

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Reabilitação

**A pessoa idosa com alterações da mobilidade:
Intervenções do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação no domicílio**

Berta Rodríguez Rios

2014

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

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Reabilitação

**A pessoa idosa com alterações da mobilidade:
Intervenções do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação no domicílio**

Berta Rodriguez Rios

Professor Joaquim Paulo Cabral de Oliveira

2014

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

DEDICATÓRIA

Dedico o presente relatório à Equipa da
Unidade de Cuidados à Comunidade de Torres
Vedras e à Equipa do Serviço de Cirurgia
Cardiorácica do Hospital de Santa Maria.

AGRADECIMENTOS

Às Equipas de Saúde que me proporcionaram a possibilidade de partilhar as suas experiências e conhecimentos.

Aos utentes que formaram parte desta “aventura” por me ensinar muitas coisas importantes.

Ao Enfermeiro Fernando Godinho e à Enfermeira Ester Malcato, orientadores dos respetivos campos de estágio, pela sua experiência, profissionalismo e boa disposição.

Ao Professor Joaquim Oliveira pela sua sabedoria, experiência e paciência durante este longo percurso.

Aos meus pais por fazerem este sonho realidade.

Ao meu marido e às minhas filhas pela paciência, pela tolerância nos piores momentos, mas sobre tudo pelo amor dedicado, que transformou este percurso “árduo” num momento enriquecedor e fortalecedor como família.

INDICE DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

AIVD- Atividades Instrumentais da Vida Diária

APA- *American Psychological Association*

ARN- *Association of Rehabilitation Nurses*

AVD- Atividades de Vida Diária

CATR- Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias

CHLN- Centro Hospitalar Lisboa Norte

DGS- Direção Geral da Saúde

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GNR- Guarda Nacional Republicana

INE- Instituto Nacional de Estatística

IPSS- Instituições Particulares de Solidariedade Social

MIF- Medida de Independência Funcional

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial da Saúde

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAPE- Sistema Apoio à Prática de Enfermagem

SCCT- Serviço de Cirurgia Cardiorácica

SNS- Sistema Nacional de Saúde

VD- Visitação domiciliária

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCINT- Unidade de Cuidados Intermédios

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

RESUMO

As pessoas idosas são alvo de transformações que se traduzem em alterações da mobilidade perturbando a realização das AVD. Estas alterações da mobilidade podem estar associadas a fatores internos, relacionados com o próprio processo de envelhecimento, mas também de fatores externos, como a diminuição do movimento corporal causado pela evolução da tecnologia. O Enfermeiro de Reabilitação pode ter um papel fundamental na implementação de intervenções que minimizem os efeitos causados pelas alterações na mobilidade.

O desenvolvimento do estágio teve como finalidade a implementação de um plano de reabilitação adequado e adaptado à pessoa idosa, de forma a promover a melhoria da mobilidade. Teve também a finalidade de proporcionar as experiências de aprendizagem necessárias para completar o processo formativo. Estas foram extremamente relevantes para o sucesso do mesmo, pois conduziram ao desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

A elaboração deste plano de reabilitação implicou o desenvolvimento de habilidades a nível da observação, gestão e capacidade de adaptação por parte do EEER. A implementação deste plano trouxe ganhos aparentes na mobilidade da pessoa idosa, nomeadamente, aumento da força muscular; melhoria no desempenho na realização de AVD; desenvolvimento aparente do controlo postural e da motricidade fina; e melhoria a nível da função respiratória. O planeamento, implementação e posterior avaliação destas intervenções foi de vital importância para a aquisição e desenvolvimento das competências específicas de enfermeiro especialista, mas também de EEER.

Todos estes ganhos foram importantes para a promoção do autocuidado e independência da pessoa idosa durante a realização das suas AVD, mas também conduziu a uma melhoria aparente nas relações interpessoais entre os elementos do agregado familiar reduzindo, assim, o isolamento do idoso.

Palavras-chave: pessoa idosa, mobilidade, enfermeiro de reabilitação, domicílio

ABSTRACT

Elderly people undergo transformations that translate into mobility alteration affecting activities of daily living. These mobility modifications may be associated with internal factors that are directly related to natural ageing process, and external factors such as decrease of bodily motion due to technology evolution. A Rehabilitation nurse can have a fundamental role in the process of implementing interventions that minimize effects caused by mobility alterations.

The aim of this internship process was the implementations of a rehabilitation plan adapted and adequate to an elderly person, in order to promote mobility improvement. It also had as main goal to promote and seek learning experiences that are necessary to complement formative guidance. These experiences were extremely important for the success of this learning process because it lead to the development of skills that a specialized nurse in rehabilitation needs to have.

The elaboration of this rehabilitation plan implicated the development of abilities regarding observation, management and the capacity of adaptation to Rehabilitation nurse. The implementation of this plan brought an evident gain to mobility of elderly person, especially, an increase of muscle strength, improvement of daily living activities, aparent development of bodily posture, increase fine motor skills and improvement of respiratory function. Planning, implementation and further evaluation of these interventions was a vital importance to the nurse in order to gain and develop specific competencies as a specialist nurse and also a Rehabilitation nurse. All this gains were important to promote self-care and improve the elderly people capacity to maintain the independence regarding the daily living activities. It was also relevant for the promotion of interpersonal relations between family elements, reducing elderly isolation.

Key-words: elderly people, mobility, Rehabilitation nurse, home.

INDICE	Página
1- INTRODUÇÃO	10
1.1- Justificação da escolha da área temática	11
1.2- Formulação do problema e a sua contextualização	12
1.2-1. Formulação do problema geral e problemas parcelares	12
1.2-2. Contextualização do problema	12
1.3- Enquadramento conceptual	13
1.3-1. O processo de envelhecimento	13
1.3-2. A mobilidade da pessoa idosa	15
1.3-3. A pessoa idosa e a enfermagem de Reabilitação no domicílio	17
1.4- Quadro de referência teórico de enfermagem utilizado - Modelo teórico de Orem	18
1.5- Objetivos gerais e competências definidas no Projeto Formativo	22
1.6- Contextualização das Unidades de Saúde onde o estágio foi desenvolvido	22
2- EM DIRECÇÃO À AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	24
2.1- Percurso realizado na área de reabilitação sensoriomotora	24
2.1.1- A integração na dinâmica e funcionamento da Unidade de Cuidados à Comunidade de Torres Vedras	24
2.1.2- A importância da avaliação global da pessoa idosa com alteração da mobilidade.	27
2.1.3- A necessidade de aprofundar conhecimentos específicos de enfermagem de reabilitação da pessoa idosa com alteração da mobilidade.	33
2.1.4- As intervenções de EEER no cuidado à pessoa	

1- INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório de estágio tem como finalidade a descrição, análise, contextualização e discussão das atividades que conduziram à aquisição e desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Este surge como instrumento de avaliação do estágio desenvolvido no âmbito do Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, o qual correspondeu à implementação do Projeto Formativo que pode ser consultado no Apêndice 1. Este relatório seguirá as normas da *American Psychological Association* (APA) para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações.

Os objetivos do relatório de estágio assentam na demonstração de capacidade de análise do desenvolvimento do conhecimento, mas também no estudo das dimensões éticas, históricas, sociais e económicas da prática de enfermagem. A aplicação adequada de conhecimentos de enfermagem, noutras disciplinas da prática clínica, também faz parte dos objetivos deste relatório, assim como o desenvolvimento de atividades que reflitam e questionem práticas e paradigmas de enfermagem.

O presente relatório está dividido em 4 capítulos. No primeiro capítulo será realizada uma breve descrição dos objetivos do relatório, a justificação da escolha da área temática, formulação do problema e a sua contextualização; será apresentado também um pequeno enquadramento conceptual e o quadro de referência teórico de enfermagem utilizado. Os objetivos gerais do projeto de estágio também constam deste capítulo, assim como a breve descrição e contextualização das unidades de saúde onde o estágio foi desenvolvido.

O segundo capítulo englobará a descrição das atividades desenvolvidas em ambos campos de estágio e subsequente análise dos resultados obtidos. O terceiro capítulo estará constituído pela avaliação da aprendizagem realizada e competências

adquiridas. O quarto e último capítulo, as conclusões e trabalho futuro serão apresentados.

1.1- Justificação da escolha da área temática

Portugal, assim como outros países, encontra-se numa fase de transição demográfica onde existe um aumento acentuado e progressivo da população idosa e uma redução marcada do número de nascimentos (Martins, 2003). Em 2011 existiam mais de um milhão e meio de pessoas com idade superior a 65 anos (INE, 2011). Estes números tornam-se preocupantes, surgindo assim a necessidade de compreender e conhecer a realidade da saúde e do envelhecimento desta população, em contínuo crescimento. O estudo da mesma deve ser realizado a curto, médio e longo prazo, com o intuito de promover uma melhoria na qualidade das intervenções (Martins, 2003).

A evolução da tecnologia e da indústria, assim como o desenvolvimento de máquinas cada vez mais complexas, conduziram a uma diminuição do movimento corporal necessário no dia-a-dia. Isto em conjunto com as alterações próprias do processo de envelhecimento, tais como: (1) diminuição de elasticidade dos tecidos; (2) perda de flexibilidade dos músculos; (3) redução da mobilidade de ossos e articulações provocaram uma redução progressiva da atividade física da pessoa (Falcão, 2011; Mailloux-Poirier, 1995a), transformando os idosos numa população mais suscetível de desenvolver problemas relacionados com a mobilidade (Berger, 1995).

A enfermagem de reabilitação tem um papel muito importante nestas pessoas e nas suas famílias, intervindo de forma a promover a recuperação da função e viver com o maior grau de independência possível. O envolvimento global da família e da pessoa é vital no processo de reabilitação, na recuperação e reintegração na comunidade (Lutz e Davis, 2011).

As alterações extremas da mobilidade física podem provocar problemas emocionais, mentais e chegar a interferir no funcionamento global da pessoa, provocando uma

redução na qualidade de vida (Kneafsey, 2007). “A imobilidade e a limitação funcional podem provocar depressão, desorientação, irritabilidade, falta de energia ou interesse, incontinência, alterações do equilíbrio, aumento da dor ou sofrimento e doenças em geral” (Hoeman, Liszner e Alverzo, 2011: 209). A intervenção adequada, adaptada e precoce do EEER nestas pessoas, pode ser o ponto de viragem na evolução do declínio da qualidade de vida das pessoas idosas, deste modo, surge a necessidade de aprofundar os conhecimentos relacionados com esta temática, com a finalidade de delinear e implementar intervenções que respondam, de uma forma adequada, às necessidades apresentadas por esta população.

1.2- Formulação do problema e a sua contextualização

1.2.1- Formulação do problema geral e problemas parcelares

Após a justificação da área temática, surge o problema geral ao qual se pretendeu responder com a elaboração e implementação do Projeto de Estágio Formativo subjacente a este Relatório.

- Quais são as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na pessoa idosa com alteração da mobilidade no domicílio?

Surgem 3 problemas parcelares:

- Quais são os fatores que provocam alteração da mobilidade?
- Como estão relacionados o processo de envelhecimento e o domicílio com as alterações da mobilidade da pessoa?
- Quais são as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na pessoa idosa com alteração da mobilidade no domicílio?

1.2.2- Contextualização do problema

O envelhecimento é um processo normal e universal, que não deve ser considerado como um sinal de doença. O estilo de vida e o estado de saúde são alguns dos fatores que influenciam a velocidade da involução dos sistemas orgânicos da pessoa idosa (Berger, 1995d). Segundo dados do INE (2011), existem em Portugal

1.693,493 pessoas idosas (com mais de 65 anos). A alteração da mobilidade nos idosos é, muitas vezes, consequência dos numerosos problemas de saúde que os afetam.

As alterações de alguns sistemas orgânicos, nomeadamente do sistema músculo-esquelético e do sistema nervoso, em conjunto com o envelhecimento, convertem os idosos numa população de risco, no que diz respeito ao desenvolvimento de alterações da mobilidade (Berger,1995d). Estas alterações podem conduzir a uma deterioração do estado emocional do idoso, provocando múltiplos sintomas associados, como a depressão ou o isolamento social, mas também pode levar a alterações do estado físico de saúde (Boechat, Manhães e Filho, 2012).

A independência e a autonomia dos idosos estão diretamente relacionadas com o desempenho equilibrado do humor, da cognição, da mobilidade e da comunicação. “A mobilidade é vista como uma capacidade individual de deslocamento e de manipulação do meio onde o indivíduo está inserido” (Organização Pan-Americana da Saúde, 2012: 11).

1.3- Enquadramento conceptual

A elaboração do enquadramento conceptual foi realizada com suporte em várias pesquisas em bases de dados científicas disponíveis, nomeadamente, *EBSCO Host*, B-on-biblioteca do conhecimento, assim como o Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP) e a base de dados *Scielo*. Foram também efetuadas pesquisas no *site online* do Instituto Nacional de Estatística (INE), Organização Mundial da Saúde (OMS), Ordem dos Enfermeiros (OE) e no catálogo bibliográfico *online* da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

1.3-1- O processo de envelhecimento

Segundo dados da OMS de 2011, 11% da população mundial detinha mais do que 60 anos; na Europa, a população com mais de 60 anos era de aproximadamente

20% (OMS, 2011); e em Portugal, 19.03% da população tem mais do que 65 anos (INE, 2012). Após a análise destes dados é urgente planear novas intervenções em saúde, de forma a conseguir dar uma resposta mais adequada a esta população, que se encontra em franco desenvolvimento. Embora tenham existido progressos na área da saúde, a realidade da população idosa portuguesa é diferente da de outros países europeus, mostrando que, frequentemente, esta população vivencia os últimos anos de vida “acompanhados de situações de fragilidade e incapacidade que frequentemente estão relacionadas com situações suscetíveis de prevenção” (DGS, 2004:1).

O envelhecimento humano pode ser definido como “o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” (DGS, 2004:3).

O processo de envelhecimento tem um início muito prematuro, mas só no final da terceira década é que as alterações funcionais e estruturais começam a ser perceptíveis. Esta involução é desigual entre os diversos órgãos e indivíduos. O processo de envelhecimento provoca efeitos distintos de um indivíduo para outro (Martins, 2003).

Assim, o envelhecimento vai originando uma serie de alterações no organismo da pessoa a vários níveis: as células diminuem a capacidade de mitose; o ritmo cardíaco abranda e a elasticidade dos vasos sanguíneos diminui; o sistema respiratório perde eficiência; o rim sofre alterações na capacidade de filtração e a bexiga no tónus muscular, que provoca um aumento da incidência de incontinência urinária; a nível gastrointestinal há uma diminuição da efetividade, ocasionado pela redução da capacidade de absorção do intestino, e a digestão torna-se mais lenta (Berger, 1995a).

O envelhecimento do sistema nervoso central tem um início prematuro, aumentando o tempo de reação perante os estímulos externos; existe uma diminuição da atividade metabólica; os sistemas intervenientes na reprodução também são atingidos; o sistema imunitário diminui progressivamente a sua atividade, traduzindo-se num aumento da fragilidade perante as ofensivas externas, aquando a velhice. O

ritmo biológico e o sono são perturbados pelo envelhecimento, sendo frequentes, nesta idade, as insónias, as alterações dos padrões do sono e o sono pouco profundo (Berger, 1995a).

Os processos cognitivos e psicológicos são também afetados pelo processo de envelhecimento. Existe uma quebra de inteligência, alterações da memória, lentificação da aprendizagem, dificuldade no armazenamento e organização dos dados, maior prudência e rigidez, baixa da criatividade, entre outros (Berger, 1995b).

Contudo, o envelhecimento faz parte do ciclo de vida, constituindo uma oportunidade para o vivenciar de forma saudável e autónoma durante o maior período de tempo possível. Para atingir este objetivo, devem ser criadas estruturas apropriadas para dar apoio a estas novas realidades e, assim, evitar fragilidades que com regularidade acompanham a pessoa idosa (DGS, 2004).

1.3-2- A mobilidade na pessoa idosa

O estado de saúde e o bem-estar da pessoa podem ser afetados de forma positiva ou negativa pela “estabilidade ou por alterações nas condições físicas ou biológicas do ambiente, disponibilidade de recursos de manutenção da vida como a água, comida, abrigo, roupas, e pelas condições sociais, culturais e políticas e também pelas mudanças” (Orem, 1995:142).

A Organização Pan-Americana da Saúde (2012) refere que a mobilidade é essencial para a execução das decisões tomadas, sendo esta a capacidade individual de desenvolver movimento e de manipular o meio onde o indivíduo está inserido. Junto com o humor, a cognição e a comunicação, a mobilidade está diretamente relacionada com a independência e autonomia da pessoa idosa, estando a imobilidade associada a qualquer limitação do movimento.

A mobilidade funcional é influenciada pela intervenção de vários sistemas: (1) sistema músculo-esquelético que é responsável pela força muscular, estabilidade e controlo do movimento, controlo postural e posicionamento; (2) sistema motor eferente do sistema nervoso periférico, encarregado do controlo do tónus muscular,

reflexos, movimento, coordenação, equilíbrio e desenvolvimento motor; (3) sistema nervoso central, onde o desempenho dos sentidos tem reflexo no equilíbrio, sensibilidade, estimulação e expressão; (4) percepção cognitiva; (5) condição psicossocial e emocional; (6) meio ambiente e tecnologia, fatores sociais, culturais e económicos (Hoeman, Liszner e Alverzo, 2011).

A inatividade crónica (relacionada com o sedentarismo) ou aguda (intercorrência que obrigue a um repouso no leito prolongado) vai condicionar uma inevitável alteração da mobilidade, que implica uma alteração na capacidade funcional do sistema músculo-esquelético. Se esta se mantiver durante um período de tempo, os restantes sistemas orgânicos também poderão ser atingidos, provocando uma desorganização global do organismo implicando uma continuidade da inatividade, tornando este processo um ciclo vicioso (Parada e Pereira, 2003). A imobilidade pode estar associada ao mito de que doença e a cama são inseparáveis (Cabete, 2005).

A mobilidade funcional é de extrema importância para a satisfação dos requisitos propostos na teoria do défice de autocuidado de Orem. O tipo e quantidade de requisitos a satisfazer depende de vários fatores, entre os quais se encontra a idade (Orem, 1995).

Ferreira (2011) refere que a limitação progressiva na capacidade de satisfazer estes requisitos é um dos efeitos mais evidentes da evolução do processo envelhecimento. A falta de apoio familiar e social contribuem para o isolamento e inatividade progressivos (Parada e Pereira, 2003).

A idade faz aumentar o esforço necessário para a pessoa se mobilizar, facto que pode desencadear uma diminuição da função motora, aumento do medo da queda e uma diminuição na confiança demonstrada durante a deambulação (Julius, Brach, Wert e VanSwearingen, 2012). As restrições da mobilidade na pessoa idosa podem estar exclusivamente associadas ao medo da queda, podendo dar origem a um declínio na função física e as suas consequências a nível da capacidade de realizar as suas AVD. (Deshpande, Metter, Lauretarni, Bandinelli, Guralnik e Ferrucci, 2008).

1.3-3- A pessoa idosa e a enfermagem de reabilitação no domicílio

Hesbeen (2003) define a reabilitação como uma prática multidisciplinar que assenta em conhecimentos científicos e cujo objetivo é assegurar, à pessoa com incapacidade ou deficiência e aos indivíduos que formam parte do seu ambiente envolvente, diferentes intervenções que permitam suprimir, atenuar e/ou ultrapassar os obstáculos criadores de desvantagem.

Já Hoeman (2011:1) define a reabilitação como “uma intervenção ativa para conseguir a máxima funcionalidade e para melhorar a qualidade de vida; e não um terceiro estágio dos cuidados de saúde, uma espécie de último recurso”.

A enfermagem de reabilitação tem importância na assistência à pessoa no desenvolvimento das suas potencialidades, na otimização da função alterada e na integração desta no processo de reabilitação (Hoeman, Liszner e Alverzo, 2011). Kneafsey (2007) refere que as intervenções de enfermagem nas pessoas com alteração da mobilidade ajudam a prevenir a imobilidade estimulando a mobilização. A *Association of Rehabilitation Nursing* (ARN, 2013) tem como missão ajudar as pessoas portadoras de doença crónica ou incapacidade física a atingir o seu maior potencial, adaptar-se às suas incapacidades e trabalhar em direção a uma vida produtiva e independente, podendo, para este fim, servir-se dos métodos de ajuda propostos por Orem.

Em Portugal, através da OE, foi aprovado a 20 de novembro de 2010 o Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Surge, com este Regulamento, um documento orientador que serve de guia para o enfermeiro no seu percurso profissional, como EEER.

Neste Regulamento estão explícitas as competências específicas do EEER, (OE,2010: 2):

- a) “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”.

A enfermagem de reabilitação tem um papel muito importante na comunidade, onde pode dirigir as suas intervenções em vários âmbitos: ambulatório, domicílio, centros de idosos ou equipas móveis de reabilitação. Estas intervenções do EEER na comunidade têm adquirido maior relevância, embora fatores como os recursos económicos e o tempo dificultem o acesso aos centros de reabilitação dos residentes em áreas rurais, provocando um atraso no início do processo de reabilitação. O facto de não existir EEER em número suficiente na comunidade também pode interferir no acesso das pessoas aos cuidados destes profissionais (Lutz e Davis, 2011).

Para Mayo, Wood-Dauphinee e Cote (2000) citado por Lutz e Davis (2011:25) “a reabilitação domiciliária promove a autonomia, a independência e a reintegração na comunidade”.

Maciel e Guerra (2005) referem que a idade, a má perceção em saúde e o défice cognitivo estão associados à alteração da mobilidade em idosos residentes na comunidade. A intervenção domiciliária consiste em prestar os cuidados de enfermagem no domicílio da pessoa, onde o EEER avalia o impacto da alteração da mobilidade na pessoa idosa e no agregado familiar. A implementação de intervenções de EEER é diferente de pessoa para pessoa e de família para família, sendo que o ambiente domiciliário permite à pessoa idosa reassumir os seus papéis dentro do seio familiar, atingindo uma melhoria nas rotinas da mesma. Estes cuidados domiciliários, tem vantagens para a pessoa, para a família, mas também para os serviços de saúde, pois o internamento hospitalar é sempre mais dispendioso do que os cuidados realizados no domicílio (Smith, 1995).

1.4- Quadro de referência teórico de enfermagem utilizado – Teoria do Défice de Autocuidado de Orem.

A Teoria do Défice de Autocuidado desenvolvida por Dorotheia Orem foi a escolha realizada para compreender de uma forma mais profundamente esta temática. Esta escolha fundamenta-se na estreita relação entre a mobilidade e a realização do autocuidado, sendo este fundamental na saúde das pessoas (Petronilho, 2012).

A necessidade de conhecer e compreender a Teoria do Défice de Autocuidado de Orem e os conceitos associados à mesma continuará evidente no segundo capítulo, onde a descrição das atividades realizadas e a análise dos resultados obtidos, terão como guia orientador este quadro de referência teórico.

Orem (1995) define o autocuidado como a realização de atividades em favor de si mesmo, de forma a manter a vida, a saúde e o bem-estar. Estas fazem parte de um conjunto que a pessoa necessita de satisfazer, diariamente, para regular o seu funcionamento e desenvolvimento. Estão relacionadas com habilidades, limitações, valores e regras culturais e científicas da própria pessoa, ou daquela que realiza o autocuidado.

A mobilidade e as suas alterações podem alterar o envolvimento da pessoa idosa no próprio processo de autocuidado, facto que pode afetar diretamente o bem-estar da mesma. Falcão (2011) vai ao encontro do mencionado por Orem, referindo que, em alguns idosos, a incapacidade se mobilizar, agir ou executar alguma coisa, implica menosprezo pela própria vida e, existe, em algumas situações, uma relação estreita entre morte e imobilidade.

A Teoria do Défice de Autocuidado de Orem incorpora 3 estruturas teóricas entre as que existe relação: a teoria do autocuidado, a teoria do défice de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (Orem, 1995).

