio (alteador de sanita), permitiu a independência numa atividade básica de vida diária e a situação do Sr. J.P. Neste caso o

senhor apresentava declínio funcional relacionado com a diminuição da atividade física pelo confinamento, tendo deixado de sair de casa pelo receio de cair e pela diminuição da tolerância ao esforço. A nível da capacidade funcional apresentava um score 84 na MIF, de 75 no Índice de Barthel e 45 na Escala de Morse. Não foi possível realizar outros testes, como o “Time up and go” e o teste de levantar e sentar, o primeiro pela estrutura e disposição de móveis na casa e o segundo porque o Sr. J.P não conseguia levantar-se da cadeira sem utilizar o apoio de braços. Reportando, ainda, ao âmbito do treino da utilização de produtos de apoio, este era um senhor que tinha uma casa de banho, na qual por iniciativa das filhas já tinham sido realizadas remodelações, com um pavimento plano e sem altura para entrar na zona do banho e tinham adquirido uma cadeira de banho, no entanto por medo de entrar nesta zona e cair, o Sr. J.P. estava a realizar os seus cuidados de higiene, apenas de forma parcial, utilizando uma bacia. Após a sugestão de uma esponja de cabo longo, de um tapete antiderrapante, da negociação da disposição da cadeira de banho e do treino para entrar e sair desta zona, o senhor conseguiu readquirir a independência nesta atividade de vida diária. O resultado da intervenção traduz-se objetivamente no aumento do score da Escala de MIF e índice de Barthel para 87 e 80, respetivamente. Este resultado traduz-se, também, na sensação de bem-estar do senhor e na promoção do autocuidado (J2.1; J2.2).

No âmbito da intolerância à atividade, foram ensinadas e treinadas estratégias de conservação de energia, exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática e exercícios de resistência (força) através de mobilizações ativas e ativas-resistidas dos membros superiores e inferiores, foi ainda introduzido o treino aeróbio através da utilização de ciclo ergómetro (Couto, Silva, Mar e Gomes, 2021), monitorizando-se o esforço através da Escala de Borg Modificada – avaliação da perceção subjetiva de esforço e da frequência cardíaca de treino, obtida pela fórmula de Karnovan (Cordeiro e MENOITA, 2012) (J3.1; J3.2).

No contexto do estágio em vertente hospitalar, tive oportunidade de acompanhar o Sr.M.A., cujo motivo de internamento era AVC isquémico no território da artéria cerebral média direita, com quadro de plegia do membro superior esquerdo, parésia do membro inferior, hemihipostesia esquerda e parésia facial central esquerda. Com antecedentes de um AVC anterior com sequela de afasia, polineuropatia axonal e carcinoma pavimento celular do pulmão esquerdo. Na primeira abordagem a 12/01, apresentava taquipneia (23 cpm), diminuição da expansão pulmonar à esquerda, à percussão apresentava macicez à esquerda, secreções purulentas e à auscultação verificava-se ausência de murmúrio vesicular à esquerda e ferveores sub-crepitantes e roncos no lobo inferior e médio direito, com necessidade de oxigenoterapia a 3 litros/min, com saturações periféricas de oxigénio de 92%. Na radiografia do tórax apresentava derrame pleural e atelectasia à esquerda. O Sr.M.A. encontrava-se sonolento, embora despertável ao estímulo, não respondia corretamente a

questões, nem cumpria ordens simples. Dado que o não está indicada a reeducação funcional respiratória no derrame pleural neoplásico não foram implementadas intervenções neste âmbito. Assim, implementaram-se métodos de limpeza das vias aéreas, de forma a facilitar a eliminação das secreções brônquicas, através da aplicação de manobras acessórias no hemitórax direito: percussão, vibração e compressão, drenagem postural modificada e aspiração de secreções, dado que o senhor não colaborava no ensino da tosse (Heitor, Canteiro, Ferreira, 2017 e Cordeiro e Menoita, 2012). Verificou-se melhoria na auscultação e possibilidade de reduzir o aporte suplementar de oxigénio.

Em contexto de ECCI, acompanhei o Sr. A.D. que tinha sido referenciado para a equipa na sequência de queda com fratura do úmero direito. Na primeira avaliação objetivou-se dependência grave nas atividades de vida diária com score de 55 no índice de Barthel, elevado risco de queda (Morse score 90 e Escala de Berg score 12). Tinha antecedentes de neoplasia do pulmão, mieloma múltiplo, síndrome da apneia obstrutiva do sono e doença de Parkinson. A sua esposa era a sua cuidadora informal, já há vários anos. Apresentava sempre um fâcies triste e aspeto cansado nas visitas domiciliárias, verbalizando por vezes que “ele não me deixa descansar”, sabe-se que a prestação de cuidados a um familiar dependente está associada à diminuição da qualidade de vida, estando associada a repercussões físicas, psicológicas e sociais, sendo que estes fatores podem comprometer a continuidade de cuidados pelo cuidador informal, pela ausência de recursos para enfrentar este processo, conduzindo em muitas situações à institucionalização da pessoa dependente de cuidados (Sequeira, 2013 e Teixeira, Alves e Augusto, 2017).

Nesta situação, de forma a garantir a continuidade de cuidados ao senhor A.D. e tendo uma abordagem centrada na família, foi prioritário intervir junto desta cuidadora informal, prevenindo uma potencial insuficiência de papel. Reconhecer as necessidades e os efeitos da sobrecarga no cuidador torna-se imperativo, para isso foi aplicado o índice de avaliação das dificuldades do cuidador informal (CADI), disponível no serviço, revelando a D. P. maior perturbação nas dimensões dos problemas relacionais, restrições sociais e exigências do cuidar. Manifestava tristeza por receber pouco apoio do filho “passa semanas sem me ligar”, por não poder manter as relações sociais com as amigas “ir beber um cafezinho”, por não ter tempo para ir às compras e arranjar-se “ando sempre com este trapos” e também por referir que o Sr. A.D. era muito exigente com ela, exigia que horários rigorosos nas refeições, exigia que dormisse no mesmo quarto, embora “o barulho da máquina não a deixasse dormir”.

Considero que a intervenção junto desta cuidadora informal conduz também ao desenvolvimento de competências específicas do EEER, pois este processo de transição situacional para o papel de cuidador, embora já fosse um processo de vários anos, evidenciava indicadores de processo e de resultado que não demonstravam que este

processo de transição estava a decorrer de forma saudável, existindo limitação da participação social desta cuidadora informal, bem como potenciais riscos para o senhor A.D., como a institucionalização. Deste modo, foi fundamental esta identificação de dificuldades para se poder intervir de forma a encontrar formas de suporte e para cuidar de si, como a referenciação para a psicóloga da equipa e encontrar estratégias com a família (neta) para que pudesse ficar algum tempo com o avô, ao fim-de-semana e assim permitisse que a D. P. pudesse ter algum tempo para si. Em termos de suporte formal, para além do acompanhamento da ECCI, tinham também apoio de SAD, duas vezes por semana, para os cuidados de higiene e encontrou-se também como estratégia, aproveitar estes momentos em que o esposo estava acompanhado para poder ausentar-se de casa. Foi ainda promovido o acesso à informação, nomeadamente, acerca da possibilidade de referenciação para a RNCCI para descanso do cuidador.

CAPÍTULO V: COMPETÊNCIAS RELACIONADAS COM O PROJETO DE APRENDIZAGEM

No que concerne ao desenvolvimento de competências relacionadas com o projeto de aprendizagem pessoal, defini como objetivos específicos, desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com AVC e desenvolver competências, no domínio da capacitação dos cuidadores informais da pessoa com AVC. Estas competências aqui desenvolvidas, são transversais ao desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER enunciadas nos capítulos anteriores.

A revisão narrativa da literatura realizada para construir o enquadramento teórico deste projeto, permitiu reunir um conjunto de informações e conhecimentos que fundamentassem as intervenções de EEER junto da pessoa com AVC, na vivência desta transição de saúde-doença, bem como as intervenções junto dos cuidadores informais que experienciavam, simultaneamente, uma transição situacional para o papel de cuidador.

No contexto hospitalar, dada a tipologia do serviço, foi amplamente possível desenvolver competências de EEER na prestação de cuidados à pessoa com AVC. A pessoa que sofre AVC experiencia uma transição de saúde-doença, abrupta e inesperada, que gera desequilíbrio no seu bem-estar, provocando não só danos nas funções e estruturas do corpo e na sua funcionalidade, como também na dinâmica e papéis familiares. No âmbito da unidade de competência J1.1 “Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades”, foi possível desenvolver avaliação da pessoa com AVC através do exame neurológico, mas também e numa ótica mais abrangente colher dados acerca dos recursos individuais e da comunidade (com quem vive, onde vive, se é trabalhador ativo, condições habitacionais, etc) no sentido de conseguir identificar possíveis necessidades e mobilizar os recursos existentes.

De acordo com Menoita et al. (2012), de forma a individualizar os cuidados é fundamental a avaliação do estado clínico e exame físico da pessoa, sendo o exame neurológico uma ferramenta para avaliar as alterações ou potenciais alterações da pessoa com AVC. De acordo com estes autores o exame neurológico deve incluir a avaliação do estado mental, pares cranianos, motricidade, sensibilidade, equilíbrio e marcha. A realização deste exame era sempre realizada pela EEER na primeira abordagem à pessoa de forma a avaliar as alterações e em sessões subsequentes para reavaliação, sendo fundamental para identificar necessidades e possíveis complicações. No entanto, era necessária uma avaliação mais abrangente, nomeadamente, para identificar fatores psicossociais que podem influenciar o processo de transição e também inibidores e facilitadores da realização das atividades de

vida diária no contexto de vida da pessoa, procurando começar o mais precocemente possível o planeamento da alta, tendo em conta o curto período dos internamentos.

Esta avaliação era sempre documentada e concebido um plano de intervenção específico para cada situação, de acordo com os diagnósticos de enfermagem de reabilitação. Plano este que era reavaliado de forma a determinar os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

De acordo com Knecht, Hesse e Oster (2011) as funções perdidas podem ser compensadas ou reaprendidas devido a complexidade e plasticidade do cérebro humano e, estes autores, descrevem benefícios na recuperação pelo treino inicial de funções simples e suportadas e avançando para intervenções sensoriomotoras mais complexas. Hoeman et al, (2011) referem que “se retoma o controlo voluntário a partir do reflexo, os movimentos finos a partir dos grosseiros, os movimentos voluntários a partir do tónus e controlo distal a partir do proximal” (p226-227)

A primeira abordagem era quase sempre feita ainda no leito e até que a pessoa tivesse indicação médica para levantar após realizar todos os exames complementares de diagnóstico, nomeadamente, Angio-TAC. De acordo com as alterações identificadas e também de forma a prevenir complicações, eram implementados exercícios de reeducação sensoriomotora tais como: mobilizações passivas ou ativas, facilitação cruzada, posicionamento em padrão anti-espástico e exercícios terapêuticos no leito, como rolar, ponte, rotação controlada da coxo-femural e carga no cotovelo. Caso a pessoa apresentasse alteração da sensibilidade tátil (hipostesia ou anestesia) era utilizada bola com textura para estimular a recuperação da mesma. Sempre que possível, e a função cognitiva da pessoa permitisse, eram também ensinadas e treinadas as auto-mobilizações. A realização destes exercícios foi sempre explicada à pessoa, as mobilizações foram realizadas de forma lenta e solicitando à pessoa para visualizar e pensar no movimento para formação do engrama motor, dado que de acordo com Winstein et al. (2016), a imaginação pode ser útil com adjuvante nos exercícios de membros superiores.

Assim que era possível iniciar levantar, eram implementados treinos de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada, levantar e treino de transferências. Na posição de sentado é também adequado o posicionamento antiespástico, o apoio dos membros inferiores no chão de forma a estimular a propriocepção e estímulo da realização das automobilizações. A colocação de uma superfície de trabalho transparente, de forma a manter uma postura correta e estimular a reintegração do hemicorpo afetado, também seria uma opção, no entanto não estava disponível no serviço.

Readquirir a capacidade de marcha é um dos objetivos principais de quase todas as pessoas que sofreram AVC, dado que a capacidade de andar é tida como sinónimo de independência e favorece a realização autónoma nas atividades de vida diárias e por outro lado a perda do andar torna a pessoa mais vulnerável. Marques-Vieira, Sousa, Carias e Caldeira (2015) referem que a redução da capacidade de andar, limita as oportunidades de participação na sociedade e também nas atividades de autocuidado.

Assim, antes de ensinar o treino de marcha, foi necessária a preparação para voltar a andar recorrendo às intervenções acima descritas que permitem manter a amplitude dos movimentos articulares, aumentar a força muscular e o controlo postural e também ao treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática. Em algumas situações para preparar a posição ortostática foi utilizada a mesa de verticalização (standing frame) e os treinos de equilíbrio recorrendo ao fundo da cama.

Winstein et al (2016) referem que é razoável a incorporação de exercícios cardiovasculares e de fortalecimento muscular para melhorar a mobilidade e recuperar a marcha na pessoa com AVC, deste modo, frequentemente foi utilizado o cicloergómetro.

Ao iniciar o treino de marcha é fundamental definir metas realistas com a pessoa, definir o percurso, os pontos de descanso e garantir a segurança do ambiente, prevenindo complicações como a queda. Uma estratégia a implementar passa pelo ensino e treino da utilização de auxiliares de marcha (Marques-Vieira e Caldas, 2017).

Como já foi referido acima, a alteração da mobilidade pode comprometer o desempenho nas atividades de vida diárias, assim para além da preocupação com a locomoção, devem ser implementados treino de outras atividades de vida de forma a aumentar a independência na realização das mesmas. De acordo com Hoeman et al, (2011) “a repetição, a prática e as demonstrações ajudam na aprendizagem” (p. 244), o treino específico de uma tarefa como a higiene pessoal em combinação com outras estratégias como a terapia de restrição e indução do movimento demonstram bons resultados (Winstein et al. 2016). Assim foram realizados treinos de AVD’s, recorrendo por um lado às estratégias acima descritas, estimulando a pessoa a treinar o membro afetado em tarefas específicas como no treino da higiene pessoal, alimentação e vestir/despir e noutras situações recorrendo a estratégias adaptativas e a produtos de apoio. Algumas estratégias e produtos de apoio utilizadas foram para o vestir/despir, instruir e treinar a pessoa vestir primeiro o lado afetado e despir este em último, técnica para vestir camisola e calças, na alimentação a utilização de talheres com cabo engrossado e, embora não existissem pratos com material antiderrapante, tentar dispor o tabuleiro de forma a impedir o movimento do prato.

Ainda em relação à mobilidade, mas em relação com a motricidade facial, manifestando-se mais frequentemente pela paralisia facial central. As paralisias faciais têm impacto na mímica facial, alterando a comunicação não verbal e a imagem da pessoa, sendo que a questão estética pode potencializar o isolamento social. Foram implementados exercícios de reeducação da musculatura facial (unir as sobrancelhas, enrugando a testa, elevar as sobrancelhas, fechar os olhos abruptamente, sorrir, mostrar os dentes, assobiar, encher a boca de ar e depressão do lábio inferior) (Menoita et. al, 2012). Estes exercícios eram muitas vezes implementados antes da pessoa iniciar levantar, recorrendo à utilização de um espelho pequeno. Uma dificuldade que surgiu para a realização destes exercícios, foi a utilização de máscara, dado que embora existisse no serviço um folheto onde se encontravam descritos os vários exercícios, muitas vezes era mais fácil ensinar e treinar a pessoa com recurso à exemplificação. Em alternativa recorri à visualização de vídeos no telemóvel.

No âmbito das alterações cognitivas, particularmente no caso das alterações de linguagem, destaco o caso do Sr. F.A. de 57 anos, com diagnóstico de AVC isquémico da artéria cerebral média esquerda e que apresentava afasia global. Das avaliações realizadas evidenciava-se diminuição da força no membro superior direito (grau 4 de acordo com a escala de MRC), hemianopsia homónima direita, parésia facial central direita, com capacidade de marcha mantida e com índice de Barthel com score de 90. Esta foi uma situação que destaco, pois, as alterações a nível motor eram menores, no entanto, as alterações a nível sensorial e cognitivo limitavam as suas atividades, participação e exercício de cidadania, pois os distúrbios da comunicação traduzem-se numa maior dificuldade de integração profissional, familiar e social. O Sr F.A. não era capaz de emitir discurso e parecia compreender apenas algumas palavras ou indicações simples como “sente-se para comer”. Não conseguia ler, nem escrever, mas posteriormente conseguiu-se apurar junto da irmã que o senhor era analfabeto. Durante toda a duração do estágio, as visitas de familiares ao serviço, estiveram canceladas o que condicionou muitas vezes a colheita de dados e especialmente o envolvimento da família nos cuidados, sendo estas informações obtidas por telefone.

Este caso, foi particularmente relevante, pela importância do desenvolvimento contínuo das capacidades de comunicação e relação interpessoal, com necessidade da realização de pesquisa acerca de estratégias de comunicação não verbal e comunicação alternativa e aumentativa. McGilton, Sorin-Peters e Rochon (2018) demonstram num estudo que a introdução de planos de cuidados de comunicação centrados na pessoa, influenciam a satisfação e qualidade de vida da pessoa. Estes planos permitem a utilização das mesmas estratégias e princípios pela equipa, sendo os planos de cuidados de comunicação devem incluir: como é que a pessoa comunica, quais as estratégias que são utilizadas para comunicar com a pessoa, interesses ou características da pessoa que podem facilitar a comunicação e o significado de alguns comportamentos (McGilton et al, 2018).

No contexto do estágio, não foi realizado este plano de cuidados de comunicação centrado na pessoa de forma escrita, mas foram sendo transmitidas estas informações com a equipa de enfermagem, assistentes operacionais e fisioterapia, nomeadamente, que o senhor percebia indicações e perguntas simples e exemplificadas e que era necessário falar pausadamente e de frente para o utente. Foram também partilhados os ganhos e as estratégias utilizadas. Uma das estratégias de comunicação aumentativa e alternativa utilizada foi a utilização de tabelas de imagens (José, 2021) e também o encorajamento e incentivo ao recurso de frases simples como “olá” e “bom dia”. No final de 9 dias de intervenção o Sr. F.A. conseguia verbalizar “olá”, “bom dia” e “xau” com evidente satisfação, o que para mim foi uma das maiores conquistas no estágio.

A disfagia é comum após o AVC, afetando entre 42 a 67% das pessoas nos 3 primeiros dias. Destes cerca de metade aspira e um terço desenvolve pneumonia de aspiração. A aspiração pode ser “silenciosa”, pelo que a avaliação da deglutição é fundamental para que se possam prevenir consequências adversas. Para além da pneumonia, a disfagia pode ter como consequências a perda de peso, desnutrição e desidratação (Winstein et al, 2016). A avaliação e reeducação da função da deglutição foram intervenções também bastante desenvolvidas.

No caso da D. M.L. uma senhora de 64 anos, que sofreu um AVC no território da artéria cerebral média esquerda, tinha antecedentes pessoas de saúde de hipertensão arterial, dislipidemia e hábitos tabágicos já cessados. Na primeira avaliação, apresentava-se consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa, era capaz de executar indicações simples e complexas, plegia do membro superior direito (força 0) e parésia do membro inferior direito (força grau 2), sem espasticidade, Índice de Barthel (30), MIF (29), Escala de Morse (25), alimentação através de sonda nasogástrica, parésia facial central à direita e disartria.

Foi realizada a avaliação da função da deglutição sob a orientação da enfermeira orientadora, no serviço estava implementado o teste de GUSS, no entanto a avaliação preliminar era mais exaustiva do que a enunciada neste teste, incluindo a avaliação do estado mental e das funções cognitivas, a capacidade de cumprir indicações, o padrão respiratório com oximetria, o controlo da cabeça na posição de sentado, a capacidade de fazer apneia voluntária, a eficácia da tosse e a observação da deglutição da saliva, bem como a avaliação dos pares cranianos com envolvimento na deglutição V, VII, IX, X e XII (Braga, 2017).

Após esta avaliação preliminar, avançou-se para o teste de deglutição direto, utilizando água destilada, espessante e uma colher de metal, começando por se testar a consistência de pudim, mantendo a avaliação da oximetria e auscultação cervical, não se observando sinais de disfagia e pontuando 5 pontos de acordo com este teste, prosseguiu-se para a consistência líquida, verificando-se que com pequenas quantidades até 10 ml não se

observavam sinais de aspiração, mas que ao ingerir 20 ml de água destilada apresentava, tosse e pigarreio, pelo que não se avançou para o teste de sólidos. Verificou-se segurança na administração de líquidos em consistência de mel. Optou-se por manter ainda a entubação nasogástrica e iniciar exercícios de reeducação da deglutição (exercícios de amplitude e fortalecimento muscular dos lábios, língua, mandíbula, laringe e bochechas e técnicas posturais como a flexão cervical). O treino de deglutição foi realizado com a supervisão de estudante de EEER ou EEER, utilizou-se dieta em consistência pastosa e líquidos em consistência mel, sendo que ao fim de 3 dias foi retirada a sonda nasogástrica. A par deste treino, foi realizado treino da atividade de vida alimentação, utilizando o membro superior esquerdo.

No âmbito do objetivo específico desenvolver competências, no domínio da capacitação dos cuidadores informais da pessoa com AVC, tendo em vista a facilitação deste processo de transição situacional, recorri à conceptualização do processo de enfermagem tendo por base a Teoria das transições de Meleis (2010), fundamentado pela revisão narrativa da literatura realizada que me permitiu identificar as necessidades e dificuldades dos cuidadores informais durante este processo, bem como as intervenções que podem ser facilitadoras.

De acordo esta teoria, deve ser realizada uma avaliação abrangente de cada processo de transição em particular, dada a sua singularidade, identificando o tipo, padrão e as propriedades que são únicas para cada pessoa e cada processo, bem como identificar quais são as condições de transição, isto é, quais são os fatores pessoais, da comunidade e sociedade que possam atuar como facilitadores ou inibidores. As terapêuticas de enfermagem, enunciadas nesta teoria são a avaliação da prontidão, a preparação para a transição e a suplementação de papel. Em consonância com estas terapêuticas, encontra-se o modelo desenvolvido por Lutz et al, (2017) tendo em vista facilitar este processo de transição, este modelo foi norteador da minha estratégia de avaliação e intervenção.

Por força da pandemia, as visitas estiveram canceladas, durante toda a duração do estágio em contexto hospitalar. Esta questão levantou dificuldades na avaliação das propriedades e condições de transição, bem como na preparação e envolvimento dos cuidadores. Shyu (2000) descreve 3 fases no processo de transição dos cuidadores do hospital para o domicílio, sendo que a primeira é fase de envolvimento (role engaging) que ocorre ainda durante a hospitalização e ajuda a preparar o início do papel de cuidador. Neste contexto, esta fase encontra-se severamente prejudicada, sendo o contacto reduzido ao contacto telefónico. No âmbito das propriedades da transição a consciencialização, o compromisso, o confrontar-se com as mudanças, bem como o intervalo de tempo para se adaptar estão comprometidos. A falta de envolvimento, a falta de resposta a algumas

questões e a ausência de treino são fatores inibidores do processo de transição (Chen et al. 2021). Assim, verifiquei que na maioria dos casos existia necessidade de se realizar referência para unidades de internamento da RNCCI, particularmente, unidade de média duração e reabilitação (UMDR) e existiram poucas altas para domicílio, sendo que nesses casos já existia algum nível de dependência prévio e experiência do cuidador. Não obstante, o principal motivo da referência para a RNCCI era a continuidade de cuidados de reabilitação.

Neste contexto, na procura de estratégias alternativas ao contacto presencial, a minha primeira sugestão foi a utilização das tecnologias de comunicação, nomeadamente, a videoconferência, no entanto, senti necessidade de realizar pesquisa bibliográfica que fundamentasse esta alternativa. Assim, como referido no enquadramento teórico, White et al, (2015) referem a necessidade de uma mudança de paradigma na interação com os cuidadores de pessoas com AVC e identificam o uso da tecnologia (internet ou aplicações para telemóvel) como uma forma de dar suporte aos cuidadores com maior frequência, brevidade e por um período mais alargado de tempo.

Chi e Demiris (2015) realizaram uma revisão da literatura, incluindo estudos com intervenções em tele-saúde, com foco em ganhos em saúde para os cuidadores, 95% dos estudos demonstraram melhorias, nomeadamente em termos de ansiedade, depressão sobrecarga, isolamento, maior satisfação, confiança e qualidade de vida. A tecnologia mais utilizada foi a videoconferência, facilitando a comunicação com os prestadores de cuidados. Estes autores referem que o uso da tecnologia pode melhorar a experiência de cuidador e facilitar a tomada de decisão.

Carretero, Stewart e Centeno (2015) num estudo realizado com o objetivo de explorar os benefícios das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para cuidadores informais e formais de idosos residentes na comunidade, analisaram 12 iniciativas na União Europeia, Estados Unidos da América e da sua análise evidenciam que as TIC podem melhorar a qualidade de vida dos idosos e cuidadores, melhorando também a qualidade dos cuidados de longa duração. Para além disso referem que as TIC permitem aos cuidadores informais manter uma melhor relação entre o cuidado e o trabalho e permitem também atrasar a institucionalização e os re-internamentos hospitalares.

Por outro lado, Aldehaim, Alotaibi, Uphold e Dang (2016) numa revisão da literatura acerca do impacto do uso da tecnologia nos resultados com cuidadores especificamente de sobreviventes de AVC identificaram apenas 5 estudos, desses apenas 2 demonstraram diminuição dos sintomas relacionados com a depressão, 2 estudos não encontraram diferença ganhos significativos no que diz respeito à diminuição da sobrecarga, resolução de problemas, estado de saúde ou apoio social. No entanto, um estudo demonstrou melhoria na preparação

dos cuidadores e um estudo demonstrou diminuição no número idas à urgência e re-internamentos.

Assim, partilhei estes dados com as enfermeiras-orientadoras, reconhecendo-se a videoconferência como uma alternativa neste período, no entanto não existia equipamento disponível para a realização das mesmas. Foi também pensada a possibilidade de se criarem vídeos onde fossem demonstradas técnicas de autocuidado. No entanto, como esta não foi uma realidade que eu tivesse antecipado quando realizei o projeto de aprendizagem, face à limitação do tempo e equipamento, pela necessidade de reunir pessoas para os vídeos e também pedir autorização ao hospital, não foi possível desenvolver esta estratégia.

No que concerne à capacitação do cuidador, destaco a situação da D. E.T. que se encontra explanada no estudo de caso realizado neste contexto hospitalar. A D. E. de 73 anos, ficou internada com o diagnóstico de AVC hemorrágico esquerdo de etiologia a esclarecer, mas em provável relação com angiopatia amilóide. Na avaliação inicial a D. E. encontrava-se vígil e orientada no tempo, espaço e pessoa. Mantinha a atenção e concentração durante o diálogo. Linguagem sem alteração da fluência, nem da nomeação. Cumpria ordens simples e complexas, sem alteração da memória imediata e a longo prazo, mas com alteração da memória a curto prazo, conseguindo apenas repetir duas das três palavras indicadas. Sem apraxia ou agnosia. Da avaliação dos pares cranianos a destacar quadrantanópsia superior direita, alteração do equilíbrio dinâmico sentada e estático e dinâmico alterado em ortostatismo. Com hemiparesia direita força grau 2 no membro superior e grau 1 no membro inferior (de acordo com a MRC), com tónus muscular alterado no hemicorpo direito, sensibilidade álgica diminuída, em relação à avaliação funcional, inicialmente, com dependência grave (Índice de Barthel score 10 e MIF score 35), com alto risco de desenvolvimento de UPP (Escala de Braden – score 12).

A D. E apresentava alterações a nível do movimento muscular, espasticidade, equilíbrio, défice sensorial e dependência no autocuidado. Face a esta avaliação das necessidades da D.E. e depois do contacto da equipa médica com o esposo que manifestou vontade que a D. E. regressasse a casa, com base no modelo de Lutz et al. (2017), foi estabelecido contacto telefónico com o esposo para avaliar a prontidão do cuidador (caregiver readiness assesement), onde procurei identificar o compromisso ou seja a disposição e proximidade da relação e a capacidade através da avaliação de fatores pré-existentes como problemas de saúde do cuidador, papéis e responsabilidades pré-existentes, se existia experiência prévia como cuidador, a acessibilidade e barreiras arquitetónicas, os recursos existentes a nível formal, informal e financeiro, qual a perceção das implicações a longo prazo e também a capacidade para manter o seu autocuidado.

Após esta avaliação abrangente quer das necessidades da pessoa, como da prontidão do cuidador foi traçado um plano de intervenção com base no objetivo traçado pela pessoa e cuidador informal que era regressar a casa com apoio. A parceria, individualização dos cuidados e envolvimento das pessoas e cuidadores no processo de tomada de decisão, particularmente, a definição de objetivos em comum, são elementos identificados por vários estudos como facilitadores do processo de transição (Lutz et al, 2017; Lin, Xiao e Chamberlain, 2020; Chen et al, 2021 e Lin et al, 2021).

Assim, no plano de intervenção estabelecido foi agendada uma sessão de ensino/treino presencial, com a devida autorização e sob os cuidados necessários, onde estiveram presentes quer o esposo como a filha. Nesta sessão foi possível ensinar/instruir e treinar estratégias relacionadas com as necessidades de autocuidado identificadas para a D. E, demonstrar estratégias para prevenção de complicações e alguns exercícios para a continuidade da reabilitação em casa (auto-mobilizações e posicionamento em padrão anti-espástico). O treino de habilidades para providenciar cuidado à pessoa dependente é também umas das intervenções transversais aos vários estudos, com potencial de aumentar a confiança e qualidade de vida, quer dos cuidadores como das pessoas que recebem cuidados, diminuir a sobrecarga e prevenir complicações e reinternamentos (Lutz et al, 2017; Araújo et al, 2018; Dixe e Querido, 2020; Farahani et al, 2020; Ferreira et al, 2020; Lin et al, 2020; e Lin et al, 2021).

Foram abordadas as questões relacionadas com as barreiras arquitetónicas (1º andar, sem elevador, WC com poliban mas com cerca de 10 cm de altura, largura das portas e espaço de circulação em cadeira) e a utilização de produtos de apoio (cadeira de banho, rampa para subir ao poliban, estratégias para engrossar talheres) (Lutz et al, 2017; Lin et al, 2020 e Lin et al, 2021).

Nesta fase de envolvimento (Shyu, 2000), as necessidades de informação dos cuidadores informais, estão relacionadas com a progressão da doença, prevenção secundária, gestão da medicação e como gerir os sintomas e como atuar em situações de emergência (Cameron, 2008; Farahani, 2020, Lin et al, 2020), pelo que foram também abordadas estas questões na sessão, nomeadamente, informações relacionadas com a dieta, com a vigilância de fatores de risco e sinais e sintomas de novo AVC e como atuar).