Com o estudo desta teoria, surge uma série de conceitos que devem ser abordados com o intuito de compreender a importância do desenvolvimento da mesma na compreensão da temática abordada. O agente de autocuidado é o indivíduo que possui as habilidades necessárias para realizar o seu autocuidado. Quando os indivíduos não têm esta capacidade, surge a necessidade de ser outra pessoa a realizar o autocuidado; é o denominado agente dependente de autocuidado, que é habitualmente um familiar ou amigo. É relevante para a compreensão desta teoria, o conceito de ação de autocuidado que é a capacidade da pessoa se envolver no autocuidado. Existem vários domínios abrangidos nesta ação, o domínio cognitivo, físico, emocional ou psicossocial e comportamental. Existem fatores que interferem na realização da ação do autocuidado, denominados fatores condicionantes básicos que são “a idade; o sexo; o estado de desenvolvimento; o estado de saúde; a orientação sociocultural; fatores associados ao sistema de saúde; fatores do sistema

familiar; os padrões de vida; fatores ambientais e adequação e disponibilidade dos recursos” (Petronilho, 2012: 21).

Os requisitos de autocuidado apresentam 3 categorias (Petronilho, 2012:22):

1ª) Requisitos universais de autocuidado que são comuns a todos os seres humanos e estão associados à “manutenção da integridade, da estrutura e do funcionamento humano”, estes são: manutenção de uma quantidade suficiente de ar; ingestão de água e alimentos adequada; conservação dos processos de eliminação adequados; manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso; equilíbrio entre solidão e interação social; prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano; promoção do desenvolvimento e funcionamento dentro de grupos sociais. Estes requisitos são comumente denominados atividades de vida diária (AVD).

2ª) Requisitos de autocuidado de desenvolvimento, têm como objetivos promover situações e comportamentos que previnam o acontecimento de efeitos nocivos no desenvolvimento, e providenciar condições que ultrapassem esses efeitos. As situações que podem afetar o desenvolvimento são: privação da educação; problemas de adaptação social; falhas de saúde individual; perdas de familiares ou amigos; perda de haveres ou desemprego; mudança de residência; incapacidade; condições de vida opressivas, doença terminal ou morte iminente.

3ª) Requisitos de autocuidado no desvio de saúde, relacionados com condições que afetem a saúde da pessoa/indivíduo. Podem ser patologias, intervenções médicas ou tratamentos.

A Teoria do Déficit de Autocuidado é o componente essencial deste conjunto que forma a Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem. Nesta são abordados os motivos pelos quais as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem (Petronilho, 2012). Na teoria surgem 5 métodos de ajuda, cujo objetivo é auxiliar a pessoa na compensação das limitações de fazer por si próprio. Estes são: (1) agir a favor ou fazer pelo outro; (2) orientar e direcionar; (3) proporcionar suporte físico ou psicológico; (4) proporcionar e manter um ambiente que suporte o desenvolvimento pessoal; (5) e ensinar (Orem, 1995).

O déficit de autocuidado surge no momento em que as necessidades são superiores à capacidade de autocuidado da pessoa. Surge a oportunidade do enfermeiro

intervir de forma a minorar os efeitos deste défice. George (2000) citado por Petronilho (2012: 25), refere que Orem propõe cinco áreas de atividades para a prática de enfermagem:

- a) “Iniciar e manter um relacionamento enfermeiro-doente com o indivíduo, família ou grupo até que o doente não necessite de cuidados de enfermagem;
- b) Determinar se e como os doentes podem ser ajudados através dos cuidados de enfermagem;
- c) Responder às solicitações, desejos e necessidades do doente em relação ao contato e à assistência do enfermeiro;
- d) Prescrever, proporcionar e regular a ajuda direta aos doentes (e às pessoas significativas) numa perspetiva de enfermagem;
- e) Coordenar e integrar os cuidados de enfermagem na vida diária do doente, outra assistência de saúde necessária ou serviços sociais/educação necessários”.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem é a responsável por determinar qual é a resposta da enfermagem perante o défice de autocuidado. Os sistemas de enfermagem são baseados nas necessidades de autocuidado e também na capacidade da pessoa em satisfazer as mesmas. Isto traduz-se numa relação entre o que a pessoa pode realizar (ação de autocuidado) e o que é necessário para manter o funcionamento desejado (necessidade de autocuidado).

Nesta teoria surgem 3 sistemas de enfermagem: (1) sistema totalmente compensatório, onde a pessoa não consegue executar o autocuidado e depende de outra pessoa para o realizar; (2) sistema de parcialmente compensatório, a pessoa consegue desenvolver alguma ação de autocuidado, mas depende parcialmente do enfermeiro, para colmatar as limitações da pessoa nessa tarefa; (3) sistema de apoio-educação, a pessoa possui a capacidade de realizar o autocuidado, precisando apenas de orientação, apoio ou instrução do enfermeiro para o desenvolvimento do mesmo (Petronilho, 2012).

A alteração da mobilidade, assim como o processo de envelhecimento, podem afetar a capacidade da pessoa para desenvolver a sua ação de autocuidado e provocar défice de autocuidado, fazendo, assim, emergir a necessidade de cuidados de enfermagem.

1.5- Objetivos gerais e competências definidas no Projeto Formativo

O principal objetivo da realização do estágio foi adquirir competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Para tal, foram delineados os seguintes objetivos gerais:

- a- Integrar gradual e progressivamente a equipa multidisciplinar do local de estágio, conhecendo a dinâmica e funcionamento do mesmo;
- b- Realizar uma avaliação global da pessoa idosa no domicílio;
- c- Aprofundar os conhecimentos específicos de enfermagem na reabilitação da pessoa idosa com alteração da mobilidade;
- d- Desenvolver as intervenções específicas do EEER na reabilitação da pessoa idosa com alteração da mobilidade no domicílio;
- e- Promover o autocuidado da pessoa idosa com alteração da mobilidade.

1.6- Contextualização das Unidades de Saúde onde o projeto foi desenvolvido

As Unidades de saúde escolhidas para o desenvolvimento das competências de EEER foram: a Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) e o Serviço de Cirurgia Cardiorácica (SCCT) do Hospital de Santa Maria.

A escolha da UCC como local de estágio teve em conta vários fatores: (1) Existência de EEER em regime de visitação domiciliária (VD); (2) existência de população idosa para o desenvolvimento das atividades propostas; (3) EEER com intervenções na pessoa idosa com alterações da mobilidade;(4) existência de instrumentos de avaliação implementados que facilitassem o processo de desenvolvimento das atividades; (5) proximidade da área de residência.

A Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) Torres Vedras está inserida no Centro de Saúde de Torres Vedras que faz parte do Agrupamento de Centros de Saúde do Oeste Sul. A UCC está dividida em 3 polos: Pólo Carmões, Pólo Maxial e Pólo Silveira. O Pólo escolhido foi o Pólo Silveira por ser o único que tem Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em permanência.

A equipa da UCC do Pólo da Silveira está constituída por 5 enfermeiros, sendo dois EEER em prestação contínua de cuidados de reabilitação no domicílio. A UCC tem apoio de uma assistente social (1 dia/semana) e uma médica (2 horas por semana). Está inserida dentro da UCC a equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que se encontra baixo a tutela do Centro de Saúde e da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), pertencendo a esta equipa ambos EEER.

O EEER da ECCI presta cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com incapacidade ou limitação, relacionadas com diferentes contextos patológicos: doenças neuromusculares (esclerose múltipla, AVC), doenças neurológicas (demência, Alzheimer), doenças osteoarticulares (gonartrose), doenças do foro respiratório (doença pulmonar obstrutiva crónica –DPOC), entre outras.

A escolha do SCCT teve como finalidade complementar o processo de aquisição de competências, tendo em conta os seguintes critérios: (1) existência de EEER com experiência nos cuidados de enfermagem de reabilitação na área respiratória; (2) unidade de saúde com grande especificidade na patologia respiratória; (3) prestação de cuidados de reabilitação no treino de AVD.

O SCCT situa-se no piso 8 do Hospital de Santa Maria que ao mesmo tempo se encontra inserido dentro do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN). O SCCT está constituído por: (1)- Bloco Operatório com 2 salas, (2) UCI: Unidade de Cuidados Intensivos com 6 camas, (3) UCINT: Unidade de Cuidados Intermédios com 7 camas e (4)- Serviço de internamento (Enfermaria) com 19 camas, constituído por 3 quartos com 5 camas, por 2 quartos individuais e por 1 quarto com 2 camas.

Para satisfazer as necessidades de cuidados de enfermagem deste serviço, formam parte da equipa do serviço CCT, 60 enfermeiros. Destes só existem 2 EEER, mas só um deles é que se dedica em regime exclusivo à reabilitação.

As patologias, mais frequentes, abordadas neste serviço são: doenças do foro cardíaco (insuficiências valvulares, doenças de 3 vasos), doenças do foro respiratório (neoplasias do pulmão, traumatismos torácicos), entre outras.

2- EM DIREÇÃO À AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O estágio desenvolvido no âmbito do plano de estudos do Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação da ESEL, tem como objetivo adquirir competências de EEER, para tal, foi necessário o desenvolvimento de dois estágios, um na área da reabilitação sensoriomotora e um segundo na área da reabilitação respiratória.

As duas áreas de reabilitação serão abordadas de forma independente, tendo em conta que o estágio na área sensoriomotora teve uma duração de 12 semanas e o estágio na área respiratória teve uma duração de 6 semanas.

Para tornar a leitura deste capítulo coerente, clara e ordenada, o desenvolvimento do mesmo será realizado seguindo uma lógica de apresentação, onde para cada subcapítulo estará dividido em duas partes. A primeira, onde será realizada uma descrição das atividades desenvolvidas, e uma segunda, onde constará a reflexão e análise das mesmas, tendo em conta as competências de EEER alcançadas.

2.1- Percurso realizado na área de reabilitação sensoriomotora

2.1.1- A integração na dinâmica e funcionamento da Unidade de Cuidados à Comunidade de Torres Vedras

Atividades desenvolvidas:

A integração no local de estágio foi de vital importância para o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista e enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

A ECCI de Torres Vedras foi criada em setembro de 2013, pelo qual ao início do meu estágio (Outubro de 2013) o desempenho da ECCI ainda não estava totalmente otimizado, mas esta situação não teve reflexos no desenvolvimento do estágio.

A ECCI está destinada a “todas as pessoas com situações de perda de autonomia, portadoras de diversos tipos e níveis de dependência, que necessitem de intervenções sequenciais de saúde e apoio social” (RNCCI, 2007).

As atividades desenvolvidas passaram por uma apresentação aos profissionais que desenvolvem funções na UCC de Torres Vedras. Para a realização desta atividade foi rentabilizado o tempo disponível, nomeadamente, durante o intervalo para o almoço e a partilha de táxi. Estes momentos serviram para conhecer melhor os profissionais da UCC e assim, facilitar o estabelecimento de relações interpessoais e interprofissionais mais estreitas.

O conhecimento da estrutura física da UCC foi fundamental para conseguir desenvolver as atividades propostas para o desenvolvimento de competências. Este conhecimento baseou-se na observação do espaço e na colocação de questões aos profissionais sobre a utilização do mesmo.

O estabelecimento de uma relação interprofissional com os elementos que formam a UCC ofereceu-me a oportunidade de explorar as possibilidades de aprendizagem que surgiram durante o tempo de estágio. A participação ativa nas reuniões de serviço, a escuta ativa das opiniões dos profissionais envolvidos, a exposição da minha opinião, quando assim era necessário, foram atividades que fortaleceram as relações interprofissionais.

De uma forma informal, esta participação também foi relevante nas discussões sobre a prestação de cuidados em situações específicas, tornando estes momentos numa partilha de conhecimentos e de preocupações.

Análise das atividades desenvolvidas:

Para compreender o funcionamento da UCC foi necessário empenho, interesse e uma pesquisa da estrutura organizacional do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), Centros de Saúde e UCC, que proporcionou a informação necessária para

compreender, de forma mais profunda, como é que estas unidades de saúde estão organizadas, qual é a sua população alvo e qual a sua finalidade.

Para o desenvolvimento de uma atividade numa unidade de saúde, é necessário conhecer de uma forma exaustiva, as rotinas, normas e procedimentos do serviço. Para isso foi necessário um esforço extra para manusear corretamente o sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE), fazendo com que os registos neste aplicativo fossem realizados de forma correta.

Devido a ausência de experiência profissional na área dos cuidados de saúde primários, o desenvolvimento do estágio na UCC obrigou a um esforço suplementar para atingir os objetivos propostos para o mesmo.

O estabelecimento de relações interpessoais foi gradual e bem-sucedido, aproveitando os momentos de convívio e lazer, para a melhoria das mesmas. É de salientar que no fim do estágio, alguns profissionais mostraram-se “tristes” com a conclusão do mesmo. Por todos os lugares por onde passamos, levamos sempre lembranças e amigos, mas também deixamos marcas nas pessoas com quem nos relacionamos.

Um dos grandes desafios que surgiram durante a integração na UCC foi a utilização de uma forma correta, do Sistema Aplicativo para a Prática de Enfermagem (SAPE), sendo este o instrumento utilizado para o registo das intervenções dos enfermeiros. Até à chegada à UCC, não tinha existido contacto com este aplicativo. Foi necessário muito empenho e esforço para conseguir acompanhar a utilização do mesmo.

A integração nesta unidade de prestação de cuidados de saúde, proporcionou-me a oportunidade de desenvolver a capacidade de organização de recursos materiais necessários para a visita domiciliária, mas também foi importante na aprendizagem e aperfeiçoamento de competências a nível de gestão do tempo e dos recursos humanos.

A necessidade de deslocação de carro por longas distâncias foi um desafio para o sucesso na integração na UCC. Esta deslocação chegava a superar os 70 km/dia, causada pela magnitude da área de intervenção do EEER.

A existência de um carro para dois EEER provocou uma divisão do tempo de usufruto do carro. Este facto não foi, de todo, um fator facilitador da integração,

porque o tempo em que o carro nos era distribuído, implicava fazer o maior número de VD, de forma a rentabilizar o carro e tempo do EEER, provocando, em algumas ocasiões, *picnics* improvisados dentro do carro.

Nos dias em que o carro estava distribuído ao outro EEER, organizávamos as VD de modo a conseguir partilhar o táxi utilizado pelos outros enfermeiros da UCC, visitando os utentes da mesma zona de intervenção.

2.1.2- A importância da avaliação global da pessoa idosa com alteração da mobilidade.

Atividades desenvolvidas:

A avaliação global da pessoa idosa com alteração da mobilidade é fundamental na adaptação das intervenções do EEER às necessidades de autocuidado da pessoa idosa, utilizando em cada situação, os diferentes métodos propostos por Orem.

A avaliação da pessoa idosa implica determinar o grau de independência funcional, o ambiente, os dispositivos de apoio e o equipamento que possa ser necessário para promover a segurança durante o desempenho das AVD. A avaliação da execução de AVD e atividades instrumentais da vida diária (AIVD), a compreensão dos objetivos de vida, da educação e do lazer da pessoa idosa, também fazem parte do objetivos de uma avaliação global da pessoa idosa (Hoeman, Liszner e Alverzo, 2011).

O conhecimento dos instrumentos utilizados na UCC, assim como, a sua correta utilização, foram de extrema importância para a realização de uma avaliação global da pessoa idosa com alteração da mobilidade.

Os instrumentos de avaliação devem satisfazer uma série de princípios: validade, confiança, sensibilidade e adequabilidade. Mas também devem ser práticos, fáceis de aplicar e capazes de produzir resultados significativos (Kelly-Hayes e Philipps, 2011).

Os instrumentos utilizados na UCC de Torres Vedras para a avaliação das Atividades de Vida Diária são a Medida de Independência Funcional (MIF) e o Índice de Barthel que, segundo Kelly-Hayes e Philipps (2011), são os mais utilizados hoje em dia pelos EEER, para esta finalidade. A MIF tem valores entre o 18 (dependência máxima) e o 126 (independência completa) e a Escala de Barthel varia entre os 0

(dependência total) e o 100 (independência). A utilização da MIF foi predominante sobre o Índice de Barthel, devido à preferência do EEER presente no campo de estágio.

Estes instrumentos foram os mais utilizados, durante o estágio, para o levantamento das necessidades de autocuidado destas pessoas.

O instrumento de avaliação da força muscular utilizado foi a escala de Lower, que avalia a força muscular, com valor de 1/5 (sem presença de contração muscular) a 5/5 (força muscular mantida/normal), sendo esta efetuada segmento a segmento corporal.

A escala de Answorth modificada também foi utilizada durante o desenvolvimento deste estágio. Esta avalia a presença e/ou o grau de espasticidade de todos os segmentos corporais. Esta escala tem valores que variam do grau 0 (sem espasticidade) ao grau 4 (espasticidade máxima).

A utilização adequada dos instrumentos utilizados pelo EEER na UCC de Torres Vedras foi uma atividade que obrigou à realização de uma pesquisa e um estudo dos mesmos, com a finalidade de otimizar a sua aplicação, alcançando resultados fidedignos sem a necessidade de consumir muito tempo na sua aplicação.

A VD, vista como uma ferramenta dos profissionais de saúde, deve cumprir os princípios do Sistema Nacional de Saúde, “universalidade de acesso, equidade na assistência e integralidade na assistência” (Sossai e Pinto, 2010:575).

A VD não pode ser vista como uma visita social ou uma obra de caridade, deve ter uma finalidade específica e preestabelecida. Esta precisa de preparação, predisposição e disponibilidade de tempo para a sua realização. Um dos benefícios da VD é a criação de um vínculo entre o utente/família com os profissionais que a realizam. Esta visitação, se for efetuada de forma apropriada, agrada à população, mas também faz com que exista uma redução na demanda de cuidados de saúde, diminuindo assim os custos em saúde, tanto para a família como para o Sistema Nacional de Saúde (SNS) (Sossai e Pinto, 2010).

A VD fortalece a humanização nos cuidados pois estabelece uma relação robusta entre o utente/família e o profissional de saúde, garantindo uma prestação de cuidados de qualidade (Sossai e Pinto, 2010).

A utilização da VD como momento privilegiado na avaliação da pessoa idosa com alterações da mobilidade, revelou-se útil na obtenção de conhecimentos sobre as condições habitacionais, sendo um espaço privilegiado na identificação de barreiras arquitetónicas existentes, identificação de dispositivos de apoio que poderiam melhorar o desempenho da pessoa na realização das suas AVD, observação das condições de higiene e saneamento, e observação do desempenho do cuidador durante a sua prestação de cuidados à pessoa idosa.

Estas atividades, em conjunto com as informações obtidas através da utilização dos instrumentos de medida, foram indispensáveis na execução do planeamento e implementação de intervenções de EEER adaptadas às necessidades da pessoa idosa e cuidador.

Segundo Gomes, Rocha, Martins e Gonçalves (2014), a integração dos EEER nos cuidados de saúde primários facultou a oportunidade de desenvolver as suas intervenções proporcionando apoio e suporte emocional ao utente/família/cuidador, habilitando-os para a integração da pessoa idosa no agregado familiar.

A observação do cuidador durante a prestação de cuidados à pessoa idosa, pode ser fundamental para conhecer as suas mais-valias mas também as suas limitações. O envolvimento do cuidador, no planeamento e implementação de intervenções, proporciona-lhe alguns instrumentos para uma prestação de cuidados apropriada ao seu familiar. Segundo Farirhall et al, (2008) o envolvimento da família no cuidado da pessoa idosa e a realização das intervenções no domicílio da pessoa, são dois dos fatores que produzem uma melhoria na adesão ao plano de intervenções implementado pelo EEER.

O estabelecimento de uma relação de ajuda e de confiança com o utente e família foi muito importante no desenvolvimento das atividades propostas para este estágio. Segundo Berger (1995c), existem sete elementos necessários para o estabelecimento da relação de ajuda com a pessoa idosa. Estes são: (1) estabelecimento de objetivos realistas, evitando a desilusão e o sentimento de fracasso; (2) avaliação de perdas sensoriais, adaptando as estratégias de forma a ultrapassar as dificuldades que estas perdas possam provocar; (3) prestação de uma atenção particular aos problemas físicos; (4) observação do comportamento não-verbal, utilizando a escuta ativa e desenvolvendo as competências de

observação; (5) comunicação de qualidade elevada e *feedback*, aproveitando o desenvolvimento das competências comunicacionais adquiridas durante o percurso profissional; (6) ter atenção as dimensões específicas de tempo e duração; (7) demonstração de calor humano e facilitação da proximidade física, sendo estes dois fatores importantes na redução da ansiedade da pessoa idosa, para isso, o enfermeiro deve utilizar ferramentas como a empatia, afetividade e diálogo, e assim, atingir o objetivo de estabelecimento da relação de ajuda.

O enfermeiro deve manter a mente aberta, reavaliar periodicamente as intervenções programadas e os seus resultados e utilizar a criatividade, em algumas situações.

A criação de um ambiente de respeito e confiança é imprescindível no estabelecimento de qualquer relação interpessoal, adquirindo mais força quando falamos de uma relação de ajuda (Berger, 1995c), em que o sucesso das intervenções do EEER depende de uma relação de ajuda robusta, onde a assertividade joga um papel muito importante no fortalecimento deste vínculo.

Um dos aspetos relevantes da relação de ajuda evidenciados durante o desenvolvimento deste estágio foi o estabelecimento de objetivos realistas, uma vez que, segundo Berger (1995c) se estes não forem acessíveis, podem dar origem a desilusão e sentimento de fracasso. Uma das pessoas idosas visitadas pelo EEER era portadora de uma doença neuromuscular degenerativa, apresentado um grau elevado de dependência de outros para o desenvolvimento do seu autocuidado. No momento do início da intervenção os objetivos estabelecidos pela pessoa eram inacessíveis, devido ao elevado grau de progressão da doença. A intervenção do EEER foi crucial no esclarecimento destes objetivos, sabendo com antecedência que, a pessoa não iria conseguir atingir os seus objetivos, facto que provocaria frustração e conduziria à rutura da relação de ajuda e conseqüente abandono do programa de reabilitação.

Análise das atividades desenvolvidas:

O estudo de instrumentos parcialmente desconhecidos faz com que, a experiência de usufruir de todos os seus benefícios, se torne fundamental para otimizar a gestão do tempo. A utilização adequada da Medida de Independência Funcional (MIF), que foi anteriormente apresentada, foi outro dos grandes desafios do estágio, pois foi um instrumento, que apesar de o conhecer, nunca o tinha utilizado. É mais sensível aos

ganhos em saúde, comparado com a Escala de Barthel, pelo que é necessário aprofundar os conhecimentos sobre a sua correta aplicação, e assim garantir resultados fidedignos. Os outros instrumentos utilizados eram de menor complexidade, sendo o seu manuseamento mais simples. Na minha opinião, a utilização de instrumentos de medida de forma habitual, pode transformá-los em ferramentas valiosas para os enfermeiros, oferecendo a oportunidade de proporcionar mais visibilidade e importância aos ganhos em saúde associados aos cuidados de enfermagem prestados.

O alvo das intervenções do EEER também foi o cuidador, mas os ganhos obtidos com a sua implementação não foram mensuráveis pelas escalas utilizadas durante o desenvolvimento deste estágio.

Para tentar colmatar esta necessidade, foi realizada uma pesquisa sobre instrumentos que medissem as competências dos cuidadores na prestação de cuidados aos seus familiares. Esta pesquisa foi realizada em algumas bases de dados científicas (EBSCO, B-on, Scielo) através das quais não foi obtido nenhum resultado.

As intervenções dirigidas aos cuidadores são muitas vezes de grande importância para garantir cuidados adequados à pessoa idosa, mas também para melhorar o funcionamento do agregado familiar. O exemplo de uma situação específica de cuidados, em que a pessoa idosa já não possuía a capacidade para realizar o seu autocuidado devido a ser portadora de Alzheimer, *status* pós-prótese total da anca e internamentos recorrentes nas unidades hospitalares por infeções urinárias. Nesta situação particular, as intervenções do EEER foram orientadas ao cuidador, tendo tido como finalidade proporcionar estratégias e conhecimentos para cuidar melhor o seu familiar, e assim diminuir o risco de úlceras de pressão, reduzir o risco de queda; também passaram por esclarecer, incentivar e encorajar o cuidador a realizar o levantar do seu familiar, com a finalidade de melhorar as funções fisiológicas, e também de aumentar a interação da pessoa idosa com a sua família, reduzindo assim a solidão e favorecendo o seu bem-estar.

Neste caso, a intervenção do EEER não revelou ganhos em saúde sensíveis aos instrumentos utilizados (MIF e Escala de Barthel), mas apresentou melhoria aparente na qualidade de vida da pessoa idosa e melhoria da harmonia dentro do

agregado familiar. A qualidade de vida não foi avaliada devido às alterações cognitivas da pessoa que impossibilitaram a aplicação do EuroQoL, escala utilizada na UCC para a avaliação da qualidade de vida.