Dado que na sessão estavam presentes o esposo e a filha, foi aproveitada esta oportunidade, para analisar a necessidade de conciliar o novo papel com a dinâmica familiar e outros papéis, nomeadamente, através da partilha de tarefas com a filha. Foi também abordada a questão dos encargos financeiros, pela aquisição de produtos de apoio e contratualização de serviços de apoio domiciliário (SAD) e ainda antecipados potenciais

eventos críticos geradores de stress como a saída para consultas dado que o edifício onde residiam não ter elevador (Ferreira et al, 2020 e Farahani et al, 2020).

A ativação dos recursos da comunidade, particularmente, os mais adequados, ajustados e acessíveis a cada díade é um dos fatores facilitadores do processo de transição (Ghazzawi et al, 2016 e Chen et al, 2021), assim é fundamental a colaboração com outros membros da equipa interdisciplinar, como a assistente social. Ainda como fatores facilitadores identificam-se a garantia de continuidade de cuidados a longo prazo, nomeadamente, cuidados de reabilitação e a melhoria da comunicação entre o hospital e a comunidade (Dixe et al, 2019; Chen et al, 2021 e Farahani et al, 2020 e). Deste modo, foi identificada com o esposo a necessidade de garantir apoio de SAD, foi realizada a referenciação para a ECCE e, de acordo com o projeto Transição Segura em vigor no hospital, foi enviado e-mail para a UCC da área de residência dando conta da alta da senhora para domicílio.

Dado que a combinação de informação oral e escrita é benéfica, favorecendo a aprendizagem e a oportunidade de rever os conteúdos (Ferreira et al.,2020 e Chen et al., 2021), foram fornecidos folhetos disponíveis no serviço, referentes aos temas abordados. Aqui, identifiquei que não existia um folheto referente aos cuidados com o posicionamento em padrão anti-espástico e assim elaborei um folheto com o título “A importância do posicionamento após o AVC” (Apêndice VI).

Da discussão e partilha acerca desta temática com as enfermeiras-orientadoras e na área do autocuidado, particularmente sensível aos cuidados de enfermagem de reabilitação, surgiu a necessidade de encontrar um instrumento que pudesse avaliar a preparação do cuidador informal antes da alta, monitorizando os ganhos em saúde e podendo ser utilizado como uma estratégia de melhoria da comunicação com a comunidade para continuidade de cuidados. Assim, para além de pesquisa bibliográfica, foi realizado contato com peritos na área, sendo que foram encontrados 2 instrumentos: o Instrumento de avaliação das capacidades do cuidador informal (Dixe et al, 2019), constituído por 114 itens distribuídos por 9 domínios do cuidar (alimentação, higiene sanitária, cuidados de higiene e conforto, mobilidade, transferências, vestir/despir, tomar medicação, gestão de sintomas e comunicação) e a ECPCID-AVC - Escala de Capacidades do Prestador Informal de Cuidados a Idosos Dependentes por AVC (Araújo, Lage, Cabrita e Teixeira, 2016), este instrumento avalia o desempenho dos cuidadores informais em contexto domiciliário nos autocuidados: dar de comer/beber; alimentar/hidratar por sonda nasogástrica ou sonda de gastrostomia; cuidar da higiene pessoal; usar o sanitário; vestir/despir; transferir e posicionar, por último,) No entanto, não foi possível implementar nenhum destes instrumentos, pois o primeiro foi considerado muito extenso e pouco possível de ser aplicado na prática pelo tempo necessário

para aplicação e o segundo estava apenas validado para contexto comunitário e não para contexto hospitalar.

De forma a sistematizar a informação e deixar uma síntese de apoio à equipa de enfermagem, acerca das necessidades dos cuidadores informais e as intervenções facilitadoras do processo de transição, foi criado um fluxograma da preparação do cuidador informal da pessoa com AVC e um plano de preparação do cuidador informal da pessoa com AVC (Apêndice VII).

CAPÍTULO VI: CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso de aprendizagem que foi exposto ao longo deste relatório buscou demonstrar a forma como foram desenvolvidas as competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, na área das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do EEER em articulação com os descritores de Dublin referentes ao 2º ciclo de formação.

De um modo geral considero que consegui demonstrar o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista nas áreas da responsabilidade, melhoria da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens, bem como o desenvolvimento das competências do EEER no cuidado de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo devida, na capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação e exercício da cidadania e na maximização da funcionalidade da pessoa.

Uma das oportunidades a destacar neste percurso, foram a diversidade de situações em ambos os locais de estágio que me permitiram desenvolver estas competências atuando em várias problemáticas. No contexto comunitário, durante o período de estágio, o número de casos referenciados naquele intervalo temporal, com o diagnóstico de AVC, foi muito reduzido, no entanto, não encarei este fato como uma ameaça, mas sim como uma oportunidade de desenvolver competências do EEER em outras áreas, nomeadamente, na reeducação funcional motora em situações ortopédicas, além disso a enfermeira-orientadora tinha uma vasta experiência nesta área e sua partilha foi muito proveitosa.

Na vertente hospitalar a experiência foi também muito rica, pese embora a área de atuação fosse mais específica, mas pela diversidade de alterações decorrentes de AVC existiu oportunidade de desenvolver competências na reeducação a nível motor, cognitivo, sensorial, da alimentação e da eliminação, bem como na capacitação especialmente pelo treino de AVD's.

Outro aspeto a destacar foi a possibilidade de desenvolver conhecimento na área dos produtos de apoio, conhecendo a legislação aplicável e diversificando os produtos de apoio que conhecia e tendo a oportunidade de treinar a sua utilização, verificando que são fundamentais, enquanto elementos facilitadores e que permitem maximizar a capacidade funcional. Ainda neste contexto, a oportunidade de na prática e especialmente em contexto comunitário, ter um olhar mais abrangente face à importância que os fatores contextuais têm na capacidade e desempenho nas atividades e na participação e em como é muito importante

o conhecimento do EEER acerca da legislação referente à acessibilidade, aos produtos de apoio e também dos apoios formais, por exemplo financeiros, que existem no sistema de proteção social.

A disponibilidade e empenho das enfermeiras orientadoras, foi também uma das condições que considero oportunidades, pois contribuíram pela partilha, pelas oportunidades de aprendizagem e por me auxiliarem no desenvolvimento de capacidades e na tomada de decisão, podendo verificar-se um crescendo de autonomia. Foi também muito gratificante darem-me oportunidade de partilhar as minhas experiências e resultados de pesquisas.

O percurso do estágio foi também profícuo, dado que decorreu em sentido inverso ao que habitualmente é feito pelos utentes (hospital para a comunidade) e na mesma área de abrangência. Este percurso permitiu-me, ter a perspetiva do que era feito na comunidade e assim puder fazer um planeamento da alta mais adequado e contextualizado.

Identifico como fraquezas deste percurso, a área da sexualidade em , que por ser um assunto íntimo e por dificuldade minha em abordar e criar oportunidades para desenvolver intervenções nesta área, penso que poderia ter sido melhor desenvolvida. No âmbito do AVC, sinto que poderia ter explorado e desenvolvido mais a área das alterações cognitivas e comportamentais decorrentes do mesmo, até para melhor preparar os cuidadores, uma vez que na revisão narrativa da literatura evidenciava-se que estas alterações estavam relacionadas com maiores dificuldades e níveis de sobrecarga (Sequeira, 2013). Ainda como fraqueza, o fato de não ter antecipado a possibilidade de, pelo contexto pandémico, o contacto presencial com os cuidadores informais estivesse limitado e não ter planeado atempadamente atividades e estratégias alternativas. As ideias surgiram apenas já no decorrer do estágio e face a todas as exigências foram apenas parcialmente implementadas.

Em relação às forças deste projeto, realço o contributo para evidenciar a importância da capacitação dos cuidadores informais, que no contexto da pandemia ficou mais dificultada pela limitação dos contactos e também porque é necessário criar espaço para a mudança de paradigma nos serviços, pois em muitos casos face aos escassos recursos e à quantidade de trabalho é fácil encarar os cuidadores e familiares como um “fardo” em vez de um recurso. É fundamental reconhecer que os cuidadores informais são uma parte importante no sistema de cuidados a pessoas dependentes (Dix et al, 2019). De facto, o resultado da intervenção com os cuidadores informais pode não ter efeitos imediatos, mas sim a médio/longo prazo com a diminuição do número de readmissões hospitalares e retardando a institucionalização (Araújo et al, 2015). A um nível macro, a capacitação dos cuidadores poderá inverter a tendência da institucionalização, para a preferência por cuidados domiciliários, gerando assim serviços de saúde e de proteção social mais sustentáveis. Uma força deste projeto foi também a partilha e divulgação da evidência científica decorrente da revisão narrativa da literatura e

que foi explanada em materiais de apoio e instrumentos que após serem validados, podem contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e também para a melhor comunicação entre o hospital e a comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS (2019). Monitorização da Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados 2019. 2–52. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Glossario da RNCCI.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Glossario_da_RNCCI.pdf)
- ACSS (2020). Operacionalização da contratualização nos Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/03/ACSS-Operacionalizacao CSP 2021_2020-VFINAL-.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/03/ACSS-Operacionalizacao_CSP_2021_2020-VFINAL-.pdf)
- Aldehaim, A. Y., Alotaibi, F. F., Uphold, C. R., & Dang, S. (2016). The impact of technology-based interventions on informal caregivers of stroke survivors: A systematic review. *Telemedicine and E-Health*, 22(3), 223–231. <https://doi.org/10.1089/tmj.2015.0062>
- Alves, J.; Babo, M. (2021). Enfermagem de Reabilitação à pessoa em cuidados paliativos. In Ribeiro, O. (coords.), *Enfermagem de Reabilitação: conceções e práticas* (pp.281-328). Lisboa: Lidel
- Araújo, O., Lage, I., Cabrita, J., & Teixeira, L. (2015). Intervention in informal caregivers who take care of older people after a stroke (InCARE): Study protocol for a randomised trial. *Journal of Advanced Nursing*, 71(10), 2435–2443. <https://doi.org/10.1111/jan.12697>
- Araújo, O., Lage, I., Cabrita, J., & Teixeira, L. (2016). Development and psychometric properties of ECPICID-AVC to measure informal caregivers' skills when caring for older stroke survivors at home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), 821–829. <https://doi.org/10.1111/scs.12291>
- Araújo, O., Lage, I., Cabrita, J., & Teixeira, L. (2018). Training informal caregivers to care for older people after stroke: A quasi-experimental study. *Journal of Advanced Nursing*, 74(9), 2196–2206. <https://doi.org/10.1111/jan.13714>
- Braga, R. (2017). Avaliação da Função Deglutição. In Marques-Vieira, C. M., Sousa, L. M. (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (p.181-188) Loures: Lusodidacta

- Braga, R. (2017). Reeducação da Deglutição. In Marques-Vieira, C. M., Sousa, L. M. (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (p.263-270) Loures: Lusodidacta
- Cameron, J. I., & Gignac, M. A. 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. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.10.020>
- Carretero, S., Stewart, J., & Centeno, C. (2015). Information and communication technologies for informal carers and paid assistants: benefits from micro-, meso-, and macro-levels. *European Journal of Ageing*, 12(2), 163–173. <https://doi.org/10.1007/s10433-015-0333-4>
- Chen, L., Xiao, L. D., Chamberlain, D., & Newman, P. (2021). Enablers and barriers in hospital-to-home transitional care for stroke survivors and caregivers: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 1–22. <https://doi.org/10.1111/jocn.15807>
- Chi, N.-C., & Demiris, G. (2017). A systematic review of telehealth tools and interventions to support family caregivers. *Physiology & Behavior*, 176(5), 139–148. <https://doi.org/10.1177/1357633X14562734.A>
- Chick, N., Meleis, A., (2010). Transitions: a nursing concern. In Meleis, A. I. (Ed). *Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (p. 24-37). Springer Publishing Company. New York.
- Conselho de Enfermagem. (2009). Rede nacional de cuidados continuados: referencial do enfermeiro. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>
- Cordeiro, M. C. O. & Menoita, E. C. P. C. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória. Conceitos, princípios e técnicas*. Lusociência. Loures.
- Couto, G., Silva, R., Mar, M. & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema cardiorespiratório. In Ribeiro, O. (coords.), *Enfermagem de Reabilitação: conceções e práticas* (pp.234-280). Lisboa: Lidel

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro (2008). Diário da república, série I, nº38, p. 1182-1189. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>

Decreto-lei nº 163/2006 de 8 de Agosto (2006). Diário da República, série I, nº 152, p. 5670 – 5689. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/163/2006/08/08/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei nº 93/2009 de 16 de Abril (2009). Diário da República 1.ª série, nº 74 (1 de Junho de 2016), p. 2275 - 2277. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/93/2009/p/cons/20200331/pt/html>

Despacho nº 7197/2016 de 1 de Junho (2016). Diário da República 2.ª série, nº 105 (16 de Abril de 2009), p. 17168 - 17185. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/7197-2016-74587625>

DGS. (2017). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares.

Dixe, M. D. A. C. R., Da Conceição Teixeira, L. F., Areosa, T. J. T. C. C., Frontini, R. C., De Jesus Almeida Peralta, T., & Querido, A. I. F. (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 19(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1274-0>

Dixe, M. D. A. C. R., & Querido, A. I. F. (2020). Informal caregiver of dependent person in self-care: Burden-related factors. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2020(3), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20013>

Eurocarers. (2021). *Eurocarers country profiles: Portugal*. Acedido a 06/05/2021. Disponível em: <https://eurocarers.org/country-profiles/portugal/>

Farahani, M. A., Bahloli, S., Jamshidiorak, R., & Ghaffari, F. (2020). Investigating the needs of family caregivers of older stroke patients: A longitudinal study in Iran. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01670-0>

Fernandes, O. (2004). *Entre a teoria e a experiência: desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico, no hospital, no curso de licenciatura*. Universidade do Porto. Tese de doutoramento.