A realização de VD foi outro dos grandes desafios deste estágio, devido à ausência de experiência profissional na área dos cuidados de saúde primários. No ambiente hospitalar é a população que se dirige aos profissionais de saúde. Nos cuidados de saúde primários, são estes que se dirigem ao domicílio das pessoas, para a prestação de cuidados.

A entrada no domicílio das pessoas exige alguma cautela, pois se esta não for realizada de forma progressiva, gradual, com respeito pelo espaço das pessoas, pela sua privacidade e pelas suas crenças, pode por em risco o estabelecimento da relação de ajuda, sendo esta fundamental para a implementação e o sucesso das intervenções do EEER. O enfermeiro deve adaptar-se ao domicílio, às suas normas, aos seus recursos, mas também deve adaptar-se às capacidades de aprendizagem dos cuidadores (Duarte, 2010).

Existiram fatores que influenciaram o sucesso da VD. No meu caso, já existia uma relação de ajuda estabelecida, com o orientador do campo de estágio, facto que foi facilitador para a minha entrada no domicílio das pessoas, produzindo uma aceitação mais célere por parte das mesmas.

A atitude perante o utente e a sua família esteve assente em princípios éticos como a cordialidade, assertividade, confiança, respeito e simpatia. Segundo Duarte (2010) o enfermeiro, que presta cuidados de saúde domiciliários, utiliza a sua totalidade como pessoa para cuidar a globalidade do outro. Na minha opinião, a atitude foi de extrema importância, revelando-se um fator indispensável no estabelecimento e fortalecimento da relação de ajuda com os utentes da UCC de Torres Vedras.

Após a análise dos resultados obtidos com a realização destas atividades, concluiu-se que, mesmo nunca tendo realizado VD, atingi o sucesso na integração na mesma. Sentimentos como o respeito e carinho, por parte das pessoas visitadas, surgiram durante a VD. Estes sentimentos favoreceram a minha interação com os mesmos, favorecendo o planeamento e a implementação de intervenções posteriores.

A VD é uma porta de entrada para a realidade dos utentes e das suas famílias. Foi uma experiência detentora de grande aprendizagem, tanto no âmbito profissional,

como no pessoal. Através da mesma conseguimos tomar consciência das condições penosas e de grande fragilidade que algumas pessoas vivenciam. Julgava não ser possível a existência de pessoas a viver em condições habitacionais tão degradadas, pois em alguns casos, as casas são húmidas, frias e sem condições de higiene. Muitos idosos cuidam de outros idosos, sem outros familiares implicados. A situação socioeconómica atual coloca a possibilidade de não existir uma melhoria das condições habitacionais para estas pessoas, num futuro próximo.

A observação destas situações fez com que existisse uma maior valorização das condições habitacionais próprias, aumentando o respeito por estas pessoas que com pouco, conseguem fazer muito. Profissionalmente surgiu uma sensibilização pelas condições sociais e habitacionais das pessoas ao momento da alta, tentando perceber se as mesmas têm condições para ficar nos seus domicílios e/ou necessitam de algum apoio/ajuda.

A minha “aventura” pelos cuidados de saúde primários proporcionou-me a oportunidade de encontrar grandes pessoas e de conhecer uma nova realidade de cuidados, onde o EEER vai ao encontro da realidade da pessoa, percebe o seu meio, e é capaz de implementar intervenções específicas em função das necessidades e potencialidades da pessoa (Duarte, 2010). “Mais do que trabalhar na comunidade, é o cuidado no domicílio”(Duarte, 2010:224). Esta forma de cuidar cativou-me profundamente.

2.1.3- A necessidade de aprofundar conhecimentos específicos de enfermagem de reabilitação da pessoa idosa com alteração da mobilidade.

Atividades desenvolvidas:

O processo de envelhecimento está associado a múltiplos fatores. Estes interagem e ajustam o funcionamento do organismo a medida que este vai envelhecendo. É necessário que os profissionais de saúde, assim como a pessoa idosa e a sua família, tenham uma visão global deste processo. O planeamento e implementação precoce de intervenções, o estilo de vida saudável, dieta adequada, atividade física e mental, podem tornar o envelhecimento num acontecimento saudável e longo (Santos, Andrade e Bueno, 2009).

É fundamental um conhecimento profundo do contexto familiar e social do idoso, de forma a planejar e implementar intervenções de EEER mais adequadas à pessoa idosa e ao seu agregado familiar (Diogo, 2000).

Martins (2003) refere que, os principais problemas de saúde que afetam a população idosa estão a nível do (1) sistema nervoso central: demências, doenças neurológicas, alterações no padrão do sono, depressão; (2) aparelho locomotor: artropatias, imobilidade, instabilidade postural, queda, reumatismo; (3) sistema cardiovascular: arteriosclerose, hipertensão e cardiopatias; (4) sistema respiratório: afeções respiratórias; (5) sistema urinário: incontinência e afeções renais.

A análise e estudo de bibliografia associada ao processo de envelhecimento proporcionaram uma visão mais profunda do mesmo, facilitando a compreensão das alterações provocadas pelo mesmo. Neste processo, todos os sistemas importantes do organismo são atingidos, causando alterações nos comportamentos individuais. Estas alterações não são sinónimo de doença, mas sim sinal de um processo normal e universal. Estas alterações surgem de uma forma progressiva, onde fatores externos como o clima as radiações ou o estado nutricional, podem influenciar a velocidade e profundidade do processo (Berger, 1995a).

Além do envelhecimento biológico, existe também um envelhecimento dos processos mentais. Nesta fase da vida, existe diminuição da capacidade de memória, aprendizagem e criatividade, aumento no tempo de reação e lentificação no raciocínio. A compreensão deste processo é de vital importância no planeamento e implementação de estratégias que promovam um aumento da esperança de vida, mantendo a saúde e o bem-estar, tendo em conta que não só é importante aquilo que se perdeu, mas também aquilo que fica (Berger, 1995b).

Para conhecer as alterações da mobilidade na pessoa idosa é também necessário conhecer outros fatores que possam estar relacionados com estas alterações, como por exemplo, quedas, intervenções cirúrgicas, acidentes, entre outras. Segundo Mailloux-Poirier (1995a), as alterações da mobilidade na pessoa idosa podem ter diferentes causas: (1) aparelho locomotor, é o caso da artrite, osteoporose, ou câibras; (2) problemas que afetem a motivação, como por exemplo a depressão; (3) problemas iatrogénicos, relacionados com a realização de exames de diagnóstico/tratamento; tratamentos, invasivos ou não invasivos; traumatismos

(acidentes ou quedas) e transtornos decorrentes da imobilidade, nutrição deficiente, dificuldades na eliminação e estados confusionais.

As necessidades formativas da UCC não estavam diretamente relacionadas com a temática do projeto por mim elaborado, mas sim focalizadas noutra área de intervenção do EEER, a deglutição. Com objetivo de responder às necessidades formativas nesta área, foi desenvolvida uma sessão de formação relacionada com o processo de deglutição.

A realização desta sessão fez surgir a necessidade de desenvolver e aprofundar conhecimentos relacionados com o processo de deglutição, estruturas envolvidas e estratégias/intervenções adequadas às alterações da deglutição, enriquecendo os conhecimentos nesta área.

A realização de jornais de aprendizagem converteu-se num instrumento útil de aprendizagem, análise e reflexão das experiências vivenciadas nas 12 semanas de estágio na UCC de Torres Vedras.

Para a elaboração destes jornais foi necessário destinar tempo para desenvolver e analisar o dia-a-dia e assim usufruir da riqueza de experiências de aprendizagem que foram vivenciadas.

Análise das atividades desenvolvidas:

A necessidade de aprofundar conhecimentos relacionados com o processo de envelhecimento e com as alterações da mobilidade foi relevante desde o primeiro dia de estágio. Os conhecimentos que foram mais aprofundados estiveram diretamente relacionados com o processo de envelhecimento, com as patologias mais frequentes na pessoa idosa, mas também, com a interferência das mesmas no funcionamento do organismo da pessoa idosa.

Assim, a artropatia do joelho e a alteração da mobilidade; a diabetes como causa de amputação bilateral e a sua relação com as alterações no desempenho de AVD; a esclerose múltipla como fator de declínio funcional a nível motor; o Alzheimer e a demência como criadores de dependência; as quedas como fator precipitante de diminuição da funcionalidade, foram alvo de pesquisa e estudo de forma a avaliar, planejar e implementar intervenções domiciliárias com vista a satisfazer as necessidades de autocuidado da pessoa idosa e da sua família, contribuindo também para o desenvolvimento e aquisição de competências de EEER.

A relação de proximidade e assertividade existente com o enfermeiro orientador do campo de estágio foi muito importante para colocar as dúvidas existentes, facto que ajudou na aquisição de conhecimentos específicos de enfermagem de reabilitação, mas também de outras patologias e/ou áreas de intervenção do enfermeiro. Estas dúvidas foram sempre esclarecidas de uma forma clara e pertinente pelo orientador, fazendo com que a implementação das intervenções de EEER fosse realizada em segurança para a pessoa idosa e família.

A realização de uma sessão de formação sobre a deglutição fez com que tivesse de realizar um estudo profundo sobre todo este processo. Esta temática não me era desconhecida, pois já tinha sido abordada durante as aulas teóricas do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

A deglutição transformou-se assim numa área pela qual demonstrei interesse desde o primeiro contacto. A realização desta sessão veio colmatar o gosto pessoal pelo processo de deglutição e intervenções associadas ao EEER, tornando-se numa atividade desenvolvida com grande empenho e satisfação.

Esta sessão ofereceu a oportunidade de partilhar conhecimentos e experiências com outros enfermeiros da UCC, mas também evidenciou a importância dos cuidados de enfermagem diferenciados prestados pelos EEER.

Assistiram a esta sessão 14 enfermeiros, sendo que só 11 preencheram o questionário de avaliação da formação. Cada item foi avaliado segundo uma escala de 1 a 4, onde 1 era o valor mínimo e o 4, o valor máximo.

Um dos itens avaliados com melhor pontuação foi a satisfação das expectativas em relação à atualização de conhecimentos e práticas, onde 8 enfermeiros responderam com valor 4 e os restantes responderam com valor 3. Outro dos itens avaliados foi o conteúdo programático, mas concretamente a pertinência do tema, onde 10 enfermeiros responderam o valor máximo e 1 respondeu com o valor 3. Em relação à avaliação dos modelos e técnicas pedagógicas, mais concretamente à acessibilidade do formador, os 11 enfermeiros responderam o valor máximo. Após análise destes resultados, é de ressaltar que o desempenho nesta formação foi muito satisfatório, conseguindo assim difundir conhecimentos e intervenções do EEER no processo de deglutição.

Os jornais de aprendizagem foram uma ferramenta útil para a reflexão baseada na análise das experiências vividas. Numa fase inicial, a elaboração destes jornais foi encarada como uma obrigação. Com a realização do primeiro jornal, tomei consciência da importância desta ferramenta como instrumento de aprendizagem. Nesta fase de elaboração do relatório, os jornais de aprendizagem têm-se revelado ferramentas extremamente úteis como auxiliares de memória, e importantes no processo de descrição, análise e reflexão das atividades realizadas durante o estágio na UCC de Torres Vedras.

2.1.4- As intervenções de EEER no cuidado à pessoa idosa com alterações da mobilidade

Atividades desenvolvidas

O processo formativo, relacionado com a aquisição da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, proporcionou muitas oportunidades de aprendizagem permitindo a aquisição de um grande número de competências de Enfermeiro Especialista e EEER.

As intervenções implementadas pelo EEER têm a finalidade de prevenir problemas, promover o conforto, diminuir a dependência, oferecendo assim, habilitações para procurar estratégias para atender a sua responsabilidade no autocuidado (Diogo, 2000). Estas devem ser individualizadas e adaptadas a cada pessoa, de forma a conseguir atingir o potencial máximo de reabilitação.

O sucesso do programa de reabilitação está associado à “independência ideal nas AVD e AIVD, na prevenção de complicações e incapacidades adicionais, máxima função e mobilidade, segurança, satisfação com a vida e *coping* efetivo, acesso à comunidade e qualidade nas interações com a sociedade” (Hoeman, Lyszner e Alverzo, 2011, p.230).

Para dar resposta às necessidades de autocuidado da pessoa idosa e implementar intervenções de EEER ajustadas e personalizadas, é necessário um saber global sobre os principais conceitos da reabilitação, o funcionamento e mecânica corporal, as capacidades e limitações da pessoa idosa e dos seus cuidadores, os meios disponíveis na comunidade e as condições habitacionais, entre outros.

Um dos pilares do sucesso desta implementação foi a utilização, de forma estruturada, dos conhecimentos e saberes adquiridos durante o percurso formativo do Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação.

O sucesso ou fracasso do programa de reabilitação da pessoa idosa pode estar relacionado com o envolvimento da família. A existência de uma parceria e coresponsabilização durante o desenvolvimento do mesmo pode fazer a diferença nos resultados obtidos.

Para envolver a pessoa idosa e família no processo de reabilitação é necessário que o EEER evidencie cuidados de saúde e intervenções diferenciadas, conduzindo a um aumento da satisfação, autonomia e autocuidado das pessoas cuidadas (Gomes, Rocha, Martins e Gonçalves, 2014).

A promoção precoce de independência da pessoa idosa é essencial para o sucesso de um programa de reabilitação, mas é necessário um acompanhamento ajustado às necessidades individuais e familiares (RNCCI, 2007). Pereira (2010) acrescenta que, os familiares têm um papel fundamental na prestação de cuidados e na tomada de decisões, de modo a desenvolver competências para enfrentar a situação de doença/dependência. Para o desempenho destas funções, de uma forma harmoniosa, os familiares precisam de acompanhamento e informação por parte dos profissionais de saúde.

Prévia à implementação do programa de reabilitação, deve conhecer-se a história de saúde, as comorbilidades, as intervenções cirúrgicas, a presença de dor, as alterações da comunicação ou da cognição, os agentes de preocupação, e outras alterações do foro psicossocial, emocional ou cultural, que possam interferir na mobilidade da pessoa idosa e na segurança durante a realização do próprio exercício (Hoeman, Liszner e Alverzo, 2011). Estes conhecimentos são de grande importância para a prevenção de lesões musculoesqueléticas que sobrevêm de exercício desadaptado.

A implementação de intervenções de EEER à pessoa idosa com alteração da mobilidade, esteve relacionada com a execução de diferentes tipos de atividades, cujos principais objetivos foram melhorar a resistência, força muscular, o controlo postural e/ou o equilíbrio, promovendo assim o autocuidado e reduzindo o risco de quedas.

Os programas de prevenção dirigidos à população idosa permitem diminuir o risco e as consequências associadas às quedas que podem interferir no estado de saúde e na qualidade de vida (Cabrita e José, 2013).

Segundo Hoeman, Liszner e Alverzo (2011), os exercícios de carga favorecem o aumento da força, melhoram a estabilidade postural e a capacidade de estar atento, estando assim associados a uma diminuição do risco de quedas e da fragilidade dos idosos.

Estes exercícios devem ser adaptados e adequados à situação da pessoa idosa, associando-os a objetivos alcançáveis, para deste modo, aumentar a sua adesão ao programa de reabilitação (Hoeman, Liszner e Alverzo, 2011).

A realização de exercícios teve como a finalidade de melhorar a mobilização articular e muscular. Estes foram muitas vezes realizados com a pessoa idosa sentada, de forma a diminuir o risco de queda e a melhorar a sua postura corporal. Para a realização destes exercícios foram utilizados dispositivos de apoio “improvisados” como por exemplo, garrafas de água de plástico de 500 ml ou collants de senhora.

A implementação de exercícios, para aumentar a força muscular dos membros superiores, constou da realização de vários exercícios: abdução/adução e flexão/extensão do ombro; rotação interna e externa do ombro com o braço pendurado; flexão/extensão do cotovelo; supinação/pronação do antebraço; abdução/adução do punho; flexão/extensão e abdução/adução dos dedos da mão. Cada tipo de exercício constava de várias séries de 5 repetições, inserindo pausa no intervalo de cada série. Após uma avaliação minuciosa, o número de séries foi aumentado nas pessoas com maior potencial de reabilitação.

Alguns destes exercícios foram realizados com resistência, tendo em conta a capacidade da pessoa idosa, a massa muscular, mas também a finalidade do fortalecimento muscular.

A exercitação dos membros inferiores consistiu: abdução/adução e rotação interna/externa da anca; flexão/extensão do joelho; inversão/eversão e realizados com a pessoa em pé ou sentada, conforme as suas necessidades e capacidades.

A mobilização do pescoço fez parte do plano de mobilizações, efetuando assim: flexão/extensão; rotação direita/esquerda e lateralização direita/esquerda.

As amplitudes articulares, que a pessoa idosa apresentava, foram sempre respeitadas, assim como, a presença de dor ou qualquer tipo de desconforto.

A necessidade de treino da preensão digital surgiu em várias pessoas idosas que sentiram dificuldade na colocação de botões ou na toma da medicação. Para melhorar este tipo de preensão digital, termino-terminal, foram utilizados acessórios adaptados, como molas da roupa ou berlindes. O exercício consistia em transportar os berlindes de um cesto para outro, encontrando-se estes ao lado da pessoa. As molas estavam colocadas num tecido lateralmente à cadeira da pessoa e esta tinha que transporta-las para o outro lado e vice-versa. Este exercício permitiu o treino da preensão termino-terminal dos dedos de ambas mãos, promovendo também a rotação do tronco.

O EEER teve de adaptar os exercícios às necessidades da pessoa idosa e às características habitacionais. Este promoveu a realização destes exercícios de forma autónoma, alertando para a execução destes exercícios de forma segura. O encorajamento e motivação foram muito importantes na adesão ao programa de reabilitação por parte da pessoa idosa.

Durante o desenvolvimento do estágio na UCC, surgiu a necessidade da realização de treino de reflexos. O exercício planeado para esta finalidade, consistia na colocação de uma pessoa (EEER ou familiar) em frente à pessoa idosa e o lançamento de uma bola de pequena dimensão de uma para a outra. O EEER desviava ligeiramente a trajetória da bola, implicando a necessidade da pessoa idosa de modificar e corrigir a postura, para assim conseguir apanhar a bola. O lançamento da bola por parte da pessoa idosa implicava uma força, controlo e equilíbrio que permitisse que a bola seguisse a trajetória por ela delineada.

A nível cognitivo, foi realizado um jogo de identificação de cores e formas. Na UCC existia um jogo formado por várias argolas de diferentes tamanhos e cores, utilizado para esta finalidade. O exercício consistia na identificação, por parte da pessoa idosa, da argola com a cor e o tamanho a que o EEER fazia referência. Após a identificação, a pessoa devia colocar a argola no lugar indicado, implicando uma coordenação sensoriomotora para tal.

A finalidade da implementação de exercícios de amplitude foi diminuir as contraturas e atrofias musculares, manter o tónus e a força muscular, e conservar a função, para

tentar minimizar os problemas associados à mobilidade reduzida (Hoeman, Liszner e Alverzo, 2011). Estes exercícios foram realizados de forma comedida para evitar lesões articulares, dores ou outras situações que poderiam prejudicar a pessoa idosa e o seu programa de reabilitação.

O papel dos cuidadores foi de extrema importância na execução das mobilizações ativas/passivas, dando assim continuidade ao programa de reabilitação. A intervenção do EEER passou pelo ensino, encorajamento e supervisão da realização destas mobilizações, de forma a obter um desempenho adequado por parte do cuidador, garantindo assim a segurança do cuidador e da pessoa idosa.

Hoeman, Liszner e Alverzo (2011) referem que a realização de atividades associadas à satisfação das necessidades de autocuidado podem ser momentos úteis para o desenvolvimento de exercícios terapêuticos numa ambiente seguro.

As pessoas idosas com limitação da mobilidade, com um período de permanência no leito prolongado, beneficiaram da realização de posicionamentos terapêuticos. Os familiares também foram alvo das intervenções do EEER nesta área, já que o momento dedicado à realização do posicionamento foi também utilizado para ensinar a fazer e instruir sobre os benefícios dos mesmos.

A atividade para o movimento foi outra das intervenções de EEER que foram desenvolvidas durante o estágio na UCC de Torres Vedras. Aquela engloba uma série de intervenções. Uma delas é a mobilidade no leito, útil na prevenção de úlceras de pressão. A pessoa idosa com alteração da mobilidade precisa de ser encorajada para a realização da mobilização no leito, mas também deve ser treinada, para esta não representar um consumo elevado de energia. Para esta mobilização, todas as potencialidades da pessoa devem ser utilizadas, realizando-a de forma eficaz e com o menor gasto de energia, tanto para a pessoa idosa como para o cuidador (OE, 2013). O fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores pode ser importante na mobilização constituindo um agente facilitador, pois diminui a carga para o cuidador. Automobilizações como virar e fazer a ponte são úteis na higiene e vestir, tornando-se relevantes na satisfação das necessidades de autocuidado.

A automobilizações no leito são intervenções que necessitam de um grande envolvimento do cuidador. Cabe ao EEER incentivar, encorajar, ensinar e

supervisionar o cuidador no desempenho destas atividades, de forma a garantir o seu sucesso, evitando acidentes que possam interferir com a saúde da pessoa idosa e cuidador.

O levante é importante na prevenção de complicações da imobilidade, no incentivo ao autocuidado e no treino de equilíbrio, que são fatores determinantes na preparação para o treino de marcha (OE; 2013). O levante diminui o risco de úlceras de pressão e as complicações associadas à imobilidade (Hoeman, Liszner e Alverzo, 2011).

O treino de marcha deve ser realizado de forma gradual. Para o seu sucesso, devem ser criadas condições necessárias como: estabelecer objetivos realistas, criar condições seguras, com a eliminação de obstáculos, e definir pontos de descanso (OE, 2013).

A utilização de auxiliares de marcha como o andarilho implica a necessidade de um fortalecimento dos membros superiores. O andarilho ajuda a reduzir a carga nos membros inferiores, melhorando o equilíbrio e reduzindo a dor (OE, 2013). O andarilho está indicado em situações em que a pessoa beneficie de uma maior estabilidade durante a marcha. Por exemplo, no caso de idosos com diminuição da força muscular dos quatro membros, artrite, fratura da anca ou doenças musculares (OE; 2013).

As intervenções do EEER no treino de marcha estão relacionadas com instruir e treinar a marcha, mas também assistir e supervisionar a sua execução em segurança (OE, 2013).

A realização de transferências da cama para a cadeira/cadeira de rodas, proporcionam à pessoa idosa a possibilidade sair do leito, e inclusive, ausentar-se do seu domicílio (Hoeman, Liszner e Alverzo, 2011).

As intervenções do EEER na realização das transferências passam pela instrução, treino, encorajamento e supervisão da pessoa idosa/cuidador durante a execução desta técnica. A força e a destreza são condições necessárias para conseguir realizar esta técnica de forma segura, pelo qual o EEER deve considerar fatores como: necessidades e capacidades em relação à sua dependência; peso e tamanho da pessoa a transferir; capacidade de colaboração da mesma; capacidade cognitiva da pessoa idosa e do seu cuidador e condições habitacionais seguras para todos os

intervenientes. Após a observação destes fatores, cabe ao EEER escolher a técnica de transferência mais adequada à situação.

A utilização de cadeira de rodas pode ser um meio de deslocação, melhorando a acessibilidade de pessoas com deficiência na mobilidade, mantendo uma postura sentada, conservação de energia e oferecendo a possibilidade de executar atividades para o autocuidado. (Hoeman, Liszner e Alverzo, 2011). As intervenções de EEER que foram desenvolvidas nesta área estão relacionadas com a supervisão da utilização da cadeira de rodas.

A VD permite realizar uma observação da acessibilidade do domicílio das pessoas idosas. Em habitações mais antigas, as portas são estreitas, o que impossibilita a passagem de uma cadeira de rodas. Estes obstáculos vão interferir com a mobilidade da pessoa idosa, pois se esta não conseguir deambular, vai ficar limitada ao quarto. A acessibilidade também pode estar condicionada pela existência de tapetes, que podem originar quedas na pessoa idosa. O EEER deve sensibilizar as famílias para a sua remoção, de forma a diminuir o risco de queda.