- Ferreira, B., Gomes, T., Baixinho, C., Ferreira, O. (2020) Cuidado transicional aos cuidadores de idosos dependentes: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Suppl 3), 1–9. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0394>
- Ferro, J. (2013) Acidentes vasculares cerebrais. In Ferro, J., Pimentel, J. (Coords). *Neurologia fundamental: princípios, diagnóstico e tratamento*. (p.101-112). Segunda Edição. Lisboa: Lidel
- Gatens, C. & Musto, M. (2011). Cognição e comportamento. In Hoeman, S. P. (Ed.). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. Quarta Edição. Loures. Lusodidacta.
- Ghazzawi, A., Kuziemy, C., & O’Sullivan, T. (2016). Using a complex adaptive system lens to understand family caregiving experiences navigating the stroke rehabilitation system Organization, structure and delivery of healthcare. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1795-6>
- Gracey, J., McMillan, A. (2021). Person-centred rehabilitation. In McCormack, B., McCance, T., Bullock, C., Brown, D., McMillan, A., Martin, S. (Ed). *Person-Centred Healthcare Practice*. (p. 179-188). Oxford: WileyBlackwell
- Hayes, M. & Phipps, M., (2011). Avaliação funcional e medidas de resultado. In Hoeman, S. P. (Ed.). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. Quarta Edição. Loures. Lusodidacta.
- Heitor, M., Canteiro, M., Ferreira, J., Olazabal, M., Maia, M. (2017) *Reeducação Funcional Respiratória*. Terceira Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação- criar novos caminhos*. Loures: Lusociências
- Hoeman, s., Liszner, K & Alverzo, J., (2011). Mobilidade funcional nas actividades de vida diária In Hoeman, S. P. (Ed.). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. Quarta Edição. Loures. Lusodidacta.
- Instituto Nacional de Reabilitação. (n.d.). *Sistema de atribuição de produtos de apoio*. Acedido em 01/11/2021, disponível em: <https://www.inr.pt/sistema-de-atribuicao-de-produtos-de-apoio>

- José, H. (2021). Comunicação terapêutica: Skills e estratégias. In Marques-Viera, C., Sousa, L., Baixinho, C. (coords.), *Cuidados de enfermagem à pessoa com doença aguda* (pp.61-74). Sintra: Lusodidacta
- Lei nº 100/2019. (2019). Estatuto do cuidador informal. Assembleia da República. Diário da República. Série I (No 171 de 6 de setembro de 2019). Capítulo I. Anexo do artigo 2o. 3-16. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre>
- Lin, S., Xiao, L. D., & Chamberlain, D. (2020). A nurse-led health coaching intervention for stroke survivors and their family caregivers in hospital to home transition care in Chongqing, China: A study protocol for a randomized controlled trial (Trials (2020) 21 (240) DOI: 10.1186/s13063-020-4156-z). *Trials*, 21(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04609-3>
- Lin, S., Xiao, L. D., & Chamberlain, D., Ullah, S., Wang, Y., Shen, Y., Chen, Z., Wu, M. (2021). A nurse-led health coaching programme to improve hospital-to-home transitional care for stroke survivors: a randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*. 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.020>
- Lopes, R., & Tocantins, F. R. (2012). Promoção da saúde e a educação crítica. *Interface: Communication, Health, Education*, 16(40), 235–246. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000009>
- Landeiro, M. J., Vieira Martins, T., Helena, H., & Peres, C. (2016). Percepção dos enfermeiros sobre dificuldades e necessidades informacionais dos familiares cuidadores de Pessoa dependente. *Artigo Original Texto Contexto Enferm*, 25(1), 1–9
- Lutz, B. J., Young, M. E., Creasy, K. R., Martz, C., Eisenbrandt, L., Brunny, J. N., & Cook, C. (2017). Improving Stroke Caregiver Readiness for Transition from Inpatient Rehabilitation to Home. *Gerontologist*, 57(5), 880–889. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw135>
- Katan, M., & Luft, A. (2018). Global Burden of Stroke Authors. *Seminars in Neurology*, 38, 208–211. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1649503>
- Knecht, S., Hesse, S., & Oster, P. (2011). Rehabilitation after a stroke. *Deutsches Arzteblatt*, 108(36), 600–606. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0600>

- Krieger, T., Feron, F., & Dorant, E. (2017). Developing a complex intervention programme for informal caregivers of stroke survivors: The Caregivers' Guide. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(1), 146–156. <https://doi.org/10.1111/scs.12344>
- Marin, H. D. F. (2010). *Sistemas de informação em saúde: considerações gerais Health information system: general considerations*. 2(1), 20–24. Disponível em <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/4/52>
- Marques-Vieira, M., Sousa, L., Carias, J. & Caldeira, S. (2015). Diagnóstico de enfermagem “deambulação prejudicada” no paciente idoso: revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(1). <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/48602/33321>
- Marques-Vieira, M. & Caldas, A. (2017). A relevância do andar: reabilitar a pessoa com andar comprometido. In Marques-Vieira, C. M., Sousa, L. M. (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (p. 547-557). Loures: Lusodidacta
- McCance, T., McCormack, B. (2021) Person centred practice framework in McCormack, B., McCance, T., Buleu, C., Brown, D., McMillan, A., Martin, S. (Ed). *Person-Centred Healthcare Practice*. (p.23-32) Oxford: WileyBlackwell
- McGilton, K. S., Sorin-Peters, R., Rochon, E., Boscart, V., Fox, M., Chu, C. H., Stewart, S. C., & Sidani, S. (2018). The effects of an interprofessional patient-centered communication intervention for patients with communication disorders. *Applied Nursing Research*, 39(September 2017), 189–194. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.11.017>
- Menoita, E. C., Sousa, L. M., Alvo, I. B. P. & Marques-Vieira, C. M. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC. Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.
- Meleis, A (2010). Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. In Meleis, A. I. (Ed). *Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (p. 13-23.)Springer Publishing Company. New York.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., Schumacher, K. (2010). Experiencing transitions: an emerging middle range theory. In Meleis, A. I. (Ed). *Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (p.52-65). Springer Publishing Company. New York.

- Meleis, A., Trangenstein, P. (2010). Facilitating transitions: redefinition of a nursing mission. In Meleis, A. I. (Ed). *Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (p.65-72). Springer Publishing Company. New York.
- Ministério da Saúde. (2019). Relatório Anual: Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas em 2019.
- Minosso, J. S. M., Souza, L. J. de, & Oliveira, M. A. de C. (2016). Reabilitação Em Cuidados Paliativos. *Texto e Contexto Enfermagem*, 25(3), 1–9.
- Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). Avaliação Geriátrica Global. Disponível em https://www.spmi.pt/wpcontent/uploads/GERMI_36.pdf
- Oliveira, C.; Couto, G.; Silva, R. (2021). Enfermagem de Reabilitação nos cuidados primários In Ribeiro, O. (coords.), *Enfermagem de Reabilitação: conceções e práticas* (pp.281-328). Lisboa: Lidel
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Guia Orientador de Boas Práticas. Cadernos da OE. Série 1. Número 7. 1-78.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). Áreas investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação .Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Padrão Documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação. Colégio da especialidade de enfermagem de Reabilitação. Porto. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
- Ordem dos enfermeiros (2016). Enfermagem de reabilitação: Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação Lisboa. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf;

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Guia Orientador de Boa Prática – Reabilitação Respiratória. Cadernos OE. Série 1, Número 10. Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação.

Organização Mundial de Saúde. (2004). Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Organização Mundial da Saúde, Lisboa, Direcção-Geral da Saúde

Pestana, H. (2017). Sistemas de informação e a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. In Marques-Vieira, C. M., Sousa, L. M. (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*.(p. 77-88). Loures: Lusodidacta

Petronilho, F. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos: estudo exploratório sobre o impacto nas transições do doente e do familiar cuidador*. Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento.

Portaria nº 174/2014 de 10 de Setembro. Diário da República, série I, nº 174, p. 4865-4882. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/174/2014/09/10/p/dre/pt/html>

Regulamento n.º 350/2015. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, Série II (N.º 119 de 22 de junho de 2015). 16655-16660. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/350-2015-67552234>

Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República. Série II (N.º 126 de 6 de fevereiro de 2019) 4744-4750. ELI:<https://data.dre.pt/eli/port/140/2019/05/13/p/dre/pt/html>

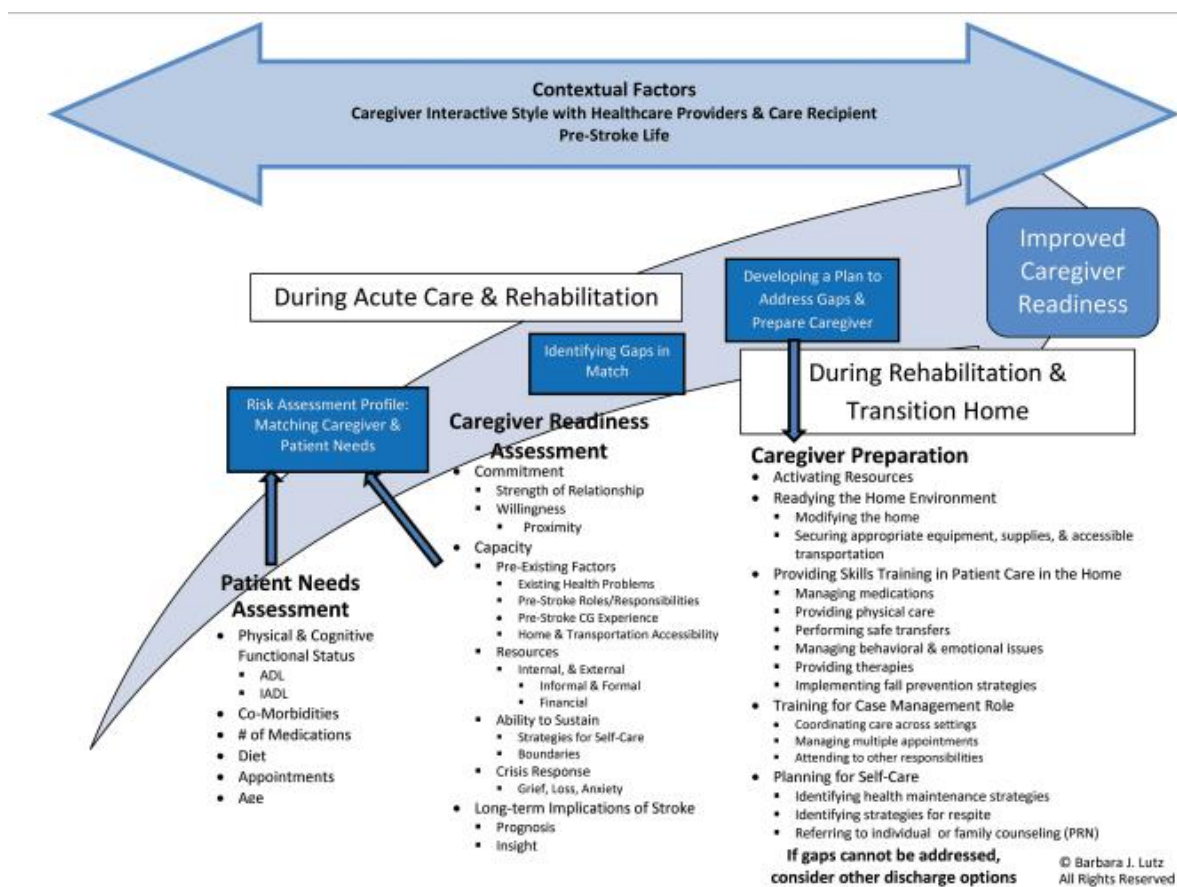
Regulamento nº 392/2019. (2019). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República. Série II (No 85 de 3 de maio de 2019). 13565-13568. ELI:<https://data.dre.pt/eli/port/392/2019/11/05/p/dr>

- Santos, M. (2021). A gestão e liderança em serviços de enfermagem de reabilitação. In Ribeiro, O. (coords.), *Enfermagem de Reabilitação: conceções e práticas* (pp.281-328). Lisboa: Lidel
- Schumacher, K., Meleis, A., (2010). Transitions: a central concept in nursing. In Meleis, A. I. (Ed). *Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice.* (p. 38-51). Springer Publishing Company. New York.
- Sequeira, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 22(3–4), 491–500. <https://doi.org/10.1111/jocn.12108>
- Shyu, Y. I. L. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: A Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 619–625. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01519.x>
- Sousa, L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). a Enfermagem De Reabilitação No Empoderamento E Capacitação Da Pessoa Em Processos De Transição Saúde-Doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 63–68. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>
- Tanner, C. (2006). Thinking like a nurse: A research based model of clinical judgement in nursing. *Journal of Nursing Education*, 204-211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>
- Teixeira, A., Alves, B., Austo, B., Fonseca, C., Nogueira, J., Almeida, M., Matias, M., Ferreira, M., Narição, M., Lourenço, R. & Nascimento, R. (2017). Medidas de Intervenção Junto dos Cuidadores Informais. Documento enquadrador, perspetiva nacional e internacional. Disponível em : <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a53556c4d5a5763765130394e4c7a4577513152545579394562324e31625756756447397a51574e3061585a705a47466b5a554e7662576c7a633246764c7a597a4f54646c5a6a63784c5449304d7a63744e445a6b5a4330344e444e6a4c57526a4e7a5a695a5749334e5451354e6935775a47593d&fich=6397ef71-2437-46dd-843c-dc76beb75496.pdf&Inline=true>

- Vasconcelos, M. (2021). Ética em enfermagem de reabilitação. In Ribeiro, O. (coords.), *Enfermagem de Reabilitação: conceções e práticas* (pp.281-328). Lisboa: Lidel
- Wafa, H. A., Wolfe, C. D. A., Emmett, E., Roth, G. A., Johnson, C. O., & Wang, Y. (2020). Burden of Stroke in Europe: Thirty-Year Projections of Incidence, Prevalence, Deaths, and Disability-Adjusted Life Years. *Stroke*, *51*(8), 2418–2427. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.029606>
- White, C. L., Cantu, A. G., & Trevino, M. M. (2015). Interventions for caregivers of stroke survivors: An update of the evidence. *Clinical Nursing Studies*, *3*(3). <https://doi.org/10.5430/cns.v3n3p87>
- Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., Deruyter, F., Eng, J. J., Fisher, B., Harvey, R. L., Lang, C. E., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K. J., Pugh, S., Reeves, M. J., Richards, L. G., Stiers, W., & Zorowitz, R. D. (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. In *Stroke* (Vol. 47, Issue 6). <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>

APÊNDICES

APÊNDICE I
“Improving Stroke Caregiver Readiness Model”



Fonte: Lutz, B. J., Young, M. E., Creasy, K. R., Martz, C., Eisenbrandt, L., Brunny, J. N., & Cook, C. (2017). Improving Stroke Caregiver Readiness for Transition from Inpatient Rehabilitation to Home. *Gerontologist*, 57(5), 880–889. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw135>

APÊNDICE II
Lista de Produtos de Apoio



Lista de Produtos de Apoio

Realizado por: Enfermeira Marisa Sousa (Estudante do 12º Curso de
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação)

Professor Orientador: Professor Doutor Miguel Nunes Serra

Lisboa, 2021

ÍNDICE

Introdução	
1. Produtos de apoio	4
a. Produtos de apoio para o tratamento clínico individual	4
i. Produtos de apoio para prevenir úlceras de pressão	4
b. Produtos de apoio para cuidado pessoal e proteção	5
i. Produtos de apoio para vestir despir	5
ii. Produtos de apoio para higiene pessoal	7
iii. Produtos de apoio para lavagem, banho e duche	8
c. Produtos de apoio para a mobilidade pessoal	9
i. Produtos de apoio para a marcha, manejados por um braço	9
ii. Produtos de apoio para a marcha, manejados pelos dois braços	12
iii. Cadeiras de rodas manuais	13
iv. Acessórios para cadeira de rodas	13
v. Produtos de apoio para transferência e mudança de posição	14
vi. Produtos de apoio para elevação	16
d. Mobiliário e adaptações para habitação e outros edifícios	16
i. Produtos de apoio para acessibilidade vertical	16
e. Produtos de apoio para atividades domésticas	17
i. Produtos de apoio para comer e beber	17
f. Produtos de apoio para manusear objetos e dispositivos	18
i. Produtos de apoio para assistir e/ou substituir a função do braço e/ou mão e/ou dedos	18
ii. Produtos de apoio para alcançar à distância	19
iii. Produtos de apoio para manusear recipientes	19
g. Outros produtos	20
2. Referências bibliográficas	22

INTRODUÇÃO

Este trabalho é realizado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação e pretende ser uma ferramenta para os profissionais de saúde da Unidade de Cuidados na Comunidade, quando abordagem com a pessoa/cuidador a necessidade de utilização de produtos de apoio. Foi elaborado por esta ser uma necessidade identificada pela equipa de enfermagem.

Segundo o Instituto Nacional para a Reabilitação (2021), os produtos de apoio *“são instrumentos e dispositivos fundamentais que permitem compensar ou atenuar as limitações funcionais e restrições ao nível da participação no contexto de vida das pessoas com deficiências e/ou incapacidades”*. É, também esta entidade, que coordena o sistema de atribuição de produtos de apoio (SAPA), tendo em conta as necessidades e características específicas de cada pessoa e o cumprimento dos procedimentos legalmente estabelecidos.