Durante o desenvolvimento do estágio foram identificadas barreiras arquitetónicas nas habitações das pessoas idosas, nomeadamente, escadas. Numa situação em particular, em que existia um degrau à saída do domicílio de uma pessoa idosa que se deslocava em cadeira de rodas, o EEER, através de muita persistência, conseguiu que um dos familiares realizasse uma rampa em cimento, permitindo à pessoa idosa a saída para o quintal.

A educação para a saúde proporciona os conhecimentos e competências para as pessoas gerirem os seus cuidados e controlarem as suas vidas (Habel, 2011).

O EEER tem o dever essencial de providenciar uma educação eficaz, que ajude a pessoa idosa a aprender a viver com uma condição crónica ou incapacitante no seu próprio ambiente, da forma mais independente possível. O processo educativo tem a finalidade de promover a independência, desenvolver o autocuidado, desenvolver processos adaptativos e prevenir o agravamento da incapacidade (Habel, 2011). Esta educação para a saúde é realizada à pessoa idosa e família, mas também a outros profissionais integrantes da equipa prestadora de cuidados.

O estágio na UCC ofereceu a oportunidade de realizar educação para a saúde à pessoa idosa, família, mas também das equipas prestadoras de cuidados,

nomeadamente das equipas de apoio domiciliário das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) do Concelho de Torres Vedras.

As IPSS, que dão apoio aos utentes da UCC de Torres Vedras, possuem equipas de apoio domiciliário que prestam cuidados a pessoas idosas que assim o necessitam. Mas além destes serviços, oferecem a possibilidade de empréstimo de recursos materiais, como por exemplo, cadeiras de rodas, colchões de pressão alterna, camas articuladas e com grades, entre outros. A disponibilização gratuita destes recursos facilita as intervenções do EEER no domicílio, tendo um impacto positivo no sucesso do plano de reabilitação.

A reabilitação em contexto domiciliário é condicionada pela escassez de recursos disponíveis. O EEER deve desenvolver mecanismos adaptativos de forma a tornar utensílios da vida diária em instrumentos de treino de exercícios. Este processo deve ser o mais satisfatório possível, tanto para a pessoa idosa e família, como para o EEER. Um exemplo desta adaptação é a utilização de rolos de papel de marquesa vazios como bastão, garrafas de água como pesos, molas e berlindes para o treino da motricidade fina ou collants para o fortalecimento dos membros superiores.

Análise das atividades desenvolvidas:

Prestar cuidados na totalidade implica identificar as necessidades da pessoa, mas também encoraja-la no percurso para a independência, para que esta vivencie o momento e tome consciência dos novos papéis que poderá vir a desempenhar (Duarte, 2010).

Devido à escassez de recursos existentes na comunidade, é necessária uma grande capacidade de adaptação por parte do EEER, pois este utiliza objetos presentes nos domicílios como instrumentos de trabalho. Por exemplo: garrafas de água de 500ml que se transformaram em pesos ajustáveis, aumentando segundo a capacidade e a resistência da pessoa. O primeiro recheio é realizado com alpiste, depois arroz e finalmente areia, acrescentando peso da garrafa e conseqüentemente, resistência muscular ao esforço dos músculos flexores/extensores, rotadores internos/externos do ombro e flexores/extensores do braço.

Os collants de senhora também foram dobrados e atados, em forma de anel, com a finalidade de aumentar a resistência muscular dos abdutores/adutores do ombro.

Um dos exemplos que evidenciou a eficácia destes exercícios foi o de um utente que sofria de gonartroses bilaterais, necessitando de andarilho como auxiliar de marcha. No início da intervenção apresentava alguma insegurança e cansaço a pequenas distâncias (5 m). A implementação destes exercícios, assim como o encorajamento para os realizar de forma autónoma, conduziram a um aumento da distância percorrida (12 m) e a uma melhoria aparente da segurança durante a marcha. A realização de um plano multidisciplinar de reabilitação, aumentou a velocidade de caminhada, a distância percorrida em casa e na comunidade e a probabilidade de atingir as metas de participação social, no entanto, não existem melhorias significativas na satisfação com a capacidade de sair de casa ou na participação em aspetos sociais (Fairhall, Sherrington, Kurrle, Lord, Lockwood e Cameron, 2012). Nesta situação de cuidados, a pessoa no início da intervenção apresentava uma força 4/5 (Escala de Lower), em todos os segmentos dos membros superiores (punho, antebraço, ombro) sendo que, na avaliação realizada no fim da intervenção, a mesma era de 5/ 5 no antebraço e ombro, mantendo uma força 4/5 no punho.

O treino de motricidade fina, neste mesmo utente, também proporcionou uma melhoria no autocuidado, conseguindo colocar, de forma correta, botões de maior dimensão.

A realização do treino de motricidade fina, em outra pessoa portadora de uma doença degenerativa, conduziu a uma aparente melhoria da autonomia na gestão da medicação, pois anteriormente, esta não conseguia retirar os comprimidos dos blisters.

O treino de reflexos foi outra das intervenções que necessitou de alguma adaptação por parte do EEER, para assim, conseguir atingir os objetivos delineados. A finalidade do treino era melhorar a postura corporal e o equilíbrio sentado, mas a sua implementação tornou-se uma mais-valia na melhoria da interação da pessoa idosa com a sua família, já que, para a sua execução, eram necessárias duas pessoas. A partilha destes momentos entre a pessoa idosa e os seus familiares, nomeadamente, os mais pequenos, que adoraram entrar nesta brincadeira, diminuíram os momentos de solidão da pessoa idosa, fortalecendo os laços familiares. Na minha opinião, são muito importantes os momentos partilhados com a família, onde a pessoa idosa se sente integrada no seio familiar e não uma

sobrecarga. O EEER deve providenciar a existência destes momentos que facilitam a inclusão social da pessoa idosa.

As atividades implementadas, a nível cognitivo, estiveram relacionadas com a realização de jogos com argolas com diferentes cores e tamanhos. A implementação deste exercício, numa pessoa com Alzheimer, não evidenciou ganhos significativos.

O objetivo da realização de atividades no leito foram dirigidas ao cuidador da pessoa idosa, de forma a instruí-lo e capacitá-lo para a realização das mesmas de forma adequada. Os ensinamentos foram efetuados e validados de forma a garantir a segurança da pessoa idosa, mas também do seu cuidador. Grande parte dos utentes visitados tinham um cuidador com grande motivação e capacidade de aprendizagem, mas nem sempre se verificou.

O desenvolvimento deste estágio foi rico em momentos de aprendizagem, mas também me concederam a oportunidade de vivenciar momentos de grande humanidade. Apresento, a continuação, uma situação onde a pessoa idosa, totalmente dependente, padecia demência, necessitando de uma cama maior e um colchão de pressão alterna para diminuir o risco de úlceras de pressão. O domicílio desta pessoa tinha pouco espaço, existindo só um quarto, sala, cozinha e casa de banho, tudo de pequenas dimensões. Para a colocação, por parte dos serviços sociais, de uma cama maior com colchão de pressão alterna, foi necessário ocupar, quase integralmente, o espaço do quarto. Isto sujeitou a esposa deste utente a dormir, de forma permanente, no sofá, pois não existia outro espaço onde colocar uma cama para ela. A esposa deste utente prescindiu do seu conforto para poder proporcionar os melhores cuidados ao seu marido, demonstrando assim, uma grande generosidade e humanidade.

A intervenção de EEER numa pessoa com doença neuromuscular degenerativa trouxe benefícios a nível do grau de espasticidade dos membros inferiores apresentada pela mesma. A espasticidade acentuada dos membros inferiores foi avaliada pela Escala de Answorth modificada apresentando os seguintes resultados: grau 3 nos dedos, pé, joelhos de ambos membros e grau 2 nas coxas, na avaliação inicial. Após a implementação das intervenções delineadas e planeadas para esta pessoa, apresentava grau 2 nos dedos, pés e joelhos e grau 1 nas coxas. A diminuição da espasticidade trouxe benefícios a nível da mobilização dos membros

inferiores, permitindo uma maior colaboração da pessoa na realização da transferência cama-cadeira.

A realização de levante, treino de marcha e transferências implicam deslocação de um lugar para outro, oferecendo assim, alguma liberdade e autonomia. A marcha não é só um meio excelente para manter a mobilização das articulações, mas também, tem um papel importante no aumento da participação do utente nas AVD (Maillux-Poirier, 1995a), representando, em algumas situações a diferença entre o isolamento e a inclusão social.

A intervenção do EEER não passa, exclusivamente, pela realização do levante e consequente instrução do cuidador, mas também pelo incentivo e encorajamento do mesmo, evidenciando os benefícios desta prática, tanto para a pessoa idosa, como para a família. A intervenção do EEER foi importante na sensibilização do cuidador e família acerca dos benefícios do levante, contemplando não só os benefícios físicos, mas também os benefícios emocionais e psicológicos. No caso de uma pessoa idosa, totalmente dependente, a realização de levante diário para o sofá da sala trouxe uma melhoria aparente nas relações interpessoais e um aumento dos momentos partilhados entre a pessoa idosa e a sua família.

A pessoa idosa pode necessitar de auxiliar de marcha deambular de forma segura. Numa pessoa com diminuição da força dos membros inferiores, devido a gonartroses, o auxiliar de marcha escolhido pelo EEER foi o andariço. O sucesso desta intervenção esteve relacionado, na minha opinião, com o fortalecimento prévio dos músculos dos membros superiores e inferiores. A realização da marcha com andariço facilitou a ida ao WC de forma autónoma, melhorando o autocuidado na área da eliminação. Os resultados das intervenções de EEER implementadas tornaram-se evidentes após os resultados obtidos com a aplicação da MIF, sendo que no início da intervenção o resultado obtido com a aplicação desta escala foi de 76 valores e no fim da intervenção foi de 90 valores. Não existiram alterações no nível de dependência (dependência modificada, necessita de assistência até 25%), mas existiram ganhos aparentes a nível do desempenho e independência na realização de algumas AVD.

Esta pessoa tomou consciência da melhoria do seu desempenho na marcha com andariço, modificando o seu objetivo do plano de reabilitação para um mais

ambicioso. Este era entrar no carro da filha, para ir ao restaurante com a sua família. Infelizmente isto não foi possível devido ao internamento hospitalar prolongado por problemas respiratórios, que provocou um agravamento da dependência, facto que conduziu a sua institucionalização.

A aquisição de competências específicas para a utilização de cadeira de rodas, por parte de uma pessoa idosa amputada bilateralmente aos membros inferiores, ofereceu à mesma a oportunidade de sair da cama e efetuar a sua higiene pessoal na casa de banho, colaborando também na realização das refeições, atividades pelas quais a pessoa idosa demonstrava um gosto particular. A realização da transferência cama-cadeira de rodas, realizada de forma segura, pode ser a diferença entre estar em permanência no leito, e a oportunidade de partilhar uma refeição com os seus familiares.

A mobilidade da pessoa idosa pode estar condicionada por barreiras arquitetónicas aumentando o risco de isolamento da pessoa idosa. A existência de degraus na saída dos domicílios pode ser limitador para as pessoas idosas, não só devido à alteração da mobilidade, mas também associado ao medo de cair. Segundo Deshpande, Metter, Lauretarni, Bandinelli, Guralnik e Ferrucci (2008) o medo da queda pode provocar diminuição da mobilidade, nomeadamente a relacionada com o desempenho nas AVD.

Durante o desenvolvimento do estágio, fui confrontada com a existência de barreiras arquitetónicas em alguns dos domicílios visitados. Uma destas barreiras era um pequeno degrau à saída da porta do quintal, saída utilizada pela pessoa idosa, pois a porta principal tinha ainda mais degraus. Esta deambulava com auxílio de um andarilho, mas tinha alguma dificuldade em descer o degrau devido ao medo de cair. Foi sugerido à família a eliminação deste degrau, que aceitou a sugestão e construiu uma pequena rampa, permitindo o acesso ao exterior do domicílio da pessoa idosa. Também nos deparamos com barreiras arquitetónicas com uma resolução de maior complexidade, implicando o aumento da largura das portas ou a modificação de paredes, situações que as famílias não tinham capacidade económica para resolver. É de salientar que algumas destas intervenções tinham sido implementadas e desenvolvidas pelo EEER da UCC de Torres Vedras, antes do início deste estágio, obtendo alguns dos resultados durante a realização do mesmo.

A educação para a saúde da pessoa idosa e família, realizada pelo EEER, teve como objetivo proporcionar os conhecimentos adequados permitindo uma maior independência. Esta educação teve vários alvos: a pessoa idosa, a família e cuidadores formais das IPSS. A pessoa idosa e a família foram os principais alvos dos ensinamentos realizados pelo EEER, incidindo estes sobre os posicionamentos no leito, a segurança habitacional, o risco de quedas e o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis. Mas os ensinamentos foram mais além, pois não só foi educação para a saúde relacionada com a reabilitação, mas sim com todos os outros fatores de risco observados durante a VD.

A educação para a saúde, de um utente com diabetes tipo 2, insulino-tratado, que não realizava o autocontrolo, teve a finalidade de sensibilizá-lo sobre a importância do controlo das glicémias e consequente controlo metabólico, diminuindo assim o risco de complicações associadas. O EEER deve ter uma visão integral da pessoa que cuida, de forma a tentar responder as necessidades apresentadas.

Os recursos disponíveis no domicílio são limitados, o que favorece o desenvolvimento da capacidade de adaptação do EEER, obtendo resultados satisfatórios. O desenvolvimento desta capacidade de adaptação foi de grande utilidade para a aquisição de competências de EEER. Na minha opinião, o sucesso do plano de reabilitação não depende da qualidade do material que utilizamos, mas sim do empenho e motivação que colocamos nas intervenções que implementamos.

A existência de uma parceria entre a UCC, IPSS e GNR beneficia os cuidados oferecidos à população idosa do Concelho de Torres Vedras.

Esta parceria tem a finalidade de analisar situações de fragilidade em pessoas idosas, seja por motivos de saúde, maus tratos ou isolamento, tentando resolver as mesmas, contando para isso com a colaboração de todas as instituições.

Durante o desenvolvimento do estágio na UCC de Torres Vedras, tive a oportunidade de assistir a uma destas reuniões de parceria. Nela foram discutidas situações de idosos em risco, por isolamento, mas também foi comunicado pela GNR o aumento dos assaltos a idosos, solicitando às instituições integrantes desta parceria, a comunicação de situações suspeitas, que pudessem colocar em risco a segurança dos idosos.

Outra das atividades resultantes desta parceria foi a “Comemoração do Dia do Idoso”, que aconteceu no dia 1 de Outubro de 2013, contando com a participação destas instituições na sua organização. As IPSS foram as encarregadas de encontrar o espaço e o aforo; a GNR apresentou uma sessão sobre furtos e roubos, e algumas estratégias para evita-los; e a UCC, foi responsável por uma sessão sobre atividade física, onde o EEER efetuou uma breve apresentação sobre os seus benefícios, seguido de uma sessão prática. Esta sessão foi muito bem recebida pela população idosa, mas também pelas outras instituições, contando para o sucesso da mesma, com a colaboração de todos os elementos das instituições presentes. A participação do EEER nesta sessão fez com que 60 idosos das freguesias de Campelos e Outeiro da Cabeça realizassem exercício físico em segurança, partilhando também as suas experiências com outras pessoas da sua faixa etária.

A participação neste evento, como EEER em estágio, teve um impacto profundo na minha pessoa, dando-me a certeza de que o meu futuro profissional deverá estar relacionado com a reabilitação domiciliária.

2.1.5- A importância da promoção do autocuidado da pessoa idosa com alterações da mobilidade.

De uma forma transversal, o autocuidado tem estado presente ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

O autocuidado é “uma ação que tem um padrão e uma sequência e, quando realizada eficazmente, contribui de uma forma específica na integridade estrutural, no funcionamento e no desenvolvimento humano” (Orem, 1995:103).

Atividades desenvolvidas:

O conhecimento da Teoria do Défice de Autocuidado de Orem foi o guia orientador para o planeamento, implementação e desenvolvimento das intervenções a realizar durante o estágio integrado no Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação.

O estudo da mesma foi de vital importância para conhecer os requisitos de autocuidado da pessoa idosa, e assim poder implementar intervenções de EEER

adequadas e adaptadas à pessoa idosa com alteração da mobilidade e à sua família.

De uma forma automática, o EEER realiza a observação da pessoa idosa durante a realização do autocuidado, identificando os défices de autocuidado e as intervenções de EEER mais adequadas para satisfazerlos. Para isso, segundo Orem (1995) existem 5 métodos de ajuda: (1) agir a favor ou fazer pelo outro; (2) orientar e direcionar; (3) proporcionar suporte físico ou psicológico; (4) proporcionar e manter um ambiente que suporte o desenvolvimento pessoal; (5) ensinar. Os EEER utilizaram todos os métodos de ajuda propostos por Orem selecionando-os e combinando-os de forma a responder às necessidades da pessoa e às suas limitações.

O EEER, através de uma observação pormenorizada, consegue identificar fatores que possam ter interferência na ação de autocuidado. Alguns dos fatores que foram identificados, ao longo do estágio desenvolvido na UCC de Torres Vedras, foram: (1) a idade, sendo que a pessoa idosa apresenta maiores dificuldades na realização da ação de autocuidado; (2) a família, que em algumas situações não oferece a possibilidade da pessoa idosa realizar o seu autocuidado; (3) os fatores ambientais, como as condições habitacionais, que podem ser um obstáculo na realização do autocuidado por parte da pessoa idosa; (4) o estado de saúde que interfere diretamente com a capacidade da pessoa idosa para realizar o seu autocuidado; (5) a falta de recursos disponíveis também foi outro dos fatores identificados como tendo interferência na ação de autocuidado. Orem (1995) acrescenta a os fatores anteriormente identificados durante o desenvolvimento deste estágio, outros como o sexo, o estado de desenvolvimento, a orientação sociocultural, os fatores do sistema de saúde e o estilo de vida, denominando-os fatores condicionantes básicos.

Existe uma grande diversidade de dispositivos de apoio disponível no mercado. O papel do EEER na seleção dos mesmos consiste em verificar a adaptação e adequação às necessidades de autocuidado da pessoa, mas também a sua acessibilidade económica. Durante o desenvolvimento deste estágio, participei na escolha de uma almofada para cadeira de rodas, tendo sido realizada em conjunto com o familiar da pessoa.

Como já foi referido no capítulo anterior, o envolvimento da família é imprescindível para o sucesso do plano de reabilitação, mas também para fortalecer as relações interpessoais entre os elementos do agregado familiar.

Análise das atividades desenvolvidas:

O estudo da Teoria do Défice de Autocuidado de Orem provocou um grande interesse, pois, na minha opinião, a autonomia na realização do autocuidado é fundamental para o bem-estar da pessoa. A pessoa idosa apresenta uma maior dificuldade na sua realização, de aí que intervenções apropriadas e adaptadas sejam relevantes para a melhoria no seu desempenho.

A necessidade de compreender o modo como as alterações da mobilidade perturbam a realização das AVD, nomeadamente na pessoa idosa, fez-me ir à procura de um referencial teórico que dê-se resposta a esta necessidade, emergindo, deste modo, o Modelo Teórico do Défice de Autocuidado de Dorotheia Orem que sustentou o planeamento das atividades do Projeto Formativo de Estágio. Com a implementação progressiva das atividades planeadas, a importância deste modelo teórico foi tornando-se evidente, já que facilita a compreensão dos conceitos relacionados com o autocuidado, mas também, indica o caminho a percorrer pelos enfermeiros, nomeadamente pelos EEER. Este percurso passa pela observação da pessoa, implementação de atividades que vão ao encontro das suas expectativas e reavaliação/reformulação continuada do plano de cuidados, com a finalidade de adaptar as intervenções às necessidades da pessoa. Na minha opinião, estas atividades podem melhorar o desempenho na realização da ação de autocuidado, mas também aumentar o grau de satisfação da pessoa durante a mesma.

O plano de reabilitação é um instrumento que deve estar em contínua reformulação, dando resposta aos défices de autocuidado. Para isso, é fundamental que o EEER realize uma observação pormenorizada, identificando os requisitos de autocuidado afetados e as intervenções adequadas à situação de saúde. A capacidade de observação foi aperfeiçoada durante o desenvolvimento deste estágio. Sendo que, numa fase inicial, era necessário o enfermeiro orientador alertar para alguns

detalhes, mas com o tempo e o treino, esta foi realizada de uma forma mais rápida e completa.

As intervenções do EEER podem fazer a diferença na vida diária da pessoa idosa e no desempenho do autocuidado. Para as pessoas que vivenciam situações de dependência, pequenos ganhos em saúde representam grandes batalhas conquistadas. É muito importante que estas pessoas se sintam encorajadas e motivadas para a realização do autocuidado para melhorar autonomia e a independência, sendo que para Januário (2013) esta é a capacidade que a pessoa possui para a realização das AVD, permitindo a possibilidade de viver sozinho no seu domicílio.

O reconhecimento, por parte da pessoa idosa, das suas potencialidades pode encorajar a realização da ação de autocuidado, tornando-se mais participativo, facto que se reflete positivamente na autoimagem e autoestima (Lessman, Conto, Ramos, Borestein e Meirelles, 2011).

Durante o desenvolvimento do estágio, existiram situações em que a pessoa idosa teve ganhos no desempenho do seu autocuidado, mas também existiram outras em que, apesar do planeamento, implementação e avaliação das intervenções, assim como da reformulação do plano de reabilitação, não existiram ganhos a nível da realização de autocuidado. Após a análise de um caso em concreto, em que a pessoa idosa era portadora de uma doença neuromuscular, a falta de motivação da mesma foi um fator que, aparentemente, dificultou a aquisição de competências na realização do mesmo.

Os fatores, que interferem na ação de autocuidado, identificados durante o desenvolvimento deste estágio, surgiram de forma espontânea. Um dos fatores identificados foi a família. Esta pode fazer a diferença entre o sucesso ou o fracasso do plano de reabilitação, no que diz respeito ao autocuidado. Em situações de pessoas com doenças crónicas ou degenerativas, as famílias são o pilar que sustenta os cuidados de saúde da mesma, mas algumas vezes, podem auxiliar em demasia, diminuindo o espaço da pessoa para o desenvolvimento da ação de autocuidado.

No caso particular, em que o cuidador efetua a ação de autocuidado, sem proporcionar a oportunidade à pessoa idosa de o fazer, conduziu-me à mudança da visão sobre a prestação de cuidados de enfermagem. Como prestadores de cuidados estamos “programados” para substituir a pessoa no seu autocuidado, especialmente no momento da higiene ou da alimentação. A observação de comportamentos de “asfixia”, por parte da família, no que diz respeito à realização do autocuidado, sensibilizou o meu desempenho relacionado com o autocuidado, tentando atualmente proporcionar a oportunidade e as condições adequadas para que a pessoa realize a sua higiene e se alimente, desde que a sua condição de saúde assim o permita. Na minha opinião, esta prática melhora a relação entre enfermeiro e utente, originando um maior envolvimento no plano de cuidados e uma melhoria da satisfação com o mesmo.

Os dispositivos de apoio têm a finalidade de facilitar a função, reduzindo o impacto das limitações funcionais (Hoeman, Liszner e Alverzo, 2011). A grande oferta de dispositivos de apoio existente nos mercados tem, na minha opinião, aspetos positivos e negativos. Se por um lado existe uma grande gama de dispositivos de apoio para diferentes necessidades de autocuidado: vestir, higiene ou alimentação, por outro lado, a sua fácil aquisição faz com que alguns cuidadores adquiram produtos pouco adequados às necessidades da pessoa idosa. O EEER tem um papel fundamental no aconselhamento para a aquisição dos mesmos, sendo este o encarregado de realizar uma escolha que tenha em conta fatores como as condições habitacionais, os fatores físicos e também o custo do dispositivo, entre outros. Segundo Hoeman, Liszner e Alverzo (2011) “a escolha de um dispositivo de apoio para uma pessoa depende das suas limitações, doença ou situação clínica, autoestima e imagem corporal, estilo de vida e situação financeira”.

O facto de encontrar colchões de pressão alterna e/ou cama articulada/grades em todos os domicílios, onde existiam pessoas que apresentavam um grau de dependência elevado, suscitou-me alguma curiosidade. Na minha prática de cuidados, existe alguma dificuldade em conseguir proporcionar essas condições às pessoas que cuidamos. Esta circunstância esclareceu-se com a apresentação de uma parceria, formada pela UCC, GNR e IPSS do Concelho de Torres Vedras. As

IPSS respondem a algumas das necessidades das pessoas idosas a nível de dispositivos de apoio. Estas IPSS funcionam como uma loja de aluguer onde o empréstimo de dispositivos como colchões de pressão alterna, camas articuladas ou com grades, e cadeiras de rodas é realizado de forma gratuita, e quando a pessoa não necessitar, devolve à IPSS, de forma a servir para outra pessoa que precise.

A família deve providenciar a partilha do tempo em família com a pessoa idosa, evitando que esta permaneça confinada a um quarto. O EEER tem um papel muito importante na sensibilização da família sobre os ganhos que a reinserção social tem na pessoa idosa. Esta pode fazer com que a pessoa idosa se sinta útil perante a sociedade, mas também perante a família e as pessoas que a rodeiam (Mailloux-Poirier, 1995b).

O EEER utiliza o domicílio como ambiente facilitador para a reabilitação das pessoas, oferecendo assim um atendimento mais individualizado. Esta forma de agir traz outros contributos como a autonomia, o autocuidado e a satisfação das pessoas atendidas (Gomes, Rocha, Martins e Gonçalves, 2014).

2.2- Percurso realizado na área de reabilitação funcional respiratória

Para completar o percurso formativo enquadrado no Mestrado e Pós-Licenciatura de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e assim adquirir competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, foi necessário desenvolver um estágio de 6 semanas num campo de estágio da área respiratória.

No decurso deste capítulo, as atividades relatadas serão aquelas que não foram abordadas anteriormente e/ou as que foram relevantes para o desenvolvimento das competências de EEER.

2.2.1- A integração na dinâmica e funcionamento do Serviço de Cirurgia Cardiorácica.

Atividades desenvolvidas:

O serviço escolhido, para adquirir competências na área da reabilitação respiratória, foi o Serviço de Cirurgia Cardiorácica (CCT) do Hospital de Santa Maria.

O conhecimento do espaço físico do serviço CCT obrigou a uma passagem, em observação, pelo bloco operatório, de forma a assistir a uma cirurgia cardíaca e outra pulmonar, com o objetivo de compreender quais as estruturas anatómicas envolvidas nestas cirurgias, e quais as repercussões da mesma para a reabilitação da pessoa no pós-operatório.

Após o estágio de observação de um dia no bloco operatório, seguiu-se a integração no funcionamento do serviço de internamento, e por último, e com uma menor permanência, a integração na UCI e UCINT.

O conhecimento dos recursos disponíveis, assim como, o conhecimento das normas e rotinas do serviço, foram graduais, sendo estes desenvolvidos com o decorrer do estágio.

Análise das atividades desenvolvidas:

O conhecimento do espaço físico foi uma experiência surpreendente para mim, devido á falta de condições a nível do internamento, nomeadamente para fazer uma refeição, ou para ir ao WC. Existe uma grande carência a nível da qualidade de espaço, não só para os profissionais, senão também para os utentes. O serviço de internamento possui, apenas, um duche de homens e outro de senhoras, para 19 utentes sendo que a que maioria dos utentes internados realiza a sua higiene de forma autónoma, ou com ajuda, no WC. Esta situação obrigou ao desenvolvimento, por parte dos profissionais deste serviço, de uma grande capacidade de organização, para conseguir responder às necessidades de higiene das pessoas internadas neste serviço.

Esta situação fez-me valorizar mais o espaço disponível na instituição onde exerço funções, que possui condições, não só para os utentes, mas também para os profissionais.

O facto de desempenhar funções numa instituição de pequenas dimensões, fora da grande Lisboa, foi um obstáculo inicial para o estabelecimento de algumas das

relações interprofissionais. Alguns profissionais continuam a carregar o mito de que, só nas instituições de grandes dimensões é que se prestam cuidados de enfermagem de excelência. Foi necessário a demonstração de conhecimentos, capacidades e competências não só a nível da área de reabilitação, mas também de enfermagem, para conseguir ultrapassar este obstáculo, contando com o valioso suporte do EEER presente no serviço.

A compreensão do funcionamento do serviço gerou alguma confusão inicial, devido ao facto de existir uma grande movimentação de pessoas neste serviço. Com o desenvolvimento do estágio, este foi assimilado.

2.2.2- A importância da avaliação global da pessoa internada no serviço de Cirurgia Cardiotorácica.

A avaliação global da pessoa internada no serviço CCT foi muito importante à hora da implementação do plano de cuidados de reabilitação. O tipo de cirurgia à que a pessoa é submetida revelou ser um dos fatores que podem ter interferência na elaboração do plano de reabilitação.

Atividades desenvolvidas:

A realização de um estágio de observação no bloco operatório permitiu a visualização, de uma forma íntima, das estruturas anatómicas envolvidas na cirurgia cardíaca e na cirurgia pulmonar, mas também ofereceu a oportunidade única de presenciar a circulação extracorporeal e compreender a importância de um bom posicionamento para o sucesso da cirurgia.

Estas cirurgias interferem diretamente com a função respiratória, afetando a mobilidade da caixa torácica, que é responsável pela capacidade de expansão pulmonar.

A implementação de intervenções de EEER no SCCT às pessoas internadas deve ser criteriosa devido à escassez de EEER no mesmo. Os critérios utilizados para a seleção das pessoas alvo dos cuidados do EEER foi a presença de secreções ou dificuldade respiratória, a solicitação por parte do enfermeiro, assim como a necessidade de intervenções de EEER baseadas na visualização das imagens radiológicas.

A avaliação da pessoa internada no SCCT consiste em monitorizar: (1) sinais vitais; (2) características da pele e mucosas; (3) presença de edemas; (4) padrão respiratório: tipo de ventilação, simetria torácica, tipo de padrão respiratório, amplitude, ritmo, presença de tiragem; (5) presença de tosse, dispneia ou cansaço; (6) percussão; (7) auscultação pulmonar e (8) radiologia do tórax. Esta avaliação é realizada antes e depois da implementação das intervenções específicas do EEER. A interpretação das imagens radiológicas foi uma das ferramentas utilizadas durante o estágio. Esta em conjunto com o exame objetivo e a auscultação pulmonar permitiu o desenvolvimento de competências a nível da avaliação da função respiratória da pessoa internada no SCCT.

Os instrumentos de registo utilizados na avaliação da pessoa foram criados pela EEER, que desempenha funções exclusivas de reabilitação. Este instrumento é constituído pelos itens referidos anteriormente, apresentando também espaço para o registo do plano de intervenções e ensinamentos realizados.

Análise das atividades realizadas:

A observação em primeira linha de uma cirurgia cardíaca, com recurso a circulação extracorpórea, foi uma experiência sublime em muitos aspetos. Primeiro pela especificidade da própria cirurgia, e segundo, pelo conhecimento adquirido com esta experiência, que permitiu tomar consciência das estruturas envolvidas neste tipo de cirurgia, e das implicações da mesma na função respiratória.

No início estava com algum receio de não ter a oportunidade de observar a cirurgia com proximidade, mas os profissionais intervenientes na cirurgia, permitiram e zelaram pela minha aprendizagem, colocando à disposição, os recursos necessários que permitissem uma boa visualização, acrescentando explicações sobre os procedimentos realizados.

A avaliação global da pessoa internada no SCCT teve um fator facilitador, este foi a existência de telemetria, que consiste na monitorização cardíaca constante, permitindo verificar a frequência cardíaca e o traçado eletrocardiográfico de forma portátil. A telemetria ofereceu a possibilidade de monitorizar a frequência cardíaca ou alterações, durante a realização dos exercícios respiratórios.

A interpretação da radiografia do tórax foi uma das atividades que foram desenvolvidas de uma forma mais profunda. A observação diária de imagens

radiológicas do tórax de todos os utentes internados no SCCT permitiu identificar alterações que necessitassem de intervenções do EEER. O programa informático disponível para o efeito permitia visualizar várias imagens ao mesmo tempo, oferecendo assim a possibilidade de observar, de uma forma mais simples, a evolução da pessoa a nível radiológico.

Esta atividade foi desafiante, mas com a ajuda e orientação do EEER foi desenvolvida com sucesso, tendo adquirido no fim do estágio, alguma competência na interpretação das imagens radiológicas do tórax. Surgiram algumas dúvidas que foram esclarecidas, de uma forma assertiva e clara, pelo EEER ou pelo médico do serviço.

Outro dos desafios deste estágio foi a aquisição de competências a nível da auscultação pulmonar. Esta atividade também foi amplamente desenvolvida devido à necessidade de uma auscultação eficiente, de forma a identificar ruídos adventícios que pudessem indicar alterações a nível da função respiratória ou da permeabilidade das vias aéreas. No início senti alguma dificuldade, mas esta foi ultrapassada devido ao treino e à colaboração do EEER que foi incansável, facilitando a minha aprendizagem. A realização de auscultação pulmonar de forma frequente permitiu adquirir competências a nível da avaliação da função respiratória, que junto com a interpretação de imagens radiológicas, já foram de grande utilidade na minha prática diária.

A utilização dos instrumentos de registo disponíveis no SCCT permitiu uma visualização da evolução da função respiratória da pessoa internada. Estes foram de fácil manipulação e estavam disponíveis no processo do utente, facilitando o seu acesso e a sua correta utilização.

2.2.3- A necessidade de aprofundar conhecimentos na área da reabilitação respiratória.

Atividades desenvolvidas:

A realização deste estágio exigiu um aprofundamento dos conhecimentos das patologias respiratórias mais frequentes, mas também das intervenções adequadas a cada tipo de patologia.

Devido a especificidade deste serviço, o estudo estendeu-se às patologias cardíacas mais frequentes, e a interpretação de imagiologia de tórax e auscultação pulmonar como ferramentas necessárias para a realização de uma avaliação completa da pessoa internada neste serviço.

Em conjunto com outra enfermeira em estágio, de outra escola de enfermagem da área de Lisboa, foi elaborado um póster com escalas utilizadas pelo EEER, facilitando assim a sua consulta. Este é constituído pela Escala de Answorth, Escala de Borg, Escala de Lower e a Escala do Equilíbrio. Este póster ficou afixado na sala de trabalho de enfermagem e fica em anexo (APÊNDICE 2).

Durante o estágio no SCCT foi realizado um plano de cuidados, revelando-se uma ferramenta de grande utilidade para a aprendizagem (APÊNDICE 3).

Análise das atividades desenvolvidas:

A especificidade deste serviço fez com que o estudo destas patologias fosse imprescindível para implementar um plano de reabilitação adequado às necessidades da pessoa internada no SCCT.

A utilização, com alguma frequência, de linguagem por siglas, dificultou o desenvolvimento dos conhecimentos e da perceção das patologias, facto que me obrigou a consultar os processos individuais dos utentes, familiarizando-me assim com os termos utilizados. Não surgiu nenhuma oportunidade de formação em serviço, mas existiram muitos momentos de aprendizagem procedentes dos vários profissionais que desempenham funções neste serviço.

O facto de partilhar o tempo de estágio com uma enfermeira de outra escola de enfermagem foi enriquecedor, permitindo a partilha de conhecimentos, experiências anteriores e dúvidas, que facilitaram o processo de desenvolvimento de aquisição de competências de EEER.

2.2.4- As intervenções de EEER no cuidado da pessoa internada no serviço de Cirurgia Cardiorácica.

Atividades desenvolvidas:

A avaliação da função respiratória é fundamental para a implementação de intervenções adequadas às necessidades. Esta é realizada através de: exame objetivo que inclui a inspeção, palpação, percussão e auscultação; os exames complementares de diagnóstico; avaliação subjetiva como a presença de dispneia, tosse, intolerância à atividade ou história de sintomas e hábitos tabágicos.

As intervenções relacionadas com a mobilidade foram também desenvolvidas. A existência de um andarilho para 19 utentes, fez com que o EEER desenvolvesse mecanismos adaptativos, por exemplo, utilizar um carrinho de supermercado como auxiliar de marcha.

A sexualidade é uma das necessidades básicas de todos os seres humanos. Esta coexiste com as alterações do estado de saúde (Duchene, 2011). Durante o desenvolvimento do estágio na UCC o tema da sexualidade não tinha sido abordado. Mas no SCCT, as dúvidas sobre a sexualidade surgiram com alguma frequência mostrando a preocupação das pessoas internadas com o seu desempenho sexual após a cirurgia. Para diminuir os níveis de ansiedade associados a este tema, o EEER instruiu a pessoa sobre posições sexuais que favorecessem a gestão do esforço e energia, desfrutando de relações sexuais seguras, que não interferissem com o processo de convalescença.

As intervenções a nível da reabilitação respiratória passaram pela posição de relaxamento, a dissociação dos tempos respiratórios, exercícios de contenção de sutura, exercícios de reeducação costal global e seletiva, exercícios de reeducação abdomino-diafragmática, exercícios de mobilização da articulação escapulo-umeral. Estes exercícios foram sempre condicionados pela cirurgia à que a pessoa foi submetida. No caso de existência de esternotomia, a abertura costal com bastão, não ultrapassava 90°, para não elevar a parte inferior da grelha costal, e com isso, aumentar a tensão a nível da esternotomia.

A pessoa submetida a cirurgia cardíaca ou pulmonar apresenta incapacidade em realizar inspirações profundas, associada à dor, dificultando o processo de limpeza das vias aéreas (Gronkiewict e Coover, 2011). Algumas das intervenções de EEER desenvolvidas com a finalidade de promover a limpeza das vias aéreas foram: a

tosse assistida e dirigida, com contenção de sutura; o Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias (CATR); e as manobras acessórias, nomeadamente a vibração e percussão, que obtiveram o resultado esperado.

Na UCI e UCINT, existe uma imobilidade no leito da pessoa no pós-operatório imediato, associada à ventilação mecânica, que favorece a acumulação de secreções. A drenagem postural foi utilizada nestas unidades com a finalidade de melhorar a limpeza das vias aéreas. Em pessoas ventiladas, o EEER adapta as intervenções à capacidade da pessoa e usufrui do ventilador como auxiliar na limpeza das vias aéreas.

Os exercícios de contenção de costura foram realizados de forma sistemática por toda a equipa do SCCT. Estes exercícios consistiam no ensino de como levantar/sentar, mobilizar-se no leito ou tossir. Todas estas mobilizações necessitavam de contenção torácica. Quando a pessoa não possuía a capacidade de realizar esta contenção de forma eficaz, era colocado dispositivo de apoio, em forma de colete, cujo objetivo era facilitar a contenção torácica e diminuir o risco de deiscência da esternotomia.

O EEER realizava estes ensinamentos de forma individual ou coletiva, ao momento de acolhimento ou alta, tentando sempre a presença de familiares destas pessoas, para que o processo educativo fosse mais eficaz. O objetivo desta educação também era reforçar a importância da realização dos exercícios desenvolvidos durante o internamento, facilitando a recuperação e o processo de reabilitação.

Análise das atividades desenvolvidas:

A finalidade da reabilitação pulmonar é reduzir os sintomas, diminuir as deficiências, aumento na participação nas AVD e na melhoria da qualidade de vida (Gronkiewict e Coover, 2011).

O sucesso do plano de reabilitação respiratória não depende exclusivamente do desempenho do EEER, mas da adesão da pessoa ao mesmo. Esta adesão nem sempre é possível. Para exemplificar, existiu uma situação em que uma pessoa internada no SCCT, que não tinha usufruído dos cuidados de EEER no pós-

operatório, e ao momento da alta foi abordado para a realização de exercícios de expansão torácica e tosse. Ele recusou a minha solicitação porque, segundo ele, “não queria brincar com o pau azul (bastão)”. Tentei persuadi-lo explicando-lhe os benefícios dos exercícios, mesmo assim, continuou a recusar qualquer tipo de intervenção. Esta situação deixou-me ligeiramente frustrada porque, embora eu tentasse que ele realizasse os exercícios, não consegui transmitir a importância dos mesmos.

Embora as intervenções cirúrgicas fossem um foco de limitação motora, o EEER implementou intervenções que melhorassem esta limitação, nomeadamente levantar, deambulação com ou sem auxiliar de marcha, treino de mobilidade com cadeira de rodas e transferência cama-cadeira. Devido a alguma carência de recursos materiais, o carrinho do supermercado serviu como auxiliar de marcha, oferecendo ao utente a capacidade de se deslocar de forma autónoma, necessitando apenas de supervisão.

As pessoas internadas com capacidade aparente para a realização do autocuidado foram encorajadas para o seu desempenho. O EEER facultava os auxiliares disponíveis, de modo a atingir a maior independência possível.

A sexualidade foi um tema abordado durante este estágio. No início, esta temática provocou-me algum desconforto, mas com a aquisição gradual de conhecimentos, este foi-se transformando em empenho para falar e esclarecer as dúvidas surgidas, ultrapassando assim, as minhas limitações. O EEER realizou ensinamentos adequados sobre a gestão do esforço e posições adequadas que evitariam complicações a nível da cirurgia realizada (Duchene,2011). Após os ensinamentos, as pessoas ficaram, aparentemente, muito mais tranquilas e menos apreensivas em relação à alta.

Embora não seja uma temática amplamente abordada durante o internamento, a sexualidade faz parte das pessoas e os fatores que possam influenciar o seu desempenho provocam ansiedade. A minha visão sobre a importância da sexualidade para a pessoa internada modificou comportamentos e atitudes na minha prática de cuidados.

A realização de reabilitação respiratória no SCCT fez com que adquirisse competências a nível do planeamento, implementação e avaliação do plano de reabilitação. As intervenções de EEER basearam-se na avaliação da pessoa internada, consciencializando-me sobre a importância do EEER na reabilitação respiratória. Numa situação de cuidados em que a pessoa apresentava roncamentos no terço inferior e médio de ambos os pulmões após a intervenção do EEER os roncamentos ficaram audíveis apenas no terço inferior do pulmão esquerdo. No que diz respeito à reabilitação respiratória, a obtenção de resultados imediatos faz crescer a motivação do EEER exponencialmente.

As intervenções relacionadas com a contenção de sutura foram exploradas durante este estágio. Se a pessoa com esternotomia conhecer como se deve mobilizar e efetuar a mesma de forma correta pode diminuir o risco de deiscência de sutura, diminuindo assim os internamentos prolongados por complicações no pós-operatório.

A UCI e UCINT foram aquelas unidades onde a integração foi mais difícil, devido à complexidade dos utentes que se encontravam internados. A existência de drenagens torácicas, fios de *pacemaker* na região epigástrica, linha arterial, cateter venoso central, mas sobretudo a ventilação mecânica, foram obstáculos que dificultaram a realização de alguns dos exercícios de reeducação funcional respiratória. Devido a estes fatores e à duração do estágio, não foram realizadas intervenções autónomas em pessoas ventiladas, mas sim, em pessoas não ventiladas internadas nestas unidades.

Segundo Gronkiewict e Coover (2011:346) “o ensino é essencial em qualquer programa de reabilitação respiratória com o seu papel mais eficaz nas alterações de comportamento positivo nas estratégias de autogestão”. Os ensinamentos sobre a contenção de sutura, hábitos de vida saudáveis, possíveis complicações da cirúrgica e gestão do esforço foram os principais temas abordados. A realização dos mesmos, em grupo ou de forma individual, permitiu o esclarecimento de dúvidas, questões ou outros temas, incluindo a família no processo de convalescença/reabilitação.

2.2.5- A importância da promoção do autocuidado na pessoa internada no serviço de Cirurgia Cardiorádica.

Atividades desenvolvidas:

A Teoria do Défice de Autocuidado de Dorotheia Orem serviu como referencial teórico para a elaboração deste relatório de estágio. A sua importância já foi abordada anteriormente.

A pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica vai apresentar condicionantes a nível da mobilidade que vão interferir com o desempenho nas AVD. As cirurgias cardíacas, devido à existência da esternotomia, são geradoras de limitações e aumento da dependência no autocuidado, nomeadamente, naquelas atividades onde seja necessária utilizar a parte superior do corpo, por exemplo, lavar o cabelo, pentear ou vestir.

As intervenções específicas de EEER, em relação ao autocuidado, basearam-se na realização de ensinamentos de forma promover a independência da pessoa idosa internada no SCCT. Por exemplo, a estratégia que o EEER utilizou para o pentear foi a pessoa segurar o hemitórax lateral da mão que vai elevar-se, evitando a elevação das costelas. A nível do vestir a parte superior do corpo, a estratégia era similar, mas era necessário uma pessoa para ajudar. Assim a pessoa internada segura no hemitórax lateral à manga que vai vestir, enquanto o familiar veste essa manga, e repete o processo para a outra manga. A dificuldade em realizar este tipo de intervenções fez com que o EEER aconselha-se a utilização de camisas/blusas que facilitassem o vestir da parte superior do corpo. Estas estratégias devem ser utilizadas num período de tempo aproximado de 6 semanas, prazo estimado para a cicatrização interna da esternotomia.

As intervenções de EEER a nível do autocuidado promovem uma melhoria da autoestima, o que, segundo Hoeman, Liszner e Alverzo (2011) só acontece quando estas atingem o máximo de independência nas AVD.

A importância do envolvimento da família no processo de reabilitação tem sido explorada durante a realização deste relatório. No caso das intervenções

relacionadas com o autocuidado, este envolvimento continua a ser extremamente importante, de forma a tornar a pessoa o mais independentemente possível para a realização do autocuidado no domicílio. A família é a peça chave no sucesso do processo de convalescença, mas também no plano de reabilitação.

Segundo Quintana e Kalil (2012) a pessoa submetida a cirurgia cardíaca pode sofrer de ansiedade, depressão, medo, experiências traumáticas, alterações cognitivas, alterações nos padrões de sexualidade e distúrbios no sono. Estes fatores podem afetar a realização de autocuidado, mas também interferir no processo de convalescença/reabilitação. O EEER tem uma função indispensável no esclarecimento de dúvidas, aconselhamento e encorajamento de forma a minimizar os efeitos provocados por estes fatores.

Análise das atividades desenvolvidas:

As intervenções do EEER específicas para o autocuidado basearam-se em estratégias que permitissem à pessoa desempenhar as atividades de autocuidado em segurança. Esta aprendizagem fez com que compreende-se a importância de pequenas intervenções ou estratégias, que podem fazer a diferença entre a dependência ou independência na realização do autocuidado.

Davies (2000) refere que no momento da alta, os cuidadores sentem necessidade de informação, mas também insegurança em relação ao processo de recuperação no domicílio e ao seu papel durante o mesmo. A educação para a saúde é um dos meios utilizados pelos EEER para envolver a família no processo de reabilitação, sabendo que esta será o suporte para a pessoa submetida a cirurgia, sendo benéfico a existência de uma preparação sobre o papel que a família deve desempenhar no domicílio.

3- AVALIAÇÃO

O caminho percorrido, durante o estágio realizado na UCC e SCCT, conduziu-me ao desenvolvimento das competências de EEER. Este percurso esteve repleto de experiências de aprendizagem sublimes mas também dificuldades e limitações.

A experiência da reabilitação domiciliária foi muito enriquecedora, revelando-se de grande utilidade para conhecer as necessidades reais da pessoa e família, oferecendo a possibilidade de implementar um plano de reabilitação adaptado às mesmas.

Do meu ponto de vista, o sucesso das intervenções de EEER na comunidade pode ser um ponto de viragem para reduzir o isolamento da pessoa idosa, e pode ser a diferença entre a dependência e independência em algumas necessidades de autocuidado. Os ganhos em saúde obtidos com estas intervenções traduziram-se num aumento da independência, autonomia e autocuidado da pessoa idosa com alteração da mobilidade, promovendo, de forma aparente, a melhoria do desempenho nas AVD e a reinserção social e familiar.

A aquisição e aperfeiçoamento de mecanismos adaptativos foi outra das competências que caracterizaram este estágio. A capacidade do EEER de se adaptar ao meio onde desenvolve cuidados, surpreendeu-me de uma forma positiva, influenciando diretamente a minha prestação de cuidados.

A parceria, existente entre UCC, GNR e IPSS do Concelho de Torres Vedras, tem o objetivo de proporcionar à pessoa idosa segurança, conforto e a possibilidade de reintegração na comunidade. O trabalho desenvolvido e o empenho com que é efetuado são, na minha opinião, um exemplo a seguir para outras instituições que cuidam de pessoas idosas, sejam elas de caráter público ou privado.