Pelo Decreto-Lei nº93/2009, foi aprovado o SAPA, sendo que este contribui para a atribuição gratuita e universal de produtos de apoio, para a gestão eficaz a simplificação de procedimentos e para o financiamento simplificado de produtos de apoio. O SAPA é constituído por uma entidade gestora (INR), entidades financiadoras, Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), Direcção-Geral de Educação, Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP) e Instituto da Segurança Social (ISS). As entidades prescritoras são definidas por despacho do membro do governo que tutela cada uma das entidades financiadoras.

Os produtos de apoio que podem ser objeto de financiamento no âmbito do SAPA são os que consta na lista publicada no Despacho 7197/2016, de 1 de Junho de 2016. Esta lista tem por referência a norma ISO 9999, nesta lista, são ainda identificados os produtos que carecem de prescrição médica obrigatória, bem como os que são prescritos por equipa técnica multidisciplinar

O trabalho pretende demonstrar graficamente alguns produtos de apoio, com aparente, maior necessidade de utilização no âmbito da Unidade de Cuidados na Comunidade, nomeadamente, em ECCI. No entanto, e para consulta, ficam em anexo o Decreto-Lei nº 93/2009, bem como o Despacho 7197/2016 para consulta da lista completa. Para além dos produtos de apoio que constam na lista de SAPA, serão também colocados outros produtos que são frequentemente aconselhados pela equipa, por questões de segurança e conforto.

1. PRODUTOS DE APOIO

PRODUTOS DE APOIO PARA TRATAMENTO CLÍNICO INDIVIDUAL (ISO 04)	
Produtos de apoio para prevenir úlceras de pressão (ISO 04 33)	
Código ISO Categoria	Foto
04 33 03 Almofadas para sentar e materiais de proteção para prevenir úlceras de pressão.	
04 33 06 Colchões e coberturas de colchões para prevenir úlceras de pressão.	

Produtos de apoio para cuidados pessoais e proteção (ISO 09)	
Produtos de apoio para vestir e despir (ISO 09 09)	
09 09 03 Produtos de apoio para calçar meias e collants	 

Produtos de apoio para higiene pessoal (ISO 09 12)

09 12 03

Cadeiras sanitárias (com ou sem rodas giratórias)



09 12 15

Assentos de sanita elevados (com fixação fácil)



Produtos de apoio para lavagem, banho e duche (ISO 09 33)

09 33 03


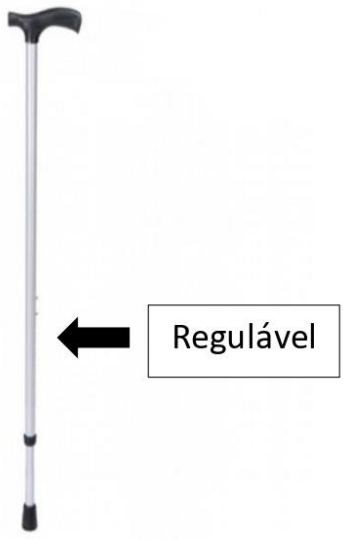
Cadeiras de
banho



09 33 03

Tábuas de
banho



<p>09 33 03</p> <p>Banco de banho</p>	
<p align="center">Produtos de apoio para a mobilidade pessoal (ISO 12)</p>	
<p align="center">Produtos de apoio para a marcha, manejados por um braço (ISO 12 03)</p>	
<p>12 03 03</p> <p>Bengalas</p>	

12 03 06

Canadianas



Ponteira de base
alargada



12 03 16

Auxiliares de
marcha com
três ou mais
pernas



Tripé



Bengala de 4
ponteiras

Produtos de apoio para a marcha, manejados pelos dois braços (ISO 12 06)

12 06 03

Andarilhos sem rodas





12 06 06




Andarilhos com rodas



Cadeiras de rodas manuais (ISO 12 22)	
<p>12 22 03</p> <p>Cadeiras de rodas manobradas bimanualmente por rodas.</p>	
<p>12 22 18</p> <p>Cadeiras de rodas controladas pelo acompanhante</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; display: inline-block;"> <p>Apoio de braços removível</p> </div> 
Acessórios para cadeira de rodas (ISO 12 24)	
<p>12 24 21</p> <p>Rodas e pneus</p> <p>Pneus maciços adequados a pisos lisos Pisos de Interior</p>	






<p>Pneumáticos</p> <p>Adequados a piso irregular Exterior</p>	
<p>12 24 15</p> <p>Tabuleiros para cadeira de rodas</p>	
<p>Produtos de apoio para transferência e mudança de posição (ISO 12 31)</p>	
<p>12 31 03</p> <p>Tábuas de transferência</p>	

<p>12 31 09</p> <p>Barras para a auto-elevação</p>	
<p>12 31 15</p> <p>Cintos de transferência</p>	

Produtos de apoio para elevação (ISO 12 36)	
<p>12 36 03 Gruas de elevação com fundas</p>	
<p>12 36 21 Unidades de suporte da pessoa para gruas (fundas)</p>	
Mobiliário e adaptações para habitação e outros edifícios (ISO 18)	
Produtos de Apoio para Acessibilidade Vertical (ISO 18 30)	
<p>18 30 12 Trepadores de escadas</p>	

Produtos de apoio para atividades domésticas (ISO 15)	
Produtos de apoio para comer e beber (ISO 15 09)	
<p>15 09 13</p> <p>Talheres</p>	 
<p>15 09 16</p> <p>Canecas e copos</p>	 <div data-bbox="646 1471 817 1570" style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>Copo recortado</p> </div>  

<p>15 09 18</p> <p>Pratos com rebordo e ventosa</p>	 
<p>Produtos de apoio para manusear objetos e dispositivos (ISO 24)</p>	
<p>Produtos de apoio para assistir e/ou substituir a função do braço e/ou mão e/ou dedos (ISO 24 18)</p>	
<p>24 18 06</p> <p>Adaptadores e dispositivos de preensão</p> <p>24 18 09</p> <p>Dispositivos para agarrar aplicados no corpo</p> <p>24 18 15</p> <p>Ponteiros</p>	  

Produtos de Apoio para Alcançar à distância (ISO 24 21)	
<p>24 21 03</p> <p>Pinças de preensão manuais</p>	 
Produtos de apoio para manusear recipientes (ISO 24 06)	
<p>24 06 03</p> <p>Dispositivos para abrir recipientes</p>	 
<p>24 06 06</p> <p>Dispositivos para espremer bisnagas</p>	

**Ortóteses (ISO 06)
Ortóteses para a coluna (ISO 06 03)**

06 03 06

Cintas Lombo-
sagradas





Outros produtos

Cadeira



Pedaleira



<p>Pesos (abraçadeiras)</p> <p>Halteres</p>	
<p>Esponja de cabo longo</p> <p>Cestos para WC</p>	

Almofada em
cunha



Fonte Imagens: <http://www.eastin.eu/pt-pt/searches/Products/Index>
www.google.com

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Decreto-Lei nº 93/2009 de 16 de Abril (2009). Diário da República 1.ª série, nº 74 (1 de Junho de 2016), p. 2275 - 2277. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/93/2009/p/cons/20200331/pt/html>

Despacho nº 7197/2016 de 1 de Junho (2016). Diário da República 2.ª série, nº 105 (16 de Abril de 2009), p. 17168 - 17185. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/7197-2016-74587625>

Eastin (s/data). Rede Global de informação sobre produtos de apoio que promovam a autonomia de pessoas com incapacidade. Acedido a 05/12/2021. Disponível em: <http://www.eastin.eu/pt-pt/searches/Products/Index>

Instituto Nacional para a Reabilitação (2021). Sistema de atribuição de produtos de apoio. Acedido a 05/12/2021. Disponível em: <https://www.inr.pt/sistema-de-atribuicao-de-produtos-de-apoio>

Instituto Nacional para a Reabilitação (2021). Produtos de apoio. Acedido a 05/12/2021. Disponível em: <https://www.inr.pt/sistema-de-atribuicao-de-produtos-de-apoio>

APÊNDICE III

Plano e diapositivos da sessão de formação “ Dispneia: Técnicas de Gestão de Energia”

Plano de Sessão

TEMA: Dispneia: Técnicas de Gestão de Energia

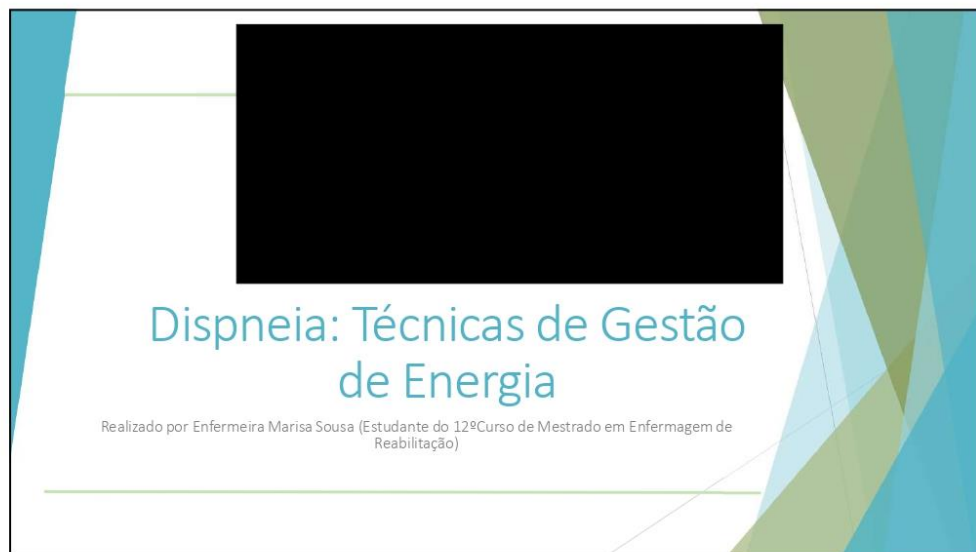
DATA: 25/11/2021

Hora: 13h30

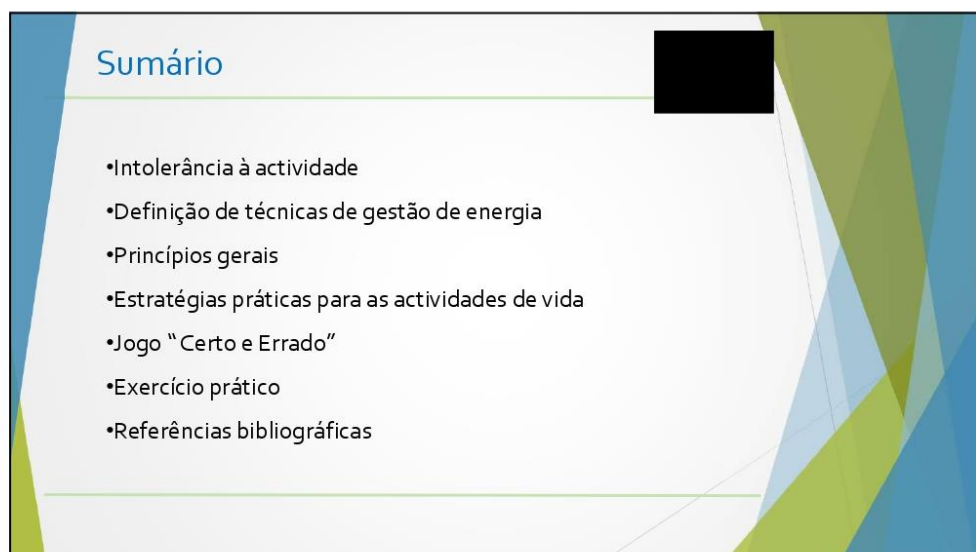
FORMADOR: Enfª Marisa Sousa (Estudante 12ºCMER - ESEL)

OBEJETIVO GERAL: Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre técnicas de gestão de energia nas atividades de vida, em utentes com intolerância à atividade

PLANEAMENTO				
SESSÃO FORMATIVA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES/CONTEÚDOS	MÉTODOS/TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁTICOS
INTRODUÇÃO (3 minutos)	Apresentação do tema e sumário da sessão	Sumário da sessão	Expositivo	Data Show Diapositivos em Power Point
DESENVOLVIMENTO (20 minutos)	Definir o que são técnicas de gestão de energia Demonstrar técnicas adaptativas e de gestão de energia, para o autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Intolerância à atividade • Definição de técnicas de gestão de Energia • Princípios básicos • Estratégia de gestão de energia nas atividades de vida 	Expositivo Demonstrativo Interrogativo	Data Show Diapositivos em Power Point
CONCLUSÃO (5 minutos)	Avaliar a clareza da sessão Esclarecer dúvidas	Jogo do certo e errado Questões Exercício prático Avaliação escrita da sessão	Interrogativo	Data Show Diapositivos em Power Point



1



2

Intolerância à atividade

A intolerância à atividade, traduz-se pela incapacidade da pessoa em realizar as suas atividades de vida diária, na intensidade ou na duração normalmente tolerável para pessoas saudáveis e sedentárias (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Alterações das trocas gasosas, descondicionamento muscular

↓

Limita a pessoa no autocuidado e tem repercussões na qualidade de vida

Pela reduzida capacidade física e para evitar a dispneia, os utentes adotam um estilo de vida sedentário

↓

Descondicionamento muscular
Diminuição da independência funcional

É um dos principais fatores limitadores na realização das AVD's

Gaspar, Ferreira, Machado e Padilha, 2019

3

Atividades Funcionais mais comuns envolvem:

Elevação dos braços

Flexão do tronco

Aumento do consumo de oxigénio em 16%

Alguns músculos (trapézio, escalenos e pequeno peitoral) são recrutados para o posicionamento dos braços e deixam de participar na ventilação, desviando o trabalho ventilatório para o diafragma

Veloso e Jardim, 2006

4

Técnicas de Gestão de Energia

As técnicas de gestão de energia visam a realização da AVD com o menor dispêndio possível de energia e de consumo de oxigénio por parte da pessoa que as executa.