O estágio desenvolvido na área hospitalar foi muito intenso devido à quantidade de pessoas que necessitaram de cuidados específicos de EEER na área respiratória. Este facto obrigou-me a “aprender depressa” e a empenhar-me no processo de

adquisição de competências nesta área específica da reabilitação, satisfazendo as necessidades das pessoas internadas nesta área de cuidados, e compreendendo também, a importância da reabilitação respiratória e os ganhos em saúde obtidos com a intervenção do EEER.

Outro dos aspetos positivos que surgiram durante o desenvolvimento deste estágio foi o facto de ambos orientadores de estágio possuírem os conhecimentos, capacidades e competências de EEER, mas também uma grande humanidade e experiência, facilitando o sucesso do meu processo de aprendizagem.

As dificuldades, que surgiram durante a implementação do projeto, estiveram relacionadas com alguns fatores, nomeadamente as longas distâncias percorridas diariamente para poder frequentar o estágio, obrigando-me, alguns dias, a despender 4 horas por dia em transportes públicos. Este facto originou algum cansaço, que não se refletiu de forma evidente no desenvolvimento do estágio.

Depois da análise do percurso realizado é de salientar que os campos de estágio escolhidos responderam, muito acima das minhas expectativas, aos objetivos delineados no projeto.

As intervenções de EEER associadas à pessoa idosa com AVC não foram desenvolvidas devido a ausência de pessoas com esta patologia em programa de reabilitação.

Todas as intervenções, realizadas durante o estágio, tiveram um impacto na minha prestação de cuidados, fazendo-me questionar, analisar, refletir e avaliar as atividades realizadas diariamente, e de que forma estas interferem positiva ou negativamente na vida da pessoa. Algumas destas intervenções já foram utilizadas na minha prestação de cuidados diária, nomeadamente as transferências cama-cadeira de rodas, levantes e posicionamentos, e reabilitação respiratória, entre outros. Também surgiu a oportunidade de apresentar a sessão sobre a deglutição (realizada na UCC), no serviço onde desempenho funções. Esta teve a finalidade de partilhar conhecimentos e estratégias úteis no dia-a-dia, no que diz respeito à deglutição.

A Teoria do Défice de Autocuidado de Dorotheia Orem foi o referencial teórico que sustentou o planeamento e desenvolvimento deste estágio. Este teve um impacto na minha prestação de cuidados, emergindo assim, uma visão global sobre a pessoa e

as suas necessidades, e posterior construção de um plano de reabilitação adaptado às mesmas. A implementação deste plano melhorou o autocuidado da pessoa, evidenciando os seus benefícios durante o desenvolvimento deste estágio, mas também durante a prestação de cuidados de enfermagem.

4- CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO

O enfermeiro na comunidade precisa de desenvolver autonomia e coragem, mas também deve saber reconhecer os limites da sua intervenção. Para atingir estas competências, precisa de por em prática os conhecimentos, técnicas, estratégias disponíveis, assim como, mobilizar habilidades, atributos pessoais e experiências anteriores, de forma a prestar cuidados de enfermagem de excelência, mas também, empreender uma mudança na representação social da profissão (Duarte,2010).

A enfermagem de reabilitação mantém-se tímida em mostrar a evidência e resultados das suas intervenções, devido principalmente às dinâmicas institucionais que não libertam estes profissionais para a realização das funções diferenciadas para as quais estão habilitados (Pires, 2012).

Na situação particular dos EEER na comunidade, estes estão preparados para estimular, encorajar, ensinar e treinar a pessoa idosa e o seu cuidador de forma a torna-los mais independentes e autónomos (Gonçalves, 2012).

Na minha opinião, o contexto domiciliário é enriquecedor no que diz respeito à enfermagem de reabilitação, sendo o EEER um profissional habilitado para ir ao encontro desta realidade e implementar intervenções que respondam às necessidades e potencialidades reais das pessoas.

O alvo das intervenções do EEER é a pessoa idosa, mas também o cuidador, porque é este que suporta e satisfaz os défices de autocuidado da mesma. Surgiu, ao longo deste estágio, a necessidade de um instrumento que validasse a aquisição de conhecimentos, habilidades e competências por parte do cuidador. Este deverá ser sensível aos ganhos em saúde e dirigido para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos cuidadores, fazendo com que exista uma “diminuição da dependência” dos cuidados de enfermagem” (Gonçalves, 2012:107).

Na sociedade atual, os indicadores, taxas de sucesso e relação custo/benefício conseguem demonstrar a eficácia de um plano de saúde, para isso, os EEER na

comunidade devem criar indicadores, sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, que demonstrem a eficácia dos mesmos. Um destes indicadores pode ser a taxa de reinternamento das pessoas em programa de reabilitação domiciliária. A apresentação de indicadores válidos que mostrem a efetividade dos programas de reabilitação domiciliária pode ser um passo em frente no aumento do número de EEER na comunidade.

Existem vários projetos relacionados com a reabilitação que gostaria de desenvolver num futuro próximo. Um deles é conseguir implementar um programa de reabilitação domiciliária na UCC de Peniche, local para onde tenho solicitada a mobilidade. Outro dos projetos passa pela instrução de cuidadores formais/informais sobre conhecimentos e competências para cuidar das pessoas idosas de forma segura para todos os intervenientes. Ambos projetos são ambiciosos, mas com empenho e dedicação, espero conseguir concretiza-los.

Todas as experiências vivenciadas conduzem a uma aprendizagem. Durante este estágio, existiram experiências boas, menos boas e más, mas todas elas serviram para me fazer crescer um pouco mais, tornando-me uma melhor enfermeira, e preparando-me para ser uma EEER mais preparada e competente.

A gestão do tempo entre vida académica, profissional e familiar, durante a realização deste estágio, foi extenuante. Mas esta experiencia fez-me tomar consciência da grandeza do ser humano, que está repleto de qualidades e forças que desconhecemos, que só em momentos de desespero é que são exibidas, ajudando a ultrapassar os obstáculos e oferecendo uma luz sobre o caminho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Association of Rehabilitation Nursing (2013). Acedido a 2 julho 2013. Disponível em: http://www.rehabnurse.org/uploads/files/pubs/media_backgroundunder_2013.pdf
- Berger, L. (1995a). Aspectos biológicos do envelhecimento. In L. Berger (editor) *Pessoas idosas: uma abordagem global.*(pp.123-156). Lisboa. Lusodidacta.
- Berger, L. (1995b). Aspectos psicológicos e cognitivos do envelhecimento. In L. Berger (editor) *Pessoas idosas: uma abordagem global.*(pp.157-198). Lisboa. Lusodidacta.
- Berger, L. (1995c). Relação de ajuda em gerontologia. In L. Berger (editor) *Pessoas idosas: uma abordagem global.*(pp.21-62). Lisboa. Lusodidacta.
- Berger, L. (1995d). Saúde e envelhecimento. In L. Berger (editor) *Pessoas idosas: uma abordagem global.*(pp.107-122). Lisboa. Lusodidacta.
- Boechat, J., Manhães, F. & Filho, R. (2012). O Imobilismo no Idoso e sua Repercussão no Sistema Músculo-esquelético. In *Congresso Internacional Interdisciplinar em Ciências Sociais e Humanidades*. Niterói, Rio de Janeiro. 3-6 setembro de 2012.
- Cabete, D. (2005). *O idoso, a doença e o hospital*. Loures. Lusodidacta.
- Cabrita, M.F.G. & José, H.M.G. (2013). O idoso na equipa de cuidados continuados integrados: programa de enfermagem para a prevenção de quedas. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 7(1). 96-103. .
- Davies, N. (2000). Patients´and carers´perceptions of factors influencing recovery after cardiac surgery. *Journal of Advanced Nursing*. 32 (2). 318-326.
- Deshpande, N., Metter, J., Lauretarni, F., Bandinelli, S., Guralnik, J., & Ferrucci, L. (2008). Activity Restriction Induced by Fear of Falling and Objective and Subjective Measures of Physical Function: A Prospective Cohort Study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 56 (4). 615-620. Acedido a 18-03-2014. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2007.01639.x
- Diogo, M.J. (2000). O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* – Ribeirão Preto. Vol 8 (1), 75-81.
- Direção Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Circular Normativa nº 13,/ DGCG de 2 de julho de 2004. Lisboa.

- Duarte, S.F.C. (2010). *Continuidade em Cuidados Domiciliários: o papel do enfermeiro*. Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Lisboa.
- Duchene, P.M. (2011). Educação e Aconselhamento Sexual. In S.P.Hoeman (coordenador). *Enfermagem de Reabilitação. Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed). (p.591-618). Loures. Lusodidacta.
- Fairhall, N., Sherrington, c., Kurrle, S., Lord., Lockwood, K. & Cameron, I. (2012). Effect of a multifactorial interdisciplinary intervention on mobility-related disability in frail older people: randomized controlled trial. *BMC Medicine*. 10 (120). 1-13 Acedido a 18-03-2014 em <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/10/120>. DOI:10.1186/1741-7015-10-120.
- Falcão, S. (2011). *Autonomia e Movimento do Corpo Idoso - Estudo de Caso -*. Dissertação de mestrado. Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa
- Ferreira, A. (2011). *Independência funcional em idosos domiciliados: intervenção de enfermagem de reabilitação*. Dissertação de mestrado. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu.
- Gomes, B., Rocha, M., Martins, M. & Gonçalves, M. (2014). Investigação em Enfermagem de Reabilitação: um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados. *Escola Superior de Enfermagem do Porto*. 75-82. Porto.
- Gonçalves, E. V. (2012). *Dependência dos idosos no domicílio e sobrecarga dos cuidadores*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Dissertação de Mestrado. Coimbra.
- Gronkiewict, C. & Coover, L. (2011).Reabilitação respiratória e Pulmonar. In S.P.Hoeman (coordenador). *Enfermagem de Reabilitação. Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed). (p.319-350). Loures. Lusodidacta.
- Habel, M. (2011). Educação do doente e da família orientada para resultados. In S.P.Hoeman. (coordenador). *Enfermagem de Reabilitação. Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed). (p.61-72). Loures. Lusodidacta.
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures. Lusociência.

- Hoeman, S., Liszner, K. & Alverzo, J. (2011). Mobilidade Funcional nas Atividades de Vida Diária. In S.P.Hoeman (coordenador). *Enfermagem de Reabilitação. Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed). (p.209-270). Loures. Lusodidacta.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos*. Lisboa
- Januário, J. (2013). *Resultados das Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa internada no Serviço de Medicina Interna dos Hospitais da universidade de Coimbra*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Tese de Mestrado. Coimbra.
- Kelly-Hayes, M & Philipps, M. (2011). Avaliação da Função e Medidas de Resultados. In S.P.Hoeman (coordenador). *Enfermagem de Reabilitação. Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed). (p.177-186)). Loures. Lusodidacta.
- Kneafsey, R. (2007). A systematic review of nursing contributions to mobility rehabilitation: examining the quality and content of the evidence. *The Author. Journal Compilation*.(p. 325-340x Blackwell Publishing Ltd). doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02000.
- Lessman, J.C., Conto, F, Ramos, G., Borenstein, M.S.& Meirelles, B.H.S. (2011). Atuação de enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 64 (1). 198-202.
- Lutz, B. & Davis, S. (2011). Modelos Teóricos e Práticos para a Enfermagem de Reabilitação. In S.P.Hoeman. (coordenador). *Enfermagem de Reabilitação. Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed). (p.15-30). Loures. Lusodidacta
- Maciel, A. & Guerra, R. (2005). Fatores associados à alteração da mobilidade em idosos residentes na comunidade. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 9(1). 17-23.
- Maillux-Poirier, D. (1995a). Mover-se e manter uma boa postura. In L. Berger (Editor) *Pessoas Idosas, uma abordagem global*. (pp. 285-316). Lisboa. Lusodidacta.

- Maillux-Poirier, D. (1995b). Ocupar-se tendo em vista a auto-realização. In L. Berger (Editor) *Pessoas Idosas, uma abordagem global*. (pp. 543-551). Lisboa. Lusodidacta.
- Martins, R. (2003). Envelhecimento e saúde: um problema social emergente. *Millenium*, 27.
- Orem, D. (1995). *Nursing: Concepts of Practice*. (5ª ed). St. Louis. Mosby.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem do Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos OE. Serie 1. Número 7. Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde. Dados estatísticos sobre população idosa. Acedido a 15 de junho de 2013. Disponível em:
<http://apps.who.int/gho/data/view.main.POP2040?lang=en>
- Organização Pan-Americana de Saúde (2012). *Atenção à Saúde do Idoso: Aspetos conceptuais*. Brasília. Organização Mundial da Saúde.
- Parada, F.& Pereira, C. (2003). Da imobilidade ao condicionamento ao esforço. *Geriatrics*. 15 (153). 36-45.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra. Formasau.
- Pereira, M. (2010). *A importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente*. Universidade Aberta. Tese de Mestrado. Lisboa

- Pires, R. (2012). *Operacionalização de planos de Enfermagem de Reabilitação integrando a linguagem CIPE/SAPE*. Instituto Politécnico de Bragança. Tese de mestrado não apresentada. Bragança.
- Quintana J.F. & Kalil R.A.K. (2012). Cirurgia cardíaca: Manifestações psicológicas do paciente no pré e pós-operatório. *Psicologia Hospitalar*. 10(2). 16-32.
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2007). *Equipas de Cuidados Continuados Integrados: orientações para a sua constituição nos centros de saúde*. Lisboa: Missão para os cuidados de saúde primários. Acedido a 18 de março de 2014. Disponível em: http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/ECCI_versaofinalissima.pdf
- Smith, C. (1995). Cuidados domiciliários ao doente adulto. In W.J. Phipps, B.C. Long, N.F. Woods, V.L. Cassmeyer (Eds). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. Vol II Tomo II. (p. 1973-2552). Loures. Lusodidacta
- Sossai, L. & Pinto, I. (2010). A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades. *Ciência, cuidado e saúde*. 9 (3). 569-576. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v9i3.6856.

APÊNDICE 1



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
4º CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A PESSOA IDOSA COM ALTERAÇÃO DA MOBILIDADE:
INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO DOMICÍLIO

Unidade Curricular: Opção II

Discente: Berta Rodriguez Rios

LISBOA

JULHO DE 2013



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
4º CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A PESSOA IDOSA COM ALTERAÇÃO DA MOBILIDADE:
INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO DOMICÍLIO

Unidade Curricular: Opção II

Discente: Berta Rodriguez Rios

Professor Orientador: Joaquim Paulo Oliveira

LISBOA

JULHO DE 2013

LISTA DE ABREVIATURAS

ARN- Association of Rehabilitation Nursing

AVD- Atividades de Vida Diária

CHLN- Centro Hospitalar Lisboa Norte

DGS- Direção Geral de Saúde

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

INE- Instituto Nacional de Estatística

MIF- Medida de Independência Funcional

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial da Saúde

REPE- Regulamento para o Exercício Profissional de Enfermagem

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

INDICE

INTRODUÇÃO	4
1. JUSTIFICAÇÃO DO TEMA	6
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
2.1. O processo de envelhecimento	7
2.2. A mobilidade da pessoa idosa	8
2.3. Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa idosa com alteração da mobilidade no domicílio	11
2.4. Teoria do Défice de Autocuidado de Dorotheia Orem	15
3. PROBLEMA GERAL E PROBLEMAS PARCELARES	18
4. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	18
5. ESCOLHA E JUSTIFICAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	20
6. PLANEAMENTO DE ATIVIDADES	22
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
ANEXOS:	
ANEXO I: Guiões de entrevista e orientação utilizados nos campos de estágio	
ANEXO II: Esquema do planeamento de atividades	
ANEXO III: Cronograma	

INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho tem como objetivo a elaboração de um projeto de estágio que sirva de método de avaliação da Unidade Curricular Opção II. Esta está inserida dentro do plano curricular do Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. A finalidade do Projeto de Estágio é ser um instrumento facilitador no desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Pretende dar a conhecer os conceitos de processo de envelhecimento, alteração da mobilidade, intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) em contexto domiciliário; realçar a importância do modelo teórico de Orem nesta temática; evidenciar o planeamento de atividades relacionadas com as intervenções a desenvolver e considerações finais.

O envelhecimento é um processo normal e universal, que não deve ser considerado como um sinal de doença. O estilo de vida e o estado de saúde são alguns dos fatores que influenciam a velocidade da involução dos sistemas orgânicos da pessoa idosa (Berger, 1995). Segundo dados do INE (2011), existem em Portugal 1.693,493 pessoas idosas (com mais de 65 anos). A alteração da mobilidade nos idosos é, muitas vezes, consequência dos numerosos problemas de saúde que os afetam.

As alterações de alguns sistemas orgânicos, nomeadamente do sistema músculo-esquelético e do sistema nervoso, em conjunto com o envelhecimento, convertem os idosos numa população de risco, no que diz respeito ao desenvolvimento de alterações da mobilidade (Berger, 1995). Estas alterações podem conduzir a uma deterioração do estado emocional do idoso, provocando múltiplos sintomas associados, como a depressão ou o isolamento social, mas também pode levar a alterações do estado físico de saúde (Boechat, Manhães e Filho, 2012).

A independência e a autonomia dos idosos estão diretamente relacionadas com o desempenho equilibrado do humor, da cognição, da mobilidade e da comunicação. “A

mobilidade é vista como uma capacidade individual de deslocamento e de manipulação do meio onde o indivíduo está inserido” (Organização Pan-Americana da Saúde, 2012: 11).

O objetivo principal deste projeto é desenvolver competências de EEER na reabilitação da pessoa idosa com alteração da mobilidade no domicílio.

Para concretizar este objetivo, será realizado um estágio na Unidade de Cuidados à Comunidade de Torres Vedras, concelho no qual existem 12,564 idosos (Censos, 2011), o que proporciona as condições necessárias para a operacionalização deste projeto.

A fundamentação teórica foi realizada após várias pesquisas em bases de dados científicas disponíveis, nomeadamente, *EBSCO Host*, B-on-biblioteca do conhecimento, assim como o Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP) e a base de dados *Scielo*. Foram também efetuadas pesquisas no *site online* do Instituto Nacional de Estatística (INE), Organização Mundial da Saúde (OMS), Ordem dos Enfermeiros (OE) e no catálogo bibliográfico *online* da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Palavras chave: mobilidade, intervenções de enfermagem, reabilitação, domicílio.

Este projeto está estruturado da seguinte forma:

- Justificação do tema
- Enquadramento teórico
- Problema geral e problemas parcelares
- Definição de objetivos
- Planeamento de atividades e estratégias
- Escolha e justificação dos locais de estágio
- Considerações finais

1- JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

Portugal, assim como outros países, encontra-se numa fase de transição demográfica onde existe um aumento acentuado e progressivo da população idosa e uma redução marcada do número de nascimentos (Martins, 2003). Em 2011 existiam mais de um milhão e meio de pessoas com idade superior a 65 anos (INE, 2011). Estes números tornam-se preocupantes, surgindo assim a necessidade de compreender e conhecer a realidade da saúde e do envelhecimento desta população, em contínuo crescimento. O estudo destas pessoas deve ser realizado a curto, médio e longo prazo, com o intuito de promover uma melhoria na qualidade das intervenções (Martins, 2003).

A evolução da tecnologia e da indústria, assim como o desenvolvimento de máquinas cada vez mais complexas, conduziram a uma diminuição do movimento corporal necessário no dia-a-dia. Isto junto das alterações próprias do processo de envelhecimento, tais como: (1) diminuição de elasticidade dos tecidos; (2) perda de flexibilidade dos músculos; (3) redução da mobilidade de ossos e articulações; provocaram uma redução progressiva da atividade física da pessoa (Falcão, 2011; Berger, 1995), transformando os idosos numa população mais suscetível de desenvolver problemas relacionados com a mobilidade (Berger, 1995).

A enfermagem de reabilitação tem um papel muito importante na intervenção nestas pessoas e nas suas famílias, cujo objetivo é promover a recuperação da função e viver o maior grau de independência possível. O envolvimento global da família e da pessoa é vital no processo de reabilitação, na recuperação e reintegração na comunidade (Lutz e Davis, 2011).

2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1- O processo de envelhecimento

Segundo dados da OMS de 2011, 11% da população mundial detinha mais do que 60 anos; na Europa, a população com mais de 60 anos era de aproximadamente 20% (OMS, 2011); e em Portugal, 19.03% da população tem mais do que 65 anos (INE, 2012). Após a análise destes dados é urgente planear novas intervenções em saúde, de forma a conseguir dar uma resposta mais adequada a esta população, que se encontra em franco desenvolvimento. Embora tenham existido imensos progressos na área da saúde, a realidade da população idosa portuguesa é diferente à de outros países europeus, mostrando que, frequentemente, esta população vivencia os últimos anos de vida “acompanhados de situações de fragilidade e incapacidade que frequentemente estão relacionadas com situações suscetíveis de prevenção” (DGS, 2004:1).

O envelhecimento humano pode ser definido como “o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” (DGS, 2004).

O processo de envelhecimento tem um início muito prematuro, pois começa na segunda década de vida, mas só no fim da terceira é que as alterações funcionais e estruturais começam a ser perceptíveis. Esta involução é desigual entre os diversos órgãos e indivíduos. O processo de envelhecimento provoca efeitos distintos de um indivíduo para outro (Martins, 2003).

Este processo pode acontecer a quatro níveis: (1) físico, com a diminuição da capacidade de renovação do organismo; (2) psicológico, provocando uma transformação nos processos sensoriais, cognitivos e emocionais; (3) comportamental, o indivíduo tem de mudar as suas expectativas, motivações e personalidade pelas mudanças ocorridas a outros níveis;(4)

contexto social do envelhecimento, na forma como a pessoa e o ambiente social se influenciam um ao outro (Berger, 1995).

Assim, o envelhecimento vai originando uma série de alterações no organismo da pessoa a vários níveis: as células diminuem a capacidade de mitose; o ritmo cardíaco abranda e a elasticidade dos vasos sanguíneos diminui; o sistema respiratório perde eficiência; o rim sofre alterações na capacidade de filtração e a bexiga no tónus muscular, que provoca um aumento da incidência de incontinência urinária; a nível gastrointestinal há uma diminuição da efetividade ocasionado pela redução da capacidade de absorção do intestino e a digestão torna-se mais lenta (Berger, 1995).

O envelhecimento do sistema nervoso central tem um início prematuro, aumentando o tempo de reação perante os estímulos externos; existe uma diminuição da atividade metabólica; os sistemas intervenientes na reprodução também são atingidos; o sistema imunitário diminui progressivamente a sua atividade, traduzindo-se num aumento da fragilidade perante as ofensivas externas, aquando a velhice. O ritmo biológico e o sono são perturbados pelo envelhecimento, sendo frequentes, nesta idade, as insónias, as alterações dos padrões do sono e o sono pouco profundo (Berger, 1995).

Os processos cognitivos e psicológicos são também afetados pelo processo de envelhecimento. Existe uma quebra de inteligência, alterações da memória, lentificação da aprendizagem, dificuldade no armazenamento e organização dos dados, maior prudência e rigidez, baixa da criatividade, entre outros (Berger, 1995).

Contudo, o envelhecimento faz parte do ciclo de vida, constituindo uma oportunidade para o vivenciar de forma saudável e autónoma durante o maior período de tempo possível. Para atingir este objetivo, devem ser criadas estruturas apropriadas para dar apoio a estas novas realidades e evitar as fragilidades que com regularidade acompanham a pessoa idosa (DGS, 2004).

2.2- A mobilidade na pessoa idosa

O estado de saúde e o bem-estar da pessoa podem ser afetados de forma positiva ou negativa pela “estabilidade ou por alterações nas condições físicas ou biológicas do

ambiente, disponibilidade de recursos de manutenção da vida como a água, comida, abrigo, roupas, e pelas condições sociais, culturais e políticas e também pelas mudanças” (Orem, 1995:142).

A Organização Pan-Americana da Saúde (2012) refere que a mobilidade é essencial para a execução das decisões tomadas, sendo a capacidade individual de desenvolver movimento e de manipular o meio onde o indivíduo está inserido. Junto com o humor, a cognição e a comunicação, a mobilidade está diretamente relacionada com a independência e autonomia da pessoa idosa, sendo a imobilidade associada a qualquer limitação do movimento.

A mobilidade funcional é influenciada pela intervenção de vários sistemas: (1) sistema músculo-esquelético que é responsável pela força muscular, estabilidade e controlo do movimento, controlo postural e posicionamento; (2) sistema motor eferente do sistema nervoso periférico, encarregado do controlo do tónus muscular, reflexos, movimento, coordenação, equilíbrio e desenvolvimento motor; (3) sistema nervoso central, onde o desempenho dos sentidos tem reflexo no equilíbrio, sensibilidade, estimulação e expressão; (4) percepção cognitiva; (5) condição psicossocial e emocional; (6) meio ambiente e tecnologia, fatores sociais, culturais e económicos (Hoeman, Liszner e Alverzo, 2011).

A alteração da mobilidade está relacionada com as alterações dos sistemas anteriormente referidos, sendo classificada da seguinte maneira: (1) alterações do movimento: acinesia ou bradicinesia; (2) alterações do tónus muscular: hipotonia, hipertonia (espasticidade), espasmo clónico e rigidez; (3) alterações dos movimentos musculares: coreia, atetose, balismo e tremor; (4) apraxias e dispraxias; (5) alterações dos reflexos musculares: hipo ou hiperreflexia (Hoeman, Liszner e Alverzo, 2011).

A inatividade crónica (relacionada com o sedentarismo) ou aguda (intercorrência que obrigue a um repouso no leito prolongado), vai condicionar uma inevitável alteração da mobilidade, que implica uma alteração na capacidade funcional do sistema músculo-esquelético. Se esta se mantiver durante um período de tempo, os restantes sistemas orgânicos também poderão ser atingidos, provocando uma desorganização global do organismo que implica uma continuidade da inatividade, tornando este processo um ciclo

vicioso (Parada e Pereira, 2003). A imobilidade pode estar associada ao mito de que doença e a cama são inseparáveis (Cabete, 2005).

A síndrome de imobilidade é um conceito, relativamente recente, que surgiu durante a pesquisa bibliográfica, mas ainda não existe uma harmonia entre os vários autores em relação à sua definição. Boechat, Manhães e Filho (2012) referem que a síndrome de imobilidade é um conjunto de mudanças que ocorrem na pessoa que permanece acamada, por um período de tempo prolongado, resultando em alterações circulatórias, dermatológicas e psicológicas. Para a Organização Pan-Americana da Saúde (2012), esta síndrome está relacionada com o grau máximo de imobilidade, onde o idoso apresenta défices graves na funcionalidade, como o são arigidez, contraturas, afasia, disfagia, incontinência, entre outros.

Orem (1995), refere que o autocuidado é a realização de atividades em favor de si mesmo, de forma a manter a vida, a saúde e o bem-estar. Estas atividades estão relacionadas com habilidades, limitações, valores e regras culturais e científicas da própria pessoa, ou daquela que realiza o autocuidado, sendo este um conjunto de atividades que a pessoa necessita de satisfazer, diariamente, para regular o seu funcionamento e desenvolvimento. Alterações extremas da mobilidade física podem provocar problemas emocionais, mentais e chegar a interferir no funcionamento global da pessoa, provocando uma redução na qualidade de vida (Kneafsey, 2007).

Estando a mobilidade e as suas alterações diretamente relacionadas ao estado de bem-estar da pessoa idosa, podem alterar o envolvimento da pessoa idosa no próprio processo de autocuidado. Falcão (2011) vai ao encontro do mencionado por Orem, onde refere que, em alguns idosos, a ideia do movimento, da ação, da capacidade para realizar alguma coisa, quando falha, implica um menosprezo da própria vida, e muitas vezes existe, para eles, uma relação entre morte e imobilidade. “A imobilidade e a limitação funcional podem provocar depressão, desorientação, irritabilidade, falta de energia ou interesse, incontinência, alterações do equilíbrio, aumento da dor ou sofrimento e doenças em geral” (Hoeman, Lyszner e Alverzo, 2011: 209).

Existem alguns grupos de necessidades do indivíduo, denominados por Orem como requisitos de autocuidado, onde a mobilidade funcional é de extrema importância para a satisfação destes requisitos. Os requisitos universais de autocuidado, são comuns a todos os seres humanos e estão associados à “manutenção da integridade, da estrutura e do funcionamento humano”, sendo denominados frequentemente atividades de vida diária (AVD's) (Petronilho, 2012). O tipo e quantidade de requisitos a satisfazer depende de vários fatores entre os quais se encontra a idade (Orem, 1995).

Ferreira (2011) a limitação progressiva na capacidade de satisfazer as necessidades é um dos efeitos mais evidentes da evolução do processo envelhecimento. A falta de apoio familiar e social contribuem para o isolamento e inatividade progressivos (Parada e Pereira, 2003).

2.3- Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa idosa com alterações da mobilidade no domicílio

Hesbeen (2003) define a reabilitação como uma prática multidisciplinar que assenta em conhecimentos científicos, cujo objetivo é assegurar à pessoa com incapacidade ou deficiência, e aos indivíduos que formam parte do seu ambiente envolvente, diferentes intervenções que permitam suprimir, atenuar e/ou ultrapassar os obstáculos criadores de desvantagem.

Já Hoeman (2011:1) define a reabilitação como “uma intervenção ativa para conseguir a máxima funcionalidade e para melhorar a qualidade de vida; e não um terceiro estágio dos cuidados de saúde, uma espécie de último recurso”.

A enfermagem de reabilitação tem uma importância na colaboração com a pessoa no desenvolvimento das suas potencialidades, na otimização da função alterada e na integração desta no processo de reabilitação (Hoeman, Litzner e Alverzo, 2011). Kneafsey (2007) refere que as intervenções de enfermagem nas pessoas com alteração da mobilidade ajudam a prevenir a imobilidade estimulando a mobilização.

Segundo a Teoria do Autocuidado de Orem (1995), a enfermagem tem 5 métodos de ajuda cujo objetivo é auxiliar a pessoa na compensação das limitações de fazer por si próprio. Estes são: (1) agir a favor ou fazer pelo outro; (2) orientar e direcionar; (3) proporcionar suporte físico ou psicológico; (4) proporcionar e manter um ambiente que suporte o

desenvolvimento pessoal; (5) e ensinar. Estes métodos podem ser utilizados pela enfermagem de reabilitação para melhorar a capacidade da pessoa no desenvolvimento da ação de autocuidado.

A *Association of Rehabilitation Nursing* (ARN, 2013) tem como missão ajudar as pessoas portadoras de doença crónica ou incapacidade física a atingir o seu maior potencial, adaptar-se às suas incapacidades e trabalhar em direção a uma vida produtiva e independente, podendo para este fim servir-se dos métodos de ajuda propostos por Orem.

Em Portugal, através da Ordem dos Enfermeiros, foi aprovado a 20 de novembro de 2010 o Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Surge, com este Regulamento, um documento orientador que serve de guia para o enfermeiro no seu percurso profissional, como EEER.

Neste Regulamento estão explícitas as competências específicas do EEER, (OE,2010: 2):

- a) “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”.

A enfermagem de reabilitação tem um papel muito importante na comunidade, onde pode dirigir as suas intervenções em vários âmbitos: ambulatório, domicílio, centros de idosos ou equipas móveis de reabilitação. Estas intervenções do EEER na comunidade têm adquirido maior relevância, pois existe uma maior consciencialização da eficácia destas por parte da população, embora fatores como os recursos económicos e o tempo dificultem o acesso aos centros de reabilitação dos residentes em áreas rurais, provocando um atraso no início do processo de reabilitação (Lutz e Davis, 2011). Maciel e Guerra (2005) referem que a idade; a má percepção em saúde e o défice cognitivo estão associados à alteração da mobilidade em idosos residentes na comunidade. Para Lutz e Davis (2011) não existem EEER na comunidade, em número suficiente, o que influencia o acesso das pessoas aos cuidados destes profissionais.

Para Mayo, Wood-Dauphinee e Cote (2000) citado por Lutz e Davis (2011:25) “a reabilitação domiciliária promove a autonomia, a independência e a reintegração na comunidade”.

A intervenção domiciliária consiste em prestar os cuidados de enfermagem no domicílio da pessoa, onde o EEER avalia o impacto que a alteração da mobilidade da pessoa idosa tem sobre toda a família. A implementação de intervenções é diferente de pessoa para pessoa e de família para família, sendo que o ambiente do domicílio permite à pessoa idosa reassumir os seus papéis dentro do seio familiar, atingindo uma melhoria nas rotinas da mesma. Estes cuidados domiciliários, tem vantagens para a pessoa, para a família, mas também para os serviços de saúde, pois o internamento hospitalar é sempre mais dispendioso do que os cuidados realizados no domicílio (Smith, 1995).

Hanson (2005: 6) define família como “dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são autodefinidos”. As intervenções do EEER são centradas na pessoa, mas também na família, pois é esta que serve de suporte quando a pessoa perde a capacidade de satisfazer as suas necessidades ou requisitos de autocuidado, o familiar torna-se o agente dependente de autocuidado (Orem, 1995).

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas defende a existência de uma abordagem prioritária na prevenção primária, secundária e terciária em relação à deficiência, incapacidade e dependência da pessoa idosa, com o objetivo de manter, durante o maior tempo possível, a autonomia e independência destas pessoas. A intervenção do EEER tem um papel fulcral nesta abordagem.

Na sociedade atual, uma das principais preocupações das pessoas e dos governos é a disponibilidade e prestação de cuidados de saúde aos indivíduos e famílias, reconhecendo assim o impacto significativo da prevenção primária na saúde pública e no controlo de custos associados a cuidados de saúde (Orem, 1995).

Diogo (2000) refere que a intervenção de enfermagem na pessoa idosa tem como objetivo prevenir alterações, promover o conforto, não só físico mas também psicológico e diminuir a sua dependência, tornando-o capaz de procurar ajuda para realizar o autocuidado. Contudo, estas atividades devem estar centradas nas rotinas da pessoa idosa, tentando minorar as alterações relacionadas com as AVD's.

Orem (1995:176), na Teoria dos Sistemas de Enfermagem, descreve uma série de pressupostos que são a base da teoria, realçando que “os resultados dos cuidados de enfermagem podem ser expressados mediante uma mudança positiva no estado de saúde ou bem-estar”. A enfermagem de reabilitação adquire importância, pois a realização de cuidados específicos do EEER, nomeadamente, ao nível do planeamento da alta, da continuidade de cuidados, mas também na reintegração da pessoa na família, podem oferecer o direito à dignidade e à qualidade de vida da pessoa idosa (Radwanski, 2011).

O EEER não pode impedir o processo de envelhecimento, mas pode realizar intervenções de forma a promover um estilo de vida saudável que maximize a qualidade de vida, inclua a pessoa idosa na comunidade e também nos serviços de reabilitação. Muitos idosos quando tem a oportunidade de interagir socialmente com os seus pares, desenvolvem maior nível de funcionamento e mobilidade. Existe a capacidade e os conhecimentos necessários por parte do EEER de adaptar o plano de reabilitação com o intuito de promover o melhor nível de bem-estar físico, mental e psicossocial da pessoa idosa, tendo em conta as suas alterações e limitações associadas ao próprio processo de envelhecimento (Radwanski, 2011). Boylan e Buchanan (2011) referem que a dificuldade no acesso aos transportes, a necessidade de assistência, discriminação do acesso ao emprego, a habitação não funcional, problemas com os cuidadores, e o risco de sofrer violência ou abuso podem ser barreiras à reintegração na comunidade.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE ,2012:19), os enfermeiros “utilizam técnicas próprias da profissão de enfermagem com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade”.

As atividades que o EEER pode realizar são muito abrangentes, por este motivo devem ser estruturadas para facilitar a sua compreensão. (1) Intervenções de enfermagem relacionadas diretamente com a mobilidade: manter a mobilidade, posicionamento terapêutico, atividades para o movimento, transferências, treino de marcha, intervenções a nível dos produtos de apoio à mobilidade, mobilidade em cadeira de rodas (Kneafsey, 2007; Hoeman, Liszt e Alverzo, 2011; Sociedade Pan-Americana da Saúde, 2012); (2) intervenções de enfermagem no autocuidado: cuidados pessoais, questões da mulher, vestir-se, banho e uso

de sanita (Kneafsey, 2007; Hoeman, Liszt e Alverzo, 2011; Sociedade Pan-Americana da Saúde, 2012); (3) intervenções na comunidade: identificar as necessidades da pessoa e família, estabelecer comunicação e colaboração com a pessoa e família, conhecer os recursos da comunidade e colocá-los ao dispor da pessoa e família, gerir os recursos da comunidade sejam eles humanos ou materiais (Kneafsey, 2007; Hoeman, Liszt e Alverzo, 2011; Sociedade Pan-Americana da Saúde, 2012). Estas intervenções serão abordadas na realização do planejamento de atividades que integra este projeto.

2.4- Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorotheia Orem

A Teoria do Déficit de Autocuidado desenvolvida por Dorotheia Orem foi a escolhida para compreender esta temática. Esta escolha justifica-se pela estreita relação entre a mobilidade e a realização do autocuidado, tendo este uma função fundamental na saúde das pessoas (Petronilho, 2012).

A Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem incorpora 3 estruturas teóricas entre as que existe relação: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (Orem, 1995).

Com o estudo desta teoria, surgem uma série de conceitos que devem ser abordados com o intuito de compreender a importância do desenvolvimento da mesma na compreensão da temática abordada, durante a realização deste projeto. O agente de autocuidado é o indivíduo que possui as habilidades necessárias para realizar o seu autocuidado. Quando os indivíduos não têm esta capacidade, surge a necessidade de ser outra pessoa a realizar o autocuidado, é o denominado agente dependente de autocuidado, que é habitualmente um familiar ou amigo. Tem, também, relevância na compreensão desta teórica, o conceito de ação de autocuidado que é a capacidade da pessoa de se envolver no autocuidado. Existem vários domínios envolvidos nesta ação, que são o domínio cognitivo, físico, emocional ou psicossocial e comportamental. Existem fatores que interferem na realização da ação do autocuidado, denominados fatores condicionantes básicos que são “a idade; o sexo; o estado de desenvolvimento; o estado de saúde; a orientação sociocultural; fatores

associados ao sistema de saúde; fatores do sistema familiar; os padrões de vida; fatores ambientais e adequação e disponibilidade dos recursos” (Petronilho, 2012: 21).

Os requisitos de autocuidado apresentam 3 categorias (Petronilho, 2012:22):

1ª) Requisitos universais de autocuidado são comuns a todos os seres humanos e estão associados à “manutenção da integridade, da estrutura e do funcionamento humano”, estes são: manutenção de uma quantidade suficiente de ar; ingestão de água e alimentos adequada; conservação dos processos de eliminação adequados; manutenção entre atividade e repouso; equilíbrio entre solidão e interação social; prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano; promoção do desenvolvimento e funcionamento dentro de grupos sociais. Estes requisitos são comumente denominados AVD’s.

2ª) Requisitos de autocuidado de desenvolvimento têm como objetivos promover situações e comportamentos que previnam o acontecimento de efeitos nocivos no desenvolvimento e providenciar condições que ultrapassem esses efeitos. As situações que podem afetar o desenvolvimento são: privação da educação; problemas de adaptação social; falhas de saúde individual; perdas de familiares ou amigos; perda de haveres ou desemprego; mudança de residência; incapacidade; condições de vida opressivas, doença terminal ou morte iminente.

3ª) Requisitos de autocuidado no desvio de saúde, relacionados com condições que afetem a saúde da pessoa/indivíduo. Podem ser patologias, intervenções médicas ou tratamentos.

A Teoria do Déficit de Autocuidado é o componente essencial deste conjunto que forma a Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem. Nesta são abordados os motivos pelos quais as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem (Petronilho, 2012). Na teoria surgem 5 métodos de ajuda que já foram referidos anteriormente.

O déficit de autocuidado surge no momento em que as necessidades são superiores à capacidade de autocuidado da pessoa. Surge a oportunidade do enfermeiro intervir de forma a minorar os efeitos deste déficit. George (2000) citado por Petronilho (2012: 25), refere que Orem propõe cinco áreas de atividades para a prática de enfermagem:

- a) “Iniciar e manter um relacionamento enfermeiro-doente com o indivíduo, família ou grupo até que o doente não necessite de cuidados de enfermagem;
- b) Determinar se e como os doentes podem ser ajudados através dos cuidados de enfermagem;

- c) Responder às solicitações, desejos e necessidades do doente em relação ao contato e à assistência do enfermeiro;
- d) Prescrever, proporcionar e regular a ajuda direta aos doentes (e às pessoas significativas) numa perspetiva de enfermagem;
- e) Coordenar e integrar os cuidados de enfermagem na vida diária do doente, outra assistência de saúde necessária ou serviços sociais/educação necessários”.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem é a responsável por determinar qual é a resposta da enfermagem perante o défice de autocuidado. Os sistemas de enfermagem são baseados nas necessidades de autocuidado e também na capacidade da pessoa em satisfazer as mesmas. Isto traduz-se numa relação entre o que a pessoa pode realizar (ação de autocuidado) e o que é necessário para manter o funcionamento desejado (necessidade de autocuidado).

Nesta teoria surgem 3 sistemas de enfermagem: (1) sistema totalmente compensatório, onde a pessoa não consegue executar o autocuidado e depende de outra pessoa para o realizar; (2) sistema de parcialmente compensatório, a pessoa consegue desenvolver alguma ação de autocuidado, mas depende parcialmente do enfermeiro, para colmatar as limitações da pessoa nessa tarefa; (3) sistema de apoio-educação, a pessoa possui a capacidade de autocuidar-se, precisando apenas de orientação, apoio ou instrução do enfermeiro para o desenvolvimento da atividade de autocuidado (Petronilho, 2012).

Orem (1995) descreve alguns fatores condicionantes básicos como a idade, fatores do sistema familiar, adequação dos recursos, que afetam a capacidade de realizar o autocuidado e vão ao encontro do referido durante a realização do enquadramento teórico. A análise desta teoria ajuda a compreender a importância da temática desenvolvida neste projeto. A alteração da mobilidade, assim como o processo de envelhecimento podem afetar a capacidade da pessoa para desenvolver a sua ação de autocuidado e provocar défice de autocuidado, fazendo emergir a necessidade de cuidados de enfermagem.

3- PROBLEMA GERAL E PROBLEMAS PARCELARES

O problema geral ao qual se pretende dar resposta com a realização deste projeto é:

- De que forma as alterações da mobilidade, o processo de envelhecimento e o domicílio interferem com a pessoa?

Surgem 3 problemas parcelares:

- Quais são os fatores que provocam alterações da mobilidade?
- Como estão relacionados o processo de envelhecimento e o domicílio com as alterações da mobilidade da pessoa?
- Quais são as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na pessoa idosa com alteração da mobilidade no domicílio?

4- DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A finalidade do projeto é adquirir competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Objetivo geral:

Desenvolver competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na pessoa idosa com alteração da mobilidade no domicílio.

Objetivos específicos:

- I- Integrar a equipa do local de estágio, gradual e progressivamente, conhecendo a dinâmica e funcionamento do serviço;
- II- Realizar uma avaliação global da pessoa idosa com alteração da mobilidade no domicílio;
- III- Aprofundar os conhecimentos específicos de enfermagem na reabilitação da pessoa idosa com alteração da mobilidade;
- IV- Desenvolver as intervenções específicas do EEER na reabilitação da pessoa idosa com alteração da mobilidade no domicílio;
- V- Promover o autocuidado da pessoa idosa com alteração da mobilidade.

5- ESCOLHA E JUSTIFICAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Para conhecer a pertinência do local de estágio, foi realizado um estágio de observação para cada unidade, onde foram realizadas entrevistas e aplicados guias de observação. Estes instrumentos foram criados para este efeito e encontram-se em anexo (ANEXO I).

As Unidades escolhidas para o desenvolvimento do estágio são: a Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) de Torres Vedras (Pólo Silveira) e o serviço de Cirurgia Cardiorádica do Hospital Santa Maria.

UNIDADE DE CUIDADOS À COMUNIDADE:

A UCC de Torres Vedras está inserida no Centro de Saúde de Torres Vedras que faz parte do Agrupamento de Centros de Saúde do Oeste Sul. A UCC está dividida em 3 polos: Pólo Carmões, Pólo Maxial e Pólo Silveira. O Pólo escolhido foi o Pólo Silveira por ser o único que tem EEER em permanência.

A equipa da UCC está formada por 15 enfermeiros (2 EEER), médico e assistente social.

O EEER tem realizado intervenções em diferentes pessoas com patologias como: o AVC, alteração da mobilidade, demência, Alzheimer, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), derrame pleural, pneumonias, entre outras. É de salientar que a faixa etária destas pessoas é superior a 65 anos.

O EEER utiliza alguns instrumentos de avaliação com intervalos regulares: Medida de Independência Funcional (MIF), índice de Barthel, escala de Braden, escala de Morse, escala de Borg, escala de Lower, escala de Answorth modificada, teste de Tinetti e Euro QoL. Faz registos sistematizados das intervenções realizadas.

Para desenvolver os objetivos principais propostos neste projeto, o estágio será desenvolvido na UCC de Torres Vedras (Pólo Silveira) pelos seguintes motivos:

- ✓ Existência de EEER que realize visitaçāo domiciliária;
- ✓ Existência de uma populaçāo idosa: concelho com mais de doze mil idosos;

- ✓ Existência de instrumentos implementados na UCC que facilitam a avaliação global da pessoa idosa;
- ✓ O EEER desenvolve intervenções na pessoa idosa com alteração da mobilidade;
- ✓ Mais próximo da área de residência (Peniche), com as características pretendidas.

As intervenções do EEER nesta unidade são: reeducação funcional respiratória e motora, treino de AVD's, intervenções de EEER na eliminação e sexualidade, entre outras.

SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA

O serviço de Cirurgia Cardiotorácica situa-se no piso 8 do Hospital de Santa Maria, que está inserido no Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN).

Este serviço possui 13 camas de cuidados intensivos, 19 camas de internamento e 2 blocos operatórios. Anualmente realizam-se 1400 cirurgias (900 do foro cardíaco, 500 do foro torácico/pulmonar). O serviço tem uma equipa de enfermagem composta pela enfermeira chefe, 3 enfermeiras coordenadoras e 60 enfermeiros. Detém uma EEER que acumula as funções de coordenação com a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

As patologias abordadas neste serviço estão relacionadas com:

- Cirurgias cardíacas: colocação de *bypass* e próteses valvulares, cirurgias de revascularização, entre outras;
- Cirurgias torácicas/pulmonares: lobectomias, pneumectomia, toracoscopias, entre outras;
- Patologias de causa médica como traumatismos torácicos.

O desenvolvimento do estágio neste serviço é pertinente pois:

- ✓ A cirurgia cardiotorácica tem uma influência importante sobre a mobilidade da pessoa, nomeadamente da pessoa idosa;
- ✓ A média de idades das pessoas que recorrem a este serviço é alta (mais de 60 anos);
- ✓ Especificidade na reabilitação respiratória, prática que vai completar a minha formação de EEER;
- ✓ EEER com intervenção nas AVD's (autocuidado).

As intervenções do EEER nesta unidade, estão relacionadas com a reeducação funcional respiratória, reeducação funcional motora, treino de AVD's, entre outras.

6- PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

O planeamento das atividades a desenvolver foi realizado tendo em conta as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação elaboradas pela Ordem dos Enfermeiros.

Do planeamento constam os domínios e as competências que se pretendem adquirir com o desenvolvimento de objetivos, as atividades planeadas com o intuito de responder aos objetivos traçados, os recursos que poderão ser necessários para a realização das atividades e os indicadores e critérios de avaliação necessários para compreender se os objetivos foram atingidos.

Este planeamento é indispensável para o desenvolvimento e consequente aquisição de competências de EEER. Este encontra-se em anexo (ANEXO II).

Para facilitar a compreensão do desenvolvimento dos objetivos, a nível temporal, foi realizado um cronograma que se encontra em anexo (ANEXO III).

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de envelhecimento inicia-se mesmo antes do nascimento e desenvolve-se ao longo da vida (DGS, 2004). Durante este processo vão acontecendo mudanças que podem vir a afetar a funcionalidade do próprio organismo (Berger, 1995).

A mobilidade é uma função do organismo que permite uma interação com o meio, e oferece à pessoa autonomia e independência (Sociedade Pan-Americana, 2012). O envelhecimento produz alterações na mobilidade, não só pela evolução do próprio processo, mas também por fatores externos que podem afetar os sistemas principais que gerem a mobilidade, como o sistema neurológico e o sistema músculo-esquelético. Estas alterações podem gerar outras consequências como a depressão ou incontinência (Hoeman, Lyszner e Alverzo, 2011: 209).