(DGS, 2009)

5

Princípios Gerais



Inspirar quando realiza o movimento que cansa menos e expirar quando faz o movimento que cansa mais


Utilizar a técnica de expiração com os lábios semicerrados nas atividades com maior esforço

Couto, Silva, Mar e Gomes (2021)

6

Princípios Gerais

- Organizar o tempo de forma a alternar tarefas mais leves com tarefas mais cansativas
- Realizar as tarefas que exigem mais esforço no período do dia que se sentem com mais energia
- Saber descansar no momento certo




Couto, Silva, Mar e Gomes (2021)

7

Princípios Gerais

- Reunir e organizar todo o material necessário para a tarefa
- Arrumar os objetos que se utilizam com maior frequência em locais de fácil acesso, numa altura entre a cintura escapular e a cintura pélvica
- Dispor o mobiliário de forma a que não seja necessário contornar





Couto, Silva, Mar e Gomes (2021)

8

Estratégias Práticas para as Atividades de Vida

Higiene e arranjo pessoal (tomar banho, barbear, lavar os dentes e pentear)

- Preparar antecipadamente todo o material; Organizar os objetos em local acessível
- Realizar as tarefas sentado num banco e de preferência com os cotovelos apoiados
- Utilizar produtos de apoio como esponja de cabo longo, cadeira ou banco de banho
- Utilizar roupão a toalhado em vez de toalha
- Utilizar polibã em vez de banheira
- Evitar utilizar sprays que possam ser irritantes

Ordem dos Enfermeiros, 2018

9

Estratégias Práticas para as Atividades de Vida

Vestir-se

- Realizar as atividades sentado
- Dispôr a roupa pela ordem em que se vai vestir. Preferir roupas largas e fáceis de vestir
- Vestir primeiro a metade inferior do corpo (sentado) e depois a metade superior. Colocar-se de pé e ajustar a roupa
- Produtos de apoio: Calçadeira de cabo longo, calçador de meias, sapatos com cordões de elástico ou velcro





Ordem dos Enfermeiros, 2018

10

Estratégias Práticas para as Atividades de Vida

Alimentar-se

- Sentar-se de forma confortável e de preferência com os cotovelos apoiados
- Comer pausadamente, refeições pequenas e mais frequentes
- Repousar antes e após as refeições
- Se necessário, realizar higiene brônquica antes das refeições
Se indicado, utilizar broncodilatadores antes da refeição




Ordem dos Enfermeiros, 2018

11

Estratégias Práticas para as Atividades de Vida

Mover-se (levantar, andar, subir escadas)

- Evitar a utilização desnecessária de degraus
- Andar: controlar a respiração, inspirar e em seguida dar alguns passos enquanto expira lentamente
- Subir escadas: inspirar lentamente parado, subir um ou mais degraus enquanto expira lentamente
- Levantar da cama: faseadamente, primeiro sentar e só depois passar para a posição ortostática





Ordem dos Enfermeiros, 2018

12

Estratégias Práticas para as Atividades de Vida

Ir às compras

- Fazer uma lista para evitar idas desnecessárias
- Evitar ir nas horas de maior afluência
- Utilizar carrinho em vez de cesto
- Se possível recorrer ao serviço de entregas para produtos mais pesados
- Arrumar as compras em cima de uma mesa ou bancada para ficarem a uma altura adequada. Não colocar no chão




Ordem dos Enfermeiros, 2018

13

Estratégias Práticas para as Atividades de Vida

Atividades domésticas

- Manter o ambiente arejado
- Utilizar utensílios de cabo longo
- Fazer a cama de forma a que só seja necessário mudar de lado uma única vez
- Cozinhar quantidades maiores de comida para evitar cozinhar nas alturas em que estiver mais cansado




Ordem dos Enfermeiros, 2018

14

Estratégias Práticas para as Atividades de Vida

Atividades domésticas

- Passar a ferro sentado. Para estender a roupa: colocar o cesto à altura da cintura e a corda ou estendal não deve estar mais alto a cintura escapular
- Evitar produtos de limpeza irritantes
- Levantar pesos: dobrar os joelhos mantendo as costas direitas enquanto inspira. Elevar o objeto enquanto expira lentamente




Ordem dos Enfermeiros, 2018

15

Estratégias Práticas para as Atividades de Vida

Sexualidade

- Planear com o parceiro a altura do dia em que está mais relaxado e descansado
- Evitar a relação sexual pela manhã pois a presença de expectoração é mais acentuada
- Planear o ambiente (temperatura amena, remover roupas da cama muito pesadas, colocar almofadas que permitam o conforto do casal)
- Adotar posições que deixem o diafragma livre e em que não seja exercida pressão sobre o tórax
- Permitir que seja o parceiro a adotar uma postura mais ativa na relação sexual



Ordem dos Enfermeiros, 2018

16



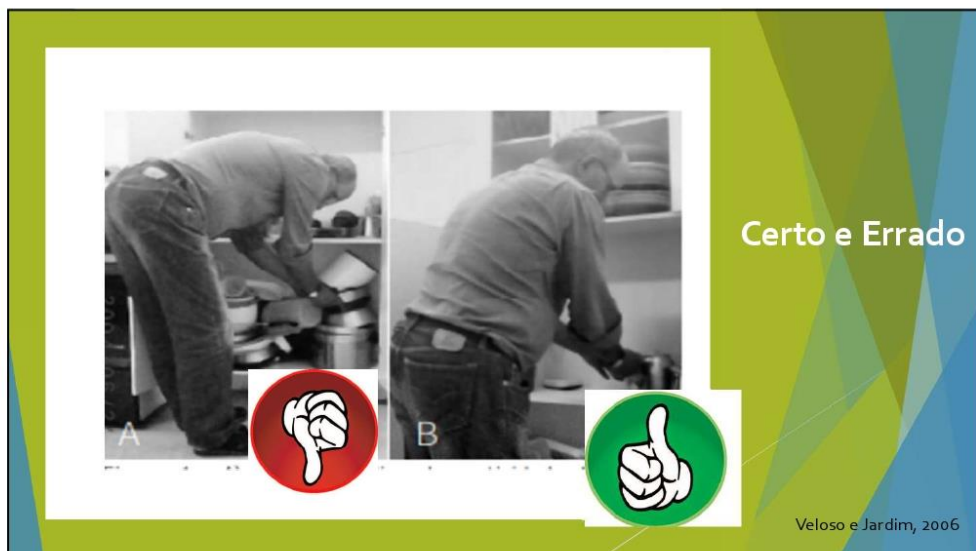
17



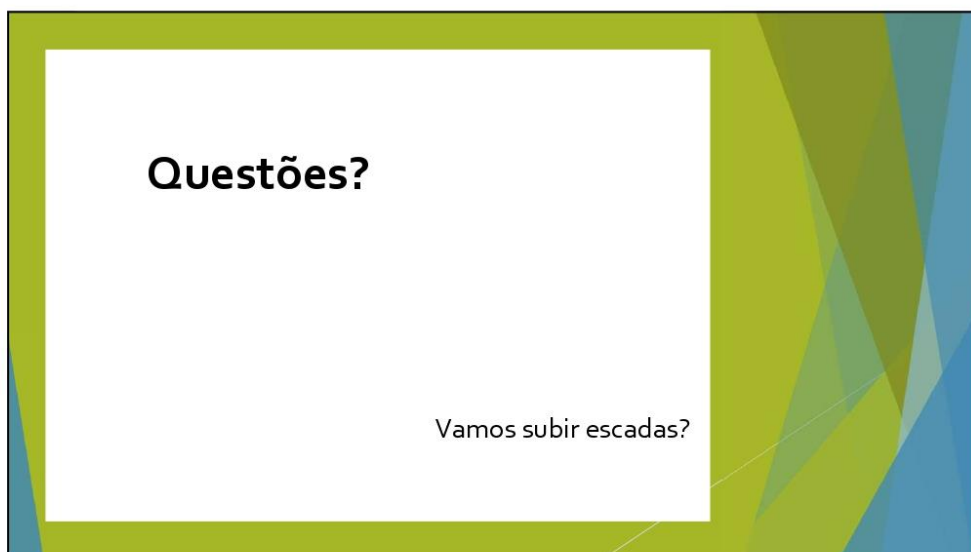
18



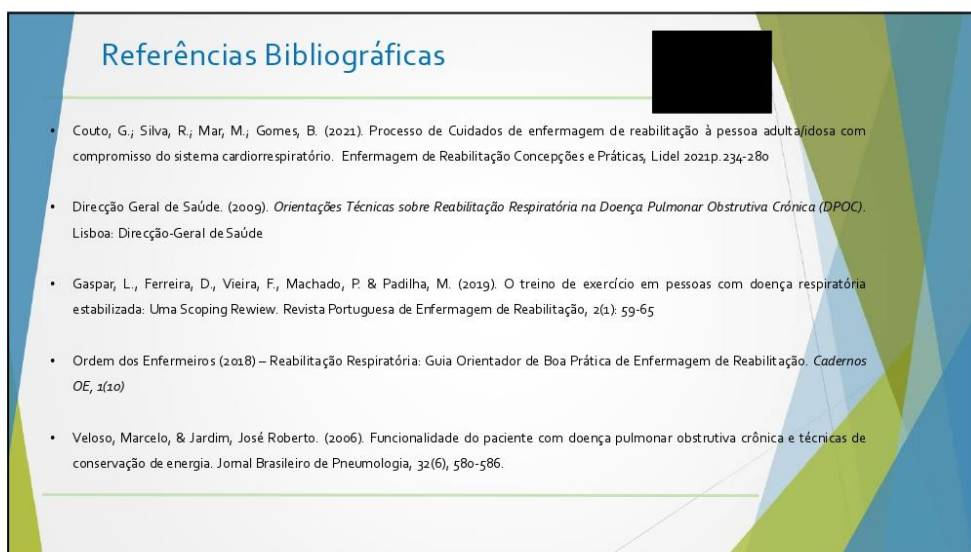
19



20



21



22

APÊNDICE IV
Folheto “Gestão de Energia”



"Falta de ar" Técnicas para gerir a energia

Este folheto foi elaborado pela
Enfermeira Marisa Sousa Estudante do
12º CMER da Escola Superior de
Enfermagem de Lisboa



Produtos de Apoio que o podem ajudar

- Cadeira ou banco de banho
- Esponja de cabo longo
- Calçadeira de cabo longo
- Calçador de meias
- Pinça comprida para alcançar objetos



Para andar/subir escadas

- Controle a respiração
- Encha o peito de andar
- Dê alguns passos/suba degrau enquanto deita o ar fora, pela boca, com os lábios semi-fechados

Tomar Banho/vestir

- Realizar as tarefas sentado
- Use produtos de apoio
- Vestir primeiro a parte de baixo (sentado) e depois a parte de cima

Técnicas de Gestão de Energia

As técnicas de gestão de energia têm como objetivo a realização das suas atividades diárias com o menor gasto de energia e cansaço possível

Princípios Gerais

Inspire (encher o peito de ar) quando realiza o movimento que cansa menos

Expire (deixe sair o ar com os lábios semi-fechados) quando está a fazer o movimento que cansa mais

Organize as suas tarefas de forma a alternar tarefas mais leves, com tarefas mais pesadas

Realize as tarefas mais cansativas na altura do dia em que se sente com mais energia

Aprenda a descansar no momento certo

Arrume os objetos que precisa mais em locais de fácil acesso (entre a altura do ombros e cintura) para evitar levantar os braços ou dobrar o tronco

Arrume os móveis de forma a que tenha espaço para circular e não tenha de os contornar

APÊNDICE V
Estudo de caso



**Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação**

Estágio com Relatório

Estudo de Caso

Marisa Filipa Rainho Ferreira Sousa

**Lisboa
Novembro 2021**





**Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação**

Estágio com Relatório

Estudo de Caso

Marisa Filipa Rainho Ferreira Sousa

(264)

Professor Orientador

Professor Doutor Miguel Nunes Serra

Lisboa

Novembro 2021



Lista de Abreviaturas

AVD – Atividade de vida diária

AIVD – Atividade instrumental de vida diária

DGS – Direcção-Geral de Saúde

DHS - Dynamic Hip Screw

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

IMC – Índice de massa corporal

OE – Ordem dos Enfermeiros

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UPP – Úlcera por pressão

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
Capítulo I – AVALIAÇÃO GLOBAL	6
1. Caracterização familiar e social	6
2. História de Saúde	6
2.1 Antecedentes pessoais de saúde	6
2.2 Vigilância de saúde e estilos de vida	6
2.3 História de saúde atual	7
2.4 Terapêutica	
Capítulo II – Avaliação de Enfermagem de Reabilitação	8
1. Exame físico	8
2. Estado Mental	8
3. Motricidade	9
4. Sensibilidade	9
5. Equilíbrio	10
6. Marcha	10
7. Avaliação da alimentação	10
8. Avaliação da integridade cutânea	10
9. Avaliação da eliminação	10
10. Avaliação da Funcionalidade	11
11. Expectativas da D. R.M.	13
Capítulo III – DIAGNÓSTICOS E PLANO DE INTERVENÇÃO	14
1. Diagnósticos de Enfermagem	14
2. Plano de intervenção	15
Capítulo IV - CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

INTRODUÇÃO

No âmbito do contexto de estágio em prática clínica, integrado no 12º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, é realizado um estudo de caso com o objetivo de desenvolver competências na avaliação da funcionalidade e diagnóstico de alterações que determinam limitação na atividade, recolha de informação pertinente e utilização de escalas e instrumentos de medida para avaliar as várias funções. Pretende-se ainda desenvolver competências na conceção de planos de intervenção e na avaliação das intervenções implementadas.

Este estudo de caso, é realizado no primeiro contexto de prática clínica na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

O presente estudo de caso, reporta a uma situação de fratura da extremidade proximal do fémur. Estas fraturas estão encontram-se associadas a limitação física e diminuição da capacidade para realizar as atividades de vida diária, bem como diminuição da qualidade de vida e aumento da institucionalização (Barbosa, 2013). Assim o principal objetivo do tratamento destas fraturas é o retorno ao nível de funcionalidade anterior (Direcção-Geral de Saúde, 2003), sendo assim fundamental a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), enquadrando-se no âmbito das suas competências *“Identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação (...) impossibilitadas de executar as atividades básicas de forma independente em resultado da sua condição de saúde (...), limitação da atividade e restrição da participação (...) Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade”* (Regulamento nº 392/2019, p. 13566)

Para realização deste documento foi obtido consentimento verbal da pessoa, após a explicação do contexto da realização deste estudo de caso e foi garantida a confidencialidade.

A informação foi obtida através da observação direta, entrevista, aplicação de escalas e instrumentos de avaliação e consulta dos registos nos aplicativos *SClinic* e *Gestcare*.

Este trabalho encontra-se organizado em quatro capítulos: avaliação global da pessoa, avaliação de enfermagem de reabilitação, plano de intervenção e considerações finais.

CAPÍTULO I: AVALIAÇÃO GLOBAL

1. Caracterização familiar e social

A D. R. de 73 anos, encontra-se reformada. Reside com o esposo de 74 anos, em habitação própria, num 2º andar, sem elevador, escadas com corrimão e um degrau na entrada do prédio. A habitação apresenta condições de habitabilidade, tem 2 quartos, sala, cozinha, casa de banho e varanda. Corredor pequeno e com reduzido espaço de circulação com o auxiliar de marcha (andarilho).

O esposo da D. R. ajuda-a com as tarefas exteriores como ir às compras.

2. História de saúde

2.1 Antecedentes pessoais e de saúde

A D. R. refere e estão descritos como antecedentes pessoais de insuficiência renal submetida a transplante renal há 15 anos, seguida em consulta de nefrologia. Antes de ter sido transplantada, estava em programa de hemodiálise e por isso tem fístula arterio-venosa no membro superior direito. Refere diverticulose e fractura do rádio à direita, em 2019. Realizou tiroidectomia em 2001

Desconhece alergias alimentares ou medicamentosas.

2.2 Vigilância de saúde e estilos de vida

A Srª Dona R. mantém uma vigilância ativa da sua saúde recorrendo ao seu médico de família e à consulta de nefrologia, refere que é "muito cuidadosa, se não, não tinha o rim há 15 anos"(sic)

2.3 História de saúde atual

A D. R. foi internada no Hospital no dia 3/10/2021 por queda da altura de um banco. Na admissão a referir dor na anca direita e com incapacidade de mobilizar o membro inferior direito. Após exames complementares de diagnóstico, verifica-se fratura intertrocantérica à direita. Ficou internada e foi submetida a redução e osteossíntese com DHS (*Dynamic Hip Screw*) e placa de 3 orifícios (PF cefálico 90 mm). Procedimento decorreu sem intercorrências e iniciou treino de marcha com andarilho no internamento. Tem indicação para realizar carga de acordo com a tolerância.

As fraturas da extremidade proximal do fêmur, são fraturas que se situam entre a cartilagem articular da articulação da coxa e 5 cm abaixo do ponto mais distal do pequeno trocânter e podem ser divididas em três tipos de fraturas: trocantéricas, do colo e subtrocantéricas (Direção-Geral de Saúde, 2003; Barbosa 2013). No caso em estudo, a fratura era do tipo trocantérica, ou seja, situada na área limitada acima pela linha intertrocantérica e, abaixo, pelo limite distal do pequeno trocânter (DGS, 2003).

De acordo com Barbosa (2013), fazendo referência a uma revisão da literatura de Sciard et al. (2011) o tratamento cirúrgico adequado para fraturas intertrocantéricas é Placa e *Hip Screw*.

A D. R. refere que durante o internamento, por lapso foi diminuída a dose da profilaxia da rejeição do transplante do rim, apresentou anúria e foi observada pela nefrologia com ajuste da dosagem e reversão dos sintomas.

A terapêutica utilizada na profilaxia da rejeição do transplante do rim e realizada pela D. R.M., como os glicocorticoides (prednisolona) e tacrolimus, está associada a osteoporose. Estes imunossupressores provocam danos na homeostase mineral óssea, com perda óssea significativa (Cipriani e Farias, 2005).

2.4 Terapêutica

Medicação/dosagem	Jejum	Pequeno-almoço	Almoço	Lanche	jantar	Deitar
Tacrolimus 4,5 mg		X				
Micofenolato de Mofetil 180 mg	X				X	
Prednisolona 5 mg		X				
Omeprazol 20 mg	X					
Levotiroxina 75 mg	X					
Ácido Fólico/		X				
Vitamina complexo B		X				
Paroxetina 20 mg		X				
Enalapril 5 mg		X			X	
Rivaroxabano	Suspendeu por indicação da nefrologista e substitui por Ácido acetilsalicílico 150 mg					
Cáscara Sagrada 0,1345g, Dihidroxitálofenona 0,1345g, Pó de folhas de Meimendo 0,00102g, Extrato de Beladona 0,0051g, Podofilino 0,0051g (Doce Alívio – nome comercial)	Em SOS, se obstipação					
Vit D3 (solução oral)		20 gotas				

Capítulo II: AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

1. Exame Físico

Avaliação a 09/11/2021.

Não refere diminuição da acuidade visual ou auditiva.

Expansão torácica simétrica e regular. 18 Ciclos respiratórios/minuto. Respiração predominantemente abdominal, de média amplitude Sem sinais de dificuldade respiratória. Sem tosse.

Apresenta fistula arteriovenosa no membro superior direito, com frémito palpável. Diminuição da amplitude articular na flexão e abdução da articulação escapulo-umeral.

Abdómen mole, depressível e indolor à palpação.

Apresenta hematoma em regressão na face interna da coxa direita.

Refere dor, tipo moedeira no joelho direito. Avalia com intensidade 1 em escala numérica. Está a realizar crioterapia com alívio.

TA	FC	Spo2	Temperatura	Dor
146/70 mmHg	85 bpm	99%	36°C	1

2. Estado Mental

A D. R. encontra-se consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa. Aparentemente bem-disposta e comunicativa.

Foi aplicado Mini-Exame do Estado Mental a (09/11/2021), para avaliação do funcionamento cognitivo. Este instrumento permite fazer uma avaliação breve da orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Obteve-se um score de 27, sendo que se verificou perda de pontos na atenção e cálculo com alguma dificuldade na subtração, mas que depois conseguia corrigir, perdeu também um ponto na evocação, por se conseguir lembrar apenas de 2 palavras.

3. Motricidade

3.1 Força muscular (Escala de força da Medical Research Council)

Membros superiores	Direito	Esquerdo
Escapulo-umeral	3	4
Cotovelo	3	4
Antebraço	4	4
Mão	4	4
Membros Inferiores	Direito	Esquerdo
Coxo-femural	3	4
Joelho	3	4
Tibio-társica	4	5

3.2 Tónus muscular

Sem alterações.

3.3 Coordenação motora

Prova index nariz: Não alterado.

Priva de indicação de Baranay: Não alterado.

Prova dos movimentos alternados: Não alterada.

Prova Joelho-Calcanhar: Não alterado.

4. Sensibilidade

Sensibilidade Superficial		
Táctil: mantida	Térmica: não avaliada	Dolorosa: mantida
Sensibilidade profunda		
Pressão: mantida	Vibratória: não avaliada	Postural: mantida Estereognosia: mantida

5. Equilíbrio

Para avaliação do equilíbrio, foi utilizada a Escala de Equilíbrio de Berg, criada em 1992 por Katherine Berg (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Obteve-se um score de 37 – Equilíbrio médio/risco de queda médio.

6. Marcha

Marcha eficaz a três com pontos com auxiliar de marcha (andarilho).

Escala de Morse – Score 65 (Alto risco de queda).

7. Avaliação da alimentação

A D. R.M. faz cinco refeições diárias (pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar).

Peso 53 kg; Altura 1,65 m; IMC 19,5.

Refere que está a ter algumas dificuldades com alimentação, pois não tem dentes na arcada inferior o que lhe dificulta a mastigação, sendo que tem de ingerir os alimentos numa consistência mole.

8. Avaliação da integridade cutânea

Pele e mucosas descoradas, mas hidratadas. Pele íntegra, sem sinais de úlcera por pressão.

Ferida cirúrgica cicatrizada. Sem sinais inflamatórios. Hematoma em regressão na face interna da coxa direita.

Score Escala de Braden: 20 (baixo risco UPP).

9. Avaliação da Eliminação

A D. R. continência intestinal com padrão de dejeção de 2 em 2 dias.

Refere pequenas perdas de urina em situações de esforço como tossir ou espirrar. Refere que nem sempre utilizava produto de apoio para incontinência, utiliza mais quando saía à rua para se sentir segura. Neste momento por défice da mobilidade, têm ocorrido, alguns episódios de perdas por não conseguir chegar ao WC.

Foi aplicado o International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF), este questionário permite avaliar o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida e qualificar a perda urinária (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Determinou-se um score de 4, sendo que o score da escala pode variar de 0-21, sendo que quanto elevado, maior o impacto da incontinência na qualidade de vida. Neste questionário, existe um item que pretende qualificar a perda urinária, sendo que as

respostas foram “Perco antes de chegar ao banheiro” e “perco quando tusso ou espirro”. Assim, pode-se objetivar uma incontinência urinária de esforço e funcional.

10. Avaliação da Funcionalidade

Índice de Barthel é instrumento que avalia o nível de dependência em dez atividades básicas de vida. Este índice foi validado para a população portuguesa por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007), referindo estes autores que constitui um instrumento fiável que permite uma avaliação do grau de autonomia das pessoas de forma objetiva.

Atividade básica de vida diária	Avaliação	Score
Alimentação	Independente	10
Transferências	Independente	15
Toailete	Independente	5
Utilização de WC	Independente	10
Banho	Dependente	0
Mobilidade	Necessita de ajuda	10
Subir e descer escadas	Dependente	0
Vestir	Necessita de ajuda	5
Controlo intestinal	Independente	10
Controlo Vesical	Necessita de ajuda	5
Total	70 (ligeiramente dependente)	

A medida de independência funcional (MIF) foi desenvolvida tendo como referência a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens publicada pela Organização Mundial da Saúde em 1980, tem como objetivo avaliar a capacidade funcional de adultos e idosos, avaliando o seu desempenho e a necessidade de cuidados em tarefas diárias, motoras e cognitivas (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Medida de Independência Funcional	
Alimentação	7
Higiene pessoal	7
Banho	4
Vestir parte superior	7
Vestir parte inferior	4
Utilização de sanita	7
Controlo Bexiga	4
Controlo intestino	7
Transferências leito, cadeira, cadeira de rodas	4
Transferências sanita	4
Transferências banheira/duche	3
Compreensão	7
Expressão	7
Interação social	7
Resolução de problemas	7
Memória	7
Score 102 (dependência modificada)	

Para avaliação das atividades instrumentais de vida (AIVD), foi utilizada a escala de Escala de Lawton & Brody (Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira, Pinto e Martins, 2008).

AIVD	Score
Utilização do telefone	1
Fazer compras	0
Preparação das refeições	1
Tarefas domésticas	1
Lavagem da roupa	1
Utilização de meios de transporte	0
Manejo da medicação	1
Responsabilidade de assuntos financeiros	1
Total	6 (dependência ligeira)

11. Expectativas da D. R.M.

A D. R. refere que espera aumentar a sua independência na realização das atividades de vida diária, particularmente, deambulação e vestir/despir a parte de baixo. Tem especial expectativa na recuperação da capacidade de subir/descer escadas para poder sair de casa. Manifesta-se bastante motivada para a reabilitação.

CAPÍTULO III: DIAGNÓSTICOS E PLANO DE INTERVENÇÃO

Tendo em conta a avaliação de enfermagem de reabilitação realizada e fundamentada pela utilização de instrumentos de avaliação recomendados pela mesa do colégio da especialidade de enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2016), definiram-se diagnósticos de enfermagem, também estes baseados no padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação (OE, 2015).

Estes focos de enfermagem foram priorizados de acordo com os objetivos e expectativas da pessoa cuidada.

Diagnósticos de Enfermagem

- Movimento muscular diminuído
- Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercícios muscular e articular
- Risco de rigidez articular
- Potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha
- Equilíbrio corporal comprometido
- Potencial para melhorar a conhecimento e capacidade sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene
- Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário
- Autocontrolo: Continência urinária ineficaz
- Risco de queda
- Dor no joelho direito

Plano de Intervenção

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<p>Movimento muscular diminuído no inferior</p> <p>Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercícios muscular e articular</p> <p>Risco de rigidez articular</p>	<p>Manter e aumentar a força muscular</p> <p>Manter e aumentar a amplitude articular</p>	<p>Avaliar amplitude articular;</p> <p>Avaliar força muscular através de Escala de MRC;</p> <p>Ensinar/instruir e treinar exercícios isométricos:</p> <p>- Contrações isométricas dos flexores, extensores e abdutores da anca;</p> <p>Ensinar/instruir/treinar exercícios isotônicos:</p> <p>- Mobilizações ativas-assistidas, progredindo para ativas e ativas/resistidas do membro inferior operado (flexão/extensão da tibiotársica; flexão/extensão do joelho; flexão/extensão, abdução/adução e rotação interna e externa da coxofemoral</p>	<p>09/11 (MRC) Membro superior direito 3, membro superior esquerdo 4, membro inferior direito 3, membro inferior esquerdo 4.</p> <p>12/11 Foram ensinados e treinados exercícios isométricos.</p> <p>Mobilizações ativas livres do membro inferior não operado.</p> <p>Executadas mobilizações ativas-assistidas do membro inferior direito.</p> <p>Validado ensino acerca dos exercícios (pedido para repetir os exercícios) e incentivada a realizar os exercícios musculares entre visitas domiciliares.</p>

15

		<p>- Mobilizações ativas livres/resistidas do membro inferior são (esquerdo);</p> <p>- Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares.</p>	<p>19/11 Reavaliada força muscular (MRC) e verifica-se aumento da força muscular no membro inferior direito para 4 e membro inferior esquerdo 5. Mantém-se exercícios isométricos. Realiza mobilizações ativas-resistidas do membro inferior direito e mobilizações ativas do membro inferior esquerdo.</p>
<p>Movimento muscular diminuído nos membros superiores</p>	<p>Manter e aumentar a força muscular</p> <p>Manter e aumentar a amplitude articular</p>	<p>Ensinar/instruir/treinar exercícios isotônicos:</p> <p>- Mobilizações ativas, progredindo para ativas-resistidas dos membros superiores.</p>	<p>12/11 Instruídas e treinadas, mobilizações ativas dos membros superiores, de acordo com a tolerância (flexão, extensão, abdução e adução, rotação interna e externa da escapulo-umeral, flexão, extensão do cotovelo, pronação, supinação do antebraço, flexão palmar e dorsiflexão, oposição do polegar, flexão, extensão, abdução e adução dos dedos.</p>

16

Potencial para melhorar a conhecimento e capacidade sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado: higiene	Reduzir o déficit de autocuidado através da utilização de dispositivo auxiliar	Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado higiene; Providenciar material educativo sobre dispositivos auxiliares; Instruir/treinar sobre dispositivo de apoio para tomar banho (tábua de banho, esponja de cabo longo); Instruir e treinar entrar e sair da banheira.	09/11 Na avaliação inicial a utente estava a tomar banho com ajuda do marido para entrar na banheira, onde ficava de pé. Tem barra de apoio na banheira. Alertou-se para o elevado risco de queda. Foram demonstradas soluções de produtos de apoio. (tábua, cadeira de banho e esponja de cabo longo). Ensino de técnica de entrar e sair da banheira (entrar pelo lado não operado, agarrada à barra de apoio e depois passar a perna operada, sair também pelo lado não operado, pois é o membro que tem mais força muscular).
Potencial para melhorar a capacidade para usar dispositivo	Reduzir o déficit de autocuidado através da utilização de dispositivo auxiliar e técnica de adaptação	Instruir sobre técnica de adaptação para autocuidado vestuário: vestir-se como início pelo membro	Na avaliação inicial (09/11) a D. R. que necessita de ajuda do marido para vestir a metade inferior do

17

auxiliar e técnica de adaptação para autocuidado: vestuário		afetado e despir-se com início do lado oposto; Instruir e treinar a utilização de dispositivo auxiliar (calçadeira de cabo longo); Instruir e treinar o vestir/despir (vestir primeiro o membro operado, despir primeiro o membro não operado); Incentivar a pessoa a vestir/despir.	corpo (calçar meias e vestir as calças). 16/11 Ensino e treino da técnica de vestir/despir sentada e utilização de calçadeira de cabo longo. 23/11 Consegue calçar pantufas com velcro de forma independente através da utilização da calçadeira.
Potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha Potencial para melhorar o conhecimento sobre auxiliar de marcha	Melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha Capacitar a pessoa para subir/descer escadas para que possa sair de casa	Avaliar a capacidade para andar com auxiliar de marcha; Ensinar sobre auxiliar de marcha (ajuste correto e condições de segurança); Instruir sobre produto de apoio (ponteira de base alargada para canadiana);	Avaliação inicial (09/11) realizava marcha com andariño. Verificado ajuste do andariño. 12/11 Progressão para marcha com canadianas. Ajuste de canadianas. Ensino e treino de marcha a 3 pontos com canadianas (canadianas, perna operada (direita), perna não operada (esquerda)). Foi deixado material de apoio (escrito) com a técnica para subir e

18

		<p>Ensinar e treinar a andar com auxiliar de marcha (marcha a 3 pontos), inicialmente com andarilho e progredir para canadiana:</p> <p>Ensinar técnica para subir e descer escadas com auxiliar de marcha (subir: perna "boa", canadiana, perna operada/ descer: canadiana, perna operada, perna "boa");</p> <p>Instruir a andar com auxiliar de marcha (subir e descer escadas);</p> <p>Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha (disposição do mobiliário).</p>	<p>descer escadas, para preparar a próxima visita domiciliária.</p> <p>16/11 Iniciou treino de subir/descer escadas (1 lance) com auxílio de 1 canadiana. Revelou alguma dificuldade na execução da sequência de movimentos para subir. Pediu-se para repetir a sequência, enquanto executa os movimentos.</p> <p>19/11 Desceu e subiu 4 lances de escadas. Marcha na rua com canadiana em piso irregular (passeio)</p> <p>23/11 Desceu e subiu 4 lances de escada. Rua: marcha com canadiana em plano e, em inclinação, com piso irregular. Ligeira dificuldade com necessidade de parar a meio para descansar. Ensino técnica de gestão de energia: controlar a</p>
--	--	---	--