O EEER não pode impedir o processo de envelhecimento, mas pode implementar intervenções que minimizem as consequências deste processo, promovendo um estilo de vida saudável com a máxima funcionalidade possível (Radwanski, 2011). O EEER possui os conhecimentos e habilidades que o tornam o profissional adequado para realizar a intervenção nas pessoas idosas com alterações da mobilidade. O domicílio torna-se um ambiente facilitador para o desenvolvimento de intervenções adequadas às necessidades da pessoa mas também da família (Radwanski, 2011).

O estudo da Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem foi facilitador para a compreensão da relevância das intervenções do EEER nesta área, e como estas podem promover o aperfeiçoamento na realização do autocuidado da pessoa idosa com alteração da mobilidade.

Existe ainda um longo caminho a percorrer para progredir de um estado de iniciado a proeficiente na enfermagem de reabilitação (Benner, 2001), mas com a elaboração deste projeto, a realização do estágio e relatório, e com muita dedicação, pretendo atingir esse estado no final do meu percurso acadêmico.

A finalidade do projeto/estágio/relatório de estágio é adquirir as competências inerentes ao Título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, sendo que a elaboração

deste projeto irá permitir o desenvolvimento de competências de EEER na pessoa idosa com alteração da mobilidade no domicílio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Association of Rehabilitation Nursing (2013). Acedido a 2 julho 2013. Disponível em: http://www.rehabnurse.org/uploads/files/pubs/media_backgroundunder_2013.pdf
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. (Edição comemorativa). Coimbra. Quarteto Editora.
- Berger, L. & Maillux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Boechat, J., Manhães, F. e Filho, R. (2012). O Imobilismo no Idoso e sua Repercussão no Sistema Músculo-esquelético. In *Congresso Internacional Interdisciplinar em Ciências Sociais e Humanidades*. Niterói, Rio de Janeiro. 3-6 setembro de 2012.
- Boylan, L. & Buchanan, L. (2011). Reabilitação de Base Comunitária. In S.P.H. (coordenador). *Enfermagem de Reabilitação. Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed). (p.187-200). Loures. Lusodidacta.
- Cabete, D. (2005). *O idoso, a doença e o hospital*. Loures. Lusodidacta.
- Diogo, M.J. (2000). O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* – Ribeirão Preto. Vol 8 (1), 75-81.
- Direção Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Circular Normativa nº 13,/ DGCG de 2 de julho de 2004. Lisboa.
- Falcão, S. (2011). *Autonomia e Movimento do Corpo Idoso - Estudo de Caso* -. Dissertação de mestrado. Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa
- Ferreira, A. (2011). *Independência funcional em idosos domiciliados: intervenção de enfermagem de reabilitação*. Dissertação de mestrado. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu.
- Hanson, S (2005). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: uma introdução. In S.M.H. Hanson.(coordenador).3-38 *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria, prática e investigação*. Loures. Lusodidacta.

- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures. Lusociência.
- Hoeman, S., Liszner, K. & Alverzo, J. (2011). Mobilidade Funcional nas Atividades de Vida Diária. In S.P.H. (coordenador). *Enfermagem de Reabilitação. Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed). (p.209-270). Loures. Lusodidacta.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos*. Lisboa
- Kneafsey, R. (2007). A systematic review of nursing contributions to mobility rehabilitation: examining the quality and content of the evidence. *The Author. Journal Compilation*.(p. 325-340x Blackwell Publishing Ltd). doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02000.
- Lutz, B. & Davis, S. (2011). Modelos Teóricos e Práticos para a Enfermagem de Reabilitação. In S.P.H. (coordenador). *Enfermagem de Reabilitação. Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed). (p.15-30). Loures. Lusodidacta
- Maciel, A. & Guerra, R. (2005). Fatores associados à alteração da mobilidade em idosos residentes na comunidade. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 9(1). 17-23.
- Martins, R. (2003). Envelhecimento e saúde: um problema social emergente. *Millenium*, 27.
- Orem, D. (1995). *Nursing: Concepts of Practice*. (5ª ed). St. Louis. Mosby.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde. Dados estatísticos sobre população idosa. Acedido a 15 de junho de 2013. Disponível em:
<http://apps.who.int/gho/data/view.main.POP2040?lang=en> (dados)

- Organização Pan-Americana de Saúde (2012). *Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos conceptuais*. Brasília. Organização Mundial da Saúde.
- Parada, F.& Pereira, C. (2003). Da imobilidade ao condicionamento ao esforço. *Geriatria*. 15 (153). 36-45.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra. Formasau.
- Radwanski, M. (2011). Enfermagem de Reabilitação Gerontológica. In S.P.H. (coordenador). *Enfermagem de Reabilitação. Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed). (p.695-714). Loures. Lusodidacta.
- Smith, C. (1995). Cuidados domiciliários ao doente adulto. In W.J. Phipps, B.C. Long, N.F. Woods, V.L. Cassmeyer (Eds). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. Vol II Tomo II. (p. 1973-2552). Loures. Lusodidacta

ANEXO I

Guias de observação e entrevista dos campos de estágio

GUIÃO DE ENTREVISTA CAMPO DE ESTÁGIO

SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA – HOSPITAL DE SANTA MARIA (CHLN)

- 1- Quais são as patologias/intervenções mais frequentes realizadas neste serviço?
- 2- Existe uma faixa etária predominante ou os internamentos estão distribuídos por todas as faixas etárias?
- 3- Quantas camas têm o serviço de Cirurgia Cardiotorácica?
- 4- De que forma está constituída a equipa?
- 5- Quantos internamentos/cirurgias são realizadas anualmente?
- 6- Quantos enfermeiros especialistas de reabilitação existem neste serviço? Todos prestam cuidados de reabilitação?
- 7- Quais são as principais intervenções do enfermeiro especialista de reabilitação nestes utentes?
- 8- Quais são as patologias que mais beneficiam da intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação?
- 9- Existem registos específicos (computador) para o enfermeiro de reabilitação? Utiliza algum tipo de instrumento para avaliação de intervenções?
- 10- Qual o horário que o enfermeiro de reabilitação realiza neste serviço?
- 11- Qual é o fardamento que o estudante/aluno deve utilizar no seu estágio?

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO

HOSPITAL DE SANTA MARIA/ CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

- 1- Distribuição das camas, número de camas de internamento, cuidados intensivos,...
- 2- Número de enfermeiros especialistas de reabilitação
- 3- Funções do enfermeiro de reabilitação
- 4- Intervenções cirúrgicas realizadas
- 5- Constituição da equipa
- 6- Intervenções específicas do enfermeiro de reabilitação

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO

UNIDADE DE CUIDADOS À COMUNIDADE - PÓLO SILVEIRA (TORRES VEDRAS)

- 1- Campo adequado para o desenvolvimento do projeto
- 2- População alvo e representatividade (patologias mais frequentes)
- 3- Instrumentos de avaliação utilizados pelo enfermeiro de reabilitação
- 4- Tempo da intervenção (tempo de estágio)
- 5- Constituição da equipa
- 6- Articulação com o hospital
- 7- Horário
- 8- Fardamento a utilizar

GUIÃO DE ENTREVISTA

UCC- PÓLO FREIRIA (TORRES VEDRAS)

- 1- Como é constituída a equipa? Quais são as suas áreas de intervenção?
- 2- Qual é o material que o enfermeiro de reabilitação necessita para a realização das suas intervenções aos utentes na comunidade?
- 3- Qual é a faixa etária predominante nos utentes acompanhados pelo enfermeiro de reabilitação?
- 4- Quais são as patologias/intervenções mais frequentes mais abordadas pelo enfermeiro de reabilitação na comunidade?
- 5- Quais são as patologias que mais beneficiam da intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação?
- 6- Quais são os instrumentos de avaliação utilizados nesta unidade?
- 7- Qual o horário que o enfermeiro de reabilitação realiza nesta unidade?
- 8- Qual é o fardamento que o estudante/aluno deve utilizar no seu estágio?

ANEXO II

Esquema do planeamento de atividades

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DOMÍNIOS E COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS	RECURSOS	INDICADORES E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p>1- Integrar gradual e progressivamente a equipa multidisciplinar do local de estágio, conhecendo a dinâmica e funcionamento do mesmo.</p>	<p>D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais D.1- Desenvolve o autoconhecimento e assertividade; D 1.1. Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro; D 1.2. Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação aos profissionais que desenvolvem funções na Unidade de Cuidados á Comunidade (UCC); • Conhecer o espaço físico da UCC; • Estabelecimento de uma relação interprofissional de colaboração com todos os elementos que formam a UCC; • Conhecimento dos recursos materiais e humanos disponíveis na UCC; • Compreensão do funcionamento da UCC; • Conhecimento das normas e rotinas do serviço; 	<p>Humanos: EEER da UCC, Professor orientador do projeto e outros profissionais da UCC , utentes e família</p> <p>Materiais: Regulamento de Competências do Enfermeiros Especialista e do Especialista em Enfermagem de Reabilitação.</p> <p>Físicos: estrutura física da UCC.</p> <p>Temporais: Ver cronograma (anexo II)</p>	<p>-Ter sido apresentada aos profissionais que desenvolvem funções na UCC;</p> <p>-Ter conhecido o espaço físico da UCC;</p> <p>-Ter estabelecido uma relação interprofissional de colaboração com todos os elementos que forma a UCC;</p> <p>-Ter conhecido os recursos materiais e humanos disponíveis na UCC;</p> <p>-Ter compreendido o funcionamento da UCC;</p> <p>-Ter conhecido as normas e rotinas do serviço;</p> <p>Critérios de avaliação: De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas contribuíram para a integração gradual e progressiva na equipa multidisciplinar do local de estágio conhecendo a dinâmica e funcionamento do mesmo; Reflete-se através das atividades planeadas a importância do objetivo; Integra a equipa multidisciplinar do local de estágio gradual e progressivamente, conhecendo a sua dinâmica e funcionamento.</p>

<p>2-Realizar uma avaliação global da pessoa idosa no domicílio</p>	<p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; J 1.1 Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidade;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos instrumentos utilizados na UCC na avaliação da pessoa idosa com alterações da mobilidade: medida de independência funcional (MIF), índice de Barthel, escala de Braden, escala de Morse, escala de Borg, escala de Lower, escala de Answorth modificada, teste de Tinetti e Euro QoL • Utilização destes instrumentos de forma adequada; • Visitação domiciliária da pessoa idosa, com o intuito de: <ul style="list-style-type: none"> -Perceber as condições habitacionais; -Conhecer as relações interpessoais entre os elementos do agregado familiar; -Perceber da função de cada elemento dentro do agregado familiar; • Estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança com a pessoa idosa com alteração da mobilidade e com a família; 	<p>Humanos: EEER da UCC, Professor orientador do projeto e outros profissionais da UCC Materiais: instrumentos utilizados na UCC na avaliação da pessoa: medida de independência funcional (MIF), índice de Barthel, escala de Braden, escala de Morse, escala de Borg, escala de Lower, escala de Answorth modificada, teste de Tinetti e Euro QoL; meio de transporte; Outros recursos como o estetoscópio ou materiais de avaliação neurológica e/ou sensorial. Físicos: estrutura física da UCC, domicílio do utente; Temporais: Ver cronograma (anexo II)</p>	<p>-Ter conhecido os instrumentos utilizados na UCC na avaliação da pessoa idosa com alterações da mobilidade; -Ter utilizado estes instrumentos de forma adequada; -Ter visitado pelo menos 3 domicílios de pessoas idosas com alterações da mobilidade com o intuito de perceber as condições habitacionais; conhecer as relações interpessoais entre os elementos do agregado familiar e perceber da função de cada elemento dentro do agregado familiar; -Ter estabelecido uma relação terapêutica e de confiança com a pessoa idosa com alteração da mobilidade e com a família. Critérios de avaliação: De que forma as atividades e estratégias planeadas e implementadas contribuíram na avaliação global da pessoa idosa com alteração da mobilidade no domicílio; Transparece através das mesmas atividades a importância de atingir o objetivo; Realiza uma avaliação global da</p>
---	--	--	--	---

				pessoa idosa com alteração da mobilidade no domicílio.
3- Aprofundar os conhecimentos específicos de enfermagem na reabilitação da pessoa idosa com alteração da mobilidade	<p>D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p> <p>D2.1- Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho</p> <p>D 2.2- Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento</p> <p>D 2.3- Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática no ambiente de trabalho</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo mais profundo dos conhecimentos relacionados com o processo de envelhecimento e as alterações da mobilidade; • Identificação das possíveis lacunas pessoais de conhecimento nesta área • Aperfeiçoamento dos conhecimentos necessários; • Identificação das necessidades formativas e de informação dentro do seio da equipa da UCC • Contribuição no processo de formação da equipa da UCC relacionado com a temática abordada • Rentabilização das oportunidades de aprendizagem que surgem no contexto da prática; • -Realização de diários de aprendizagem semanais; 	<p>Humanos: EEER da UCC, Professor orientador do projeto e outros profissionais da UCC</p> <p>Materiais: computador e acesso à internet para aceder às bases de dados científicas, bibliografia relacionada com o tema, acesso ao catálogo bibliográfico da ESEL e outras bibliotecas</p> <p>Físicos: estrutura física da UCC, domicílio do utente, biblioteca ESEL.</p> <p>Temporais: Ver cronograma (anexo II)</p>	<p>-Ter estudado mais profundamente os conhecimentos relacionados com o processo de envelhecimento e as alterações da mobilidade;</p> <p>-Ter identificado as possíveis lacunas de conhecimento nesta área;</p> <p>-Ter aperfeiçoado os conhecimentos necessários;</p> <p>-Ter identificação necessidades formativas e de informação dentro do seio da equipa da UCC;</p> <p>-Ter contribuído no processo de formação da equipa da UCC relacionado com a temática abordada;</p> <p>-Ter rentabilizado as oportunidades de aprendizagem que surgem no contexto da prática;</p> <p>-Ter realizado diários de aprendizagem semanais.</p> <p>Critérios de avaliação: De que modo as atividades e estratégias implementadas e desenvolvidas contribuíram para o aprofundamento dos conhecimentos específicos de enfermagem de</p>

				reabilitação na pessoa idosa com alteração da mobilidade. Transparece através das atividades /estratégias planejadas e desenvolvidas a importância de atingir o objetivo. Desenvolve conhecimentos específicos de enfermagem de reabilitação na pessoa idosa com alteração da mobilidade
4-Desenvolver as intervenções específicas do EEER na reabilitação da pessoa idosa com alteração da mobilidade no domicílio	A-Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: A 1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A.1.2- Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas; A.2-Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação dos conhecimentos e saberes adquiridos durante o processo de aprendizagem utilizando-os na prestação de cuidados de EEER à pessoa idosa com alteração da mobilidade e família; • Promoção e manutenção de um ambiente terapêutico seguro, respeitando a pessoa idosa com alteração da mobilidade e família, em todas as suas componentes; • Implementação de intervenções a todos os níveis (motor, sensitivo, neurológico, da eliminação e sexualidade) na reabilitação da pessoa idosa com alteração da mobilidade; dando maior ênfase às 	Humanos: EEER da UCC, Professor orientador do projeto, outros profissionais da UCC, utente e família; Materiais: recursos disponíveis na UCC, material de apoio, regulamento de competências do enfermeiro especialista e do EEER, Código Deontológico Físicos: estrutura física da UCC, domicílio do utente; Temporais: Ver cronograma (anexo II)	-Ter aplicado os conhecimentos e saberes adquiridos durante o processo de aprendizagem utilizando-os na prestação de cuidados de EEER à pessoa idosa com alteração da mobilidade e família; -Ter promovido e mantido um ambiente terapêutico seguro, respeitando a pessoa idosa com alteração da mobilidade e família, em todas as suas componentes; -Ter implementado intervenções a todos os níveis (motor, sensitivo, neurológico, da eliminação e sexualidade) na reabilitação da pessoa idosa com alteração da mobilidade, dando maior ênfase às

	<p>profissionais; B- Domínio da melhoria da qualidade: B.1-.2- Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática; B.3- Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro; B.3.1- Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo; C- Domínio da gestão de cuidados: C.1-Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e dos seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; J.1.3- Implementa as intervenções</p>	<p>intervenções a nível da mobilidade: manter a mobilidade através de mobilizações passivas, ativas e ativas resistidas; posicionamento terapêutico; atividades para o movimento; transferências; treino de marcha; intervenções a nível dos produtos de apoio à mobilidade; mobilidade em cadeira de rodas;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observação da acessibilidade do domicílio da pessoa idosa com alteração da mobilidade; • Identificação da existência de barreiras arquitetónicas que possam ter interferência no processo de reabilitação da pessoa idosa com alteração da mobilidade; • Educação para a saúde á pessoa idosa com alteração da mobilidade e à sua família de intervenções facilitadoras do processo de reabilitação/recuperação; • Adaptação das intervenções do EEER aos recursos disponíveis no domicílio da pessoa idosa com alterações da mobilidade; 		<p>intervenções a nível da mobilidade: manutenção da mobilidade através de mobilizações passivas, ativas e ativas resistidas; posicionamento terapêutico; atividades para o movimento; transferências; treino de marcha; intervenções a nível dos produtos de apoio à mobilidade; mobilidade em cadeira de rodas;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ter observado a acessibilidade do domicílio da pessoa idosa com alteração da mobilidade; -Ter identificado a existência de barreiras arquitetónicas que possam ter interferência no processo de reabilitação da pessoa idosa com alteração da mobilidade; -Ter efetuado pelo menos 2 sessões de educação para a saúde á pessoa idosa com alteração da mobilidade e à sua família; -Ter adaptado as intervenções do EEER aos recursos disponíveis no domicílio da pessoa idosa com alterações da mobilidade; <p>Critérios de avaliação: De que modo as atividades e estratégias implementadas e</p>
--	--	---	--	--

	<p>planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;</p> <p>J.3.1- Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório;</p>			<p>desenvolvidas durante o estágio contribuíram para o desenvolvimento das intervenções específicas do EEER na reabilitação da pessoa idosa com alteração da mobilidade no domicílio.</p> <p>Transparece através das atividades/estratégias desenvolvidas a importância de atingir o objetivo.</p> <p>Desenvolve intervenções específicas do EEER na reabilitação da pessoa idosa com alteração da mobilidade.</p>
<p>5-Promover o autocuidado da pessoa idosa com alteração da mobilidade</p>	<p>J1- Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J.1.2- Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilização da Teoria do Autocuidado de Orem durante o processo de reabilitação da pessoa idosa com alteração da mobilidade no domicílio; • Observação da pessoa idosa com alteração da mobilidade na realização do autocuidado no domicílio; • Identificação dos requisitos de autocuidado alterados da pessoa idosa com alteração da mobilidade • Implementação de intervenções de enfermagem no autocuidado na 	<p>Humanos: EEER da UCC, Professor orientador do projeto, outros profissionais da UCC, utente e família;</p> <p>Materiais: recursos disponíveis na UCC, material de apoio disponível, regulamento de competências do enfermeiro especialista e do EEER, Código Deontológico, Teoria do Déficit de Autocuidado de</p>	<p>-Ter mobilizado a Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem durante o processo de reabilitação da pessoa idosa com alteração da mobilidade no domicílio;</p> <p>-Ter observado a pessoa idosa com alteração da mobilidade na realização do autocuidado no domicílio;</p> <p>-Ter identificado os requisitos de autocuidado alterados na pessoa idosa com alteração da mobilidade no domicílio;</p> <p>-Ter implementado intervenções de</p>

	<p>processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade</p> <p>J.2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p> <p>J2.1- Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando à adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida</p> <p>J.2.2- Promove a mobilidade, a acessibilidade e participação social;</p> <p>J.3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</p>	<p>pessoa idosa com alteração da mobilidade no domicílio relacionadas com cuidados pessoais, questões da mulher, vestir-se, banho e uso de sanita;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de um plano de reabilitação que de resposta aos requisitos de autocuidado que estão condicionados • Utilização dos métodos de apoio propostos por Orem, para que a pessoa e família possam responder as necessidades de autocuidado de forma autónoma; • Identificação dos fatores que tem interferência na ação do autocuidado da pessoa idosa com alteração da mobilidade no domicílio; • Seleção de produtos de apoio adequados às necessidades apresentadas pela pessoa ou pela família; • Envolvimento da família no processo de reabilitação da pessoa idosa com alteração da mobilidade de forma a facilitar a reinserção social da mesma, utilizando os recursos existentes na comunidade; 	<p>Orem,</p> <p>Físicos: estrutura física da UCC, domicílio do utente;</p> <p>Temporais:</p> <p>Ver cronograma (anexo II)</p>	<p>enfermagem no autocuidado da pessoa idosa com alteração da mobilidade no domicílio relacionadas com cuidados pessoais, questões da mulher, vestir-se, banho e uso de sanita;</p> <p>-Ter elaborado um plano de reabilitação que de resposta aos requisitos de autocuidado que estão condicionados;</p> <p>-Ter utilizado os métodos de ajuda propostos por Orem, para que a pessoa e família possam responder as necessidades de autocuidado de forma autónoma;</p> <p>-Ter identificados os fatores com interferência na ação do autocuidado da pessoa idosa com alteração da mobilidade no domicílio;</p> <p>-Ter selecionado produtos de apoio adequados às necessidades apresentadas pela pessoa idosa com alteração da mobilidade;</p> <p>-Ter envolvido a família no processo de reabilitação da pessoa idosa com alteração da mobilidade de forma a facilitar a reinserção social da mesma, utilizando os recursos existentes na</p>
--	---	--	---	--

				<p>comunidade;</p> <p>Critérios de avaliação:</p> <p>De que forma as atividades e estratégias implementadas e desenvolvidas durante o estágio contribuíram na promoção do autocuidado da pessoa idosa com alteração da mobilidade no domicílio;</p> <p>Reflete-se através das atividades e estratégias a relevância do objetivo;</p> <p>Promove o autocuidado da pessoa idosa com alteração da mobilidade no domicílio.</p>
--	--	--	--	--

ANEXO III

Cronograma segundo os objetivos delineados

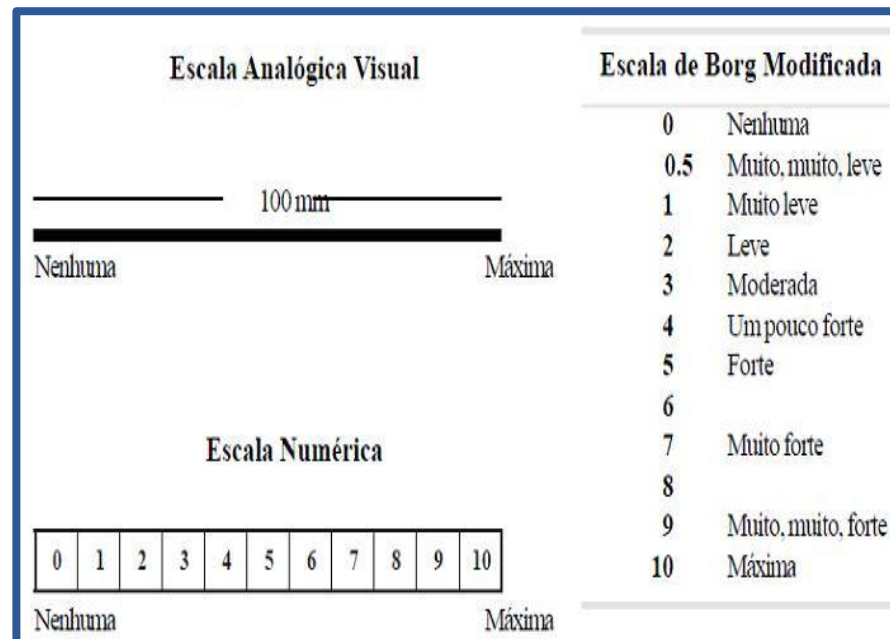
APÊNDICE 2

Escalas

Escala de avaliação da Espasticidade Escala modificada de Ashworth

0	Tónus normal
1	Hipertonia muito ligeira (mínima resistência no fim do movimento).
1+	Hipertonia muito ligeira (mínima resistência durante todo o movimento).
2	Hipertonia ligeira durante a maior parte do movimento