19

			<p>respiração, inspirar e dar alguns passos enquanto expira.</p> <p>24/11 Saiu de casa com o marido para realizar 3º dose vacina SARS COV-2,</p>
Equilíbrio corporal comprometido	Melhorar o equilíbrio ortostático dinâmico	<p>Avaliar equilíbrio através de Escala de Berg;</p> <p>Ensinar/instruir e treinar sobre técnica de equilíbrio estático e dinâmico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Treino de equilíbrio na posição ortostática, apoiada numa superfície estável (ex.lava-loiças), levantar os calcanhares do chão e ficar apoiado sobre um dos pés, levantar a ponta dos pés e ficar apoiado sobre os calcanhares, abdução e adução até à linha média 	<p>23/11 - Escala de Berg (Score 37)</p> <p>Ensino e treino de exercícios de treino de equilíbrio na posição ortostática, apoiada em superfície estável, foi utilizado lava-loiças. Como medida de segurança foi colocada cadeira atrás da senhora.</p>

20

		<p>sagital, flexão e extensão dos joelhos);</p> <ul style="list-style-type: none"> Treino de equilíbrio através do contorno de obstáculos e exercícios de controlo do movimento. 	
Risco de queda	Prevenir queda	<p>Avaliar risco de queda através de escala de Morse;</p> <p>Ensinar sobre adaptação do domicílio (retirar tapetes, arrumar móveis para evitar ter de os contornar, ter em atenção soalho solto, uso de calçado confortável e bem-adaptado aos pés, ligar a luz quando se desloca).</p>	<p>09/11 Escala de Morse (Score 65) Utilizava chinelo aberto.</p> <p>16/11 A usar pantufa fechada, com velcro para fechar. Sem quedas</p> <p>23/11 Sem quedas.</p>
Autocontrolo: Continência urinária ineficaz	Diminuir a intensidade e quantidade das perdas urinárias	<p>Avaliar tipo de incontinência e o impacto na qualidade de vida através da escala ICIQ-SF;</p>	<p>23/11 - Aplicada escala ICIQ-SF, com score de 4 o que traduz pouca repercussão na qualidade de vida. Identificando-se que a perda de urina está associada a tossir e</p>

21

		<p>Incentivar a realização de um diário miccional;</p> <p>Avaliar objetivos da D. R.</p> <p>Instruir exercícios para melhorar o controlo dos músculos do pavimento pélvico.</p>	<p>espirrar e também há limitação na mobilidade que dificulta chegar ao WC a tempo. A D. RM. Quantifica a perda urinária como pequena, antes usava penso de incontinência apenas quando saía de casa, neste momento usa sempre, pela limitação da mobilidade e pela sensação de segurança.</p>
Dor no joelho direito	Diminuir intensidade da dor	<p>Monitorizar dor através de escala numérica;</p> <p>Identificar com a utente quais os fatores desencadeantes e fatores de alívio.</p>	<p>Refere alívio da dor com crioterapia</p>

22

CAPÍTULO IV: CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal objetivo do tratamento destas fraturas é o rápido retorno do doente ao seu nível de funcionalidade anterior. Estas fraturas estão associadas a um elevado nível de mortalidade e morbidade, sendo que apenas metade das pessoas recuperam a sua funcionalidade (DGS, 2003). As intervenções cirúrgicas atualmente realizadas, com a utilização de materiais que proporcionam a estabilidade necessária para o início rápido da mobilização e da locomoção, diminuem certamente as complicações da imobilização. Mas, para que a recuperação funcional máxima seja possível, são necessárias, para além de uma cirurgia eficaz, outras medidas que previnam as complicações pós-fratura e pós-cirurgia e mantenham o doente na melhor condição física possível. A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação visa o diagnóstico precoce e a implementação de intervenções de enfermagem de reabilitação que visem manter ou recuperar a independência nas atividades de vida diária, prevenir as complicações e evitar incapacidades (Regulamento nº 392/2019)

Na realização deste estudo de caso, foram realizadas diversas atividades conducentes ao desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, nomeadamente, durante a avaliação das alterações da funcionalidade da pessoa, com a utilização de escalas e instrumentos de avaliação que permitiram identificar alterações nas funções e necessidades de intervenção, particularmente na função motora e da eliminação vesical. O plano de intervenção foi traçado em parceria com a pessoa cuidada, tendo em conta os seus objetivos e expectativas o que vai de encontro à J1.2.2 “discute as alterações da função (...) com a pessoa e define com ela quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir (...)” (Regulamento nº 392/2019, p. 13567)

Foi implementado treino de atividades de vida diária, nomeadamente deambulação, subir/descer escadas e vestir/despir e foi ensinada e supervisionada a utilização de produtos de apoio, nomeadamente, andarilho, canadiana, calçadeira de cabo longo. Foram ainda aconselhados outros produtos de apoio, particularmente cadeira de banho ou tábua de banho e esponja de cabo longo.

A realçar que o plano de intervenção traçado, ainda está em execução e que este é dinâmico, carecendo de reavaliações de forma a monitorizar os resultados das intervenções implementadas e se, necessário, o ajuste ou reformulação das mesmas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Qualidade de vida*. Vol. 25. N.2.

Araújo, F., Pais Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In: I.Leal, J.Pais-Ribeiro, I. Silva & S.Marques (Edts.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp.217-220). Lisboa: ISPA

Barbosa, S. C. A. (2013). Fraturas da extremidade proximal do fémur nos idosos (Trabalho final do 6º ano médico com vista à atribuição do grau de mestre no âmbito do ciclo de estudos de mestrado integrado em medicina). Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/37347/1/Fraturas%20da%20extremidade%20proximal%20do%20femur%20nos%20idosos.pdf>

Cipriani, R.; Farias, M.L.F. (2005). Osteoporose após transplante de órgãos sólidos. *Arq Bras Endocrinol Metab* 49, 369-377. Disponível em <https://www.scielo.br/j/abem/a/CFdpxT9sqCkxFWCyMHSxYQv/?format=pdf&lang=pt>

Direção-Geral de saúde (2003). *Fracturas da Extremidade proximal do fémur no idoso – Recomendações para Intervenção Terapêutica*. Lisboa:DGS

Lourenço, M.; Faria, A.; Ribeiro, R.; Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema músculoesquelético. In Ribeiro, O. (coords.), *Enfermagem de Reabilitação: conceções e práticas* (pp.281-328). Lisboa: Lidel

Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). Avaliação Geriátrica Global. Disponível em https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/GERMI_36.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia orientador de boas práticas - Cuidados à pessoa com alteração da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 05/04/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp_mobilidade_vf_s_ite.pdf

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

Ordem dos enfermeiros (2016). Enfermagem de reabilitação: Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Lisboa. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colejos/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf;

Palma, M.; Teixeira, H.; Pino, H.; Vieira, J.; Bule, M.J. (2021). Programa de reabilitação para a pessoa com fratura da extremidade superior do fémur: estudo de caso. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.182>

Regulamento nº 392/2019. (2019). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República. Série II (No 85 de 3 de maio de 2019). 13565-13568. ELI:<https://data.dre.pt/eli/port/392/2019/11/05/p/dr>

APÊNDICE VI
Folheto “ A importância do posicionamento após o AVC”

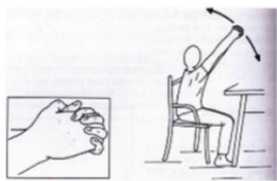
Auto-mobilizações

As auto-mobilizações são um exercício importante para que a pessoa possa tomar consciência do membro afetado como parte do seu corpo e ajudam a manter o membro superior em padrão anti-espástico.

Como realizar?

Deitado de costas ou sentado, entrelace as mãos

Estique os braços e eleve as mãos acima da cabeça: Repita estes movimentos, subindo e descendo os braços. Deverá acompanhar este movimento com o olhar.



Dicas

Disponibilize o mobiliário e objetos no lado afetado (mesa de cabeceira, televisão, comandos).

Assim há uma maior estimulação e conscientização do lado afetado;

Ter sempre pés apoiados no chão ou numa base;

Sempre que possível a pessoa deve ter uma superfície de trabalho, pois esta contribui para uma postura correta e é útil para a realização de atividades, como a alimentação.



Trabalho realizado por Marisa Sousa (estudante do 12º CMER ESEL)

A importância do posicionamento após o AVC

Posicionamento após o AVC

O posicionamento adequado é o primeiro passo na recuperação da pessoa com AVC, sendo fundamental na prevenção de uma das suas complicações, a espasticidade.

A espasticidade caracteriza-se por uma contração exagerada dos músculos no lado afetado. Esta contração exagerada, dificulta a mobilização e provoca rigidez nas articulações.

Assim, deve-se tentar que a pessoa se mantenha em posicionamento em padrão anti-espástico durante todo o dia. Para isso pode-se ir alternando entre os seguintes posicionamentos:

Posicionamento em padrão anti-espástico: Deitado de Costas

A almofada da cabeça deve ficar a apoiar até aos ombros;

Apoiar o braço afetado sobre almofadas mantendo-o estendido e afastado do corpo com a palma da mão aberta e virada para cima;

Colocar uma almofada na anca da perna afetada, evitando que rode para fora.



Posicionamento em padrão anti-espástico: Deitado de lado para o lado afetado

A cabeça deve ficar apoiada numa almofada

O braço afetado deve ficar esticado e apoiado na cama, com a palma da mão virada para cima e dedos afastados

A perna afetada deverá ficar com o joelho e anca ligeiramente dobrado. A perna sã fica apoiada numa almofada e também ligeiramente dobrada



Posicionamento em Padrão anti-espástico: Deitado para o lado são

Colocar uma almofada baixa, na cabeça;

Apoiar o braço afetado em almofadas da altura do ombro

Apoie o braço afetado estendido sobre almofadas da altura do ombro. Palma da mão virada para baixo e os dedos afastados

Apoie a perna e o pé afetado sobre almofadas, colocando a anca e joelho dobrados



Posicionamento em padrão anti-espástico: Sentado em cadeira de ro-



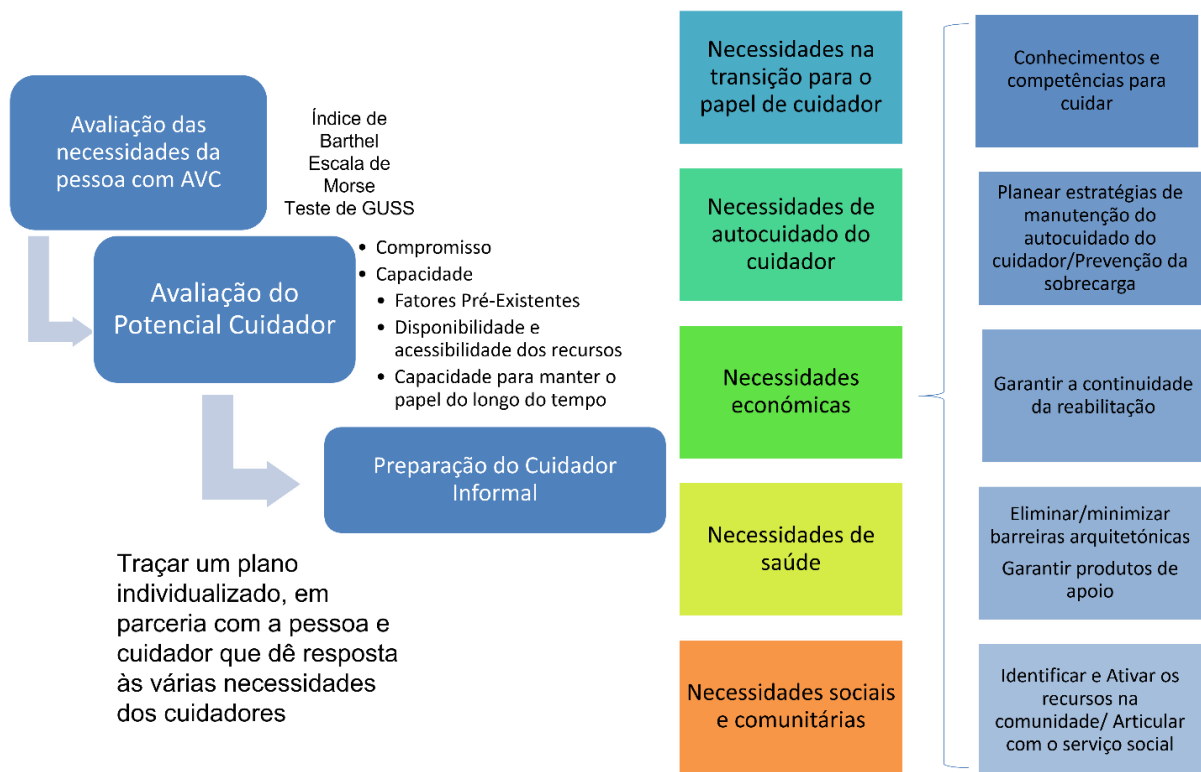
A pessoa deve estar sentada numa posição confortável e com os pés apoiados.

O braço afetado deve ficar esticado, apoiado em almofadas ou numa superfície de trabalho. A palma virada para cima e dedos afastados



APÊNDICE VII
Fluxograma e Plano de preparação do cuidador informal da pessoa com AVC

Fluxograma da preparação do cuidador informal da pessoa com AVC



Adaptado de Lutz et al 2017; Araújo et al, 2018; Ferreira et al, 2020 e Chen et al, 2021

Plano de Preparação do Cuidador Informal da Pessoa com AVC

Avaliação do Potencial cuidador	
Compromisso	Proximidade da relação Disposição para cuidar Distância geográfica
Capacidade	<p>Fatores Pré-existentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemas de saúde • Responsabilidades prévias • Experiência prévia como cuidador <p>Barreiras arquitetónicas/acessibilidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade e acessibilidade de recursos • Suporte formal e informal • Recursos financeiros <p>Capacidade para manter o papel ao longo do tempo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estratégias para manter o seu autocuidado • Resposta à crise • Implicações a longo prazo • Expectativas de recuperação
Preparação do Cuidador	
Traçar objetivos em parceria com a pessoa e cuidador	
Identificar e ativar os recursos na comunidade/Articular com o Serviço Social	Serviço de Apoio Domiciliário RNCCI (ECCI e descanso do cuidador) Centro de dia Cuidador formal Amigos e familiares Associações de cuidadores

	Apoios financeiros (atestado multiusos, complemento por dependência, estatuto do cuidador informal)		
Eliminar/Minimizar barreiras arquitetônicas em casa			
Produtos de apoio			
Necessidade de aquisição de conhecimentos e competências para cuidar			
	Necessidade identificada	Ensinar/instruir/treinar	Suporte escrito
Capacidade para dar de comer /beber			
Capacidade para alimentar/hidratar por SNG			
Capacidade para cuidar da higiene pessoal			
Capacidade para usar o sanitário			
Capacidade para vestir/despir			
Capacidade para transferir			
Capacidade para posicionar			
Planear estratégias de manutenção do autocuidado do cuidador/Prevenção da Sobrecarga	<p>Identificar estratégias de manutenção do autocuidado do cuidador</p> <p>Suporte familiar/amigos</p> <p>Desenvolvimento de estratégias de coping (gerir as várias responsabilidades; consultas, exames; lidar com as alterações comportamentais e emocionais)</p> <p>Informar acerca da possibilidade de referência para RNCCI – Descanso do cuidador</p>		
Garantir a continuidade dos cuidados	<p>Programa de enfermagem de reabilitação para o domicílio</p> <p>RNCCI -ECCI</p> <p>Articular com outros profissionais para prescrição de Medicina Física e Reabilitação</p>		

Adaptado de Lutz et al 2017; Araújo et al, 2018; Ferreira et al, 2020 e Chen et al, 2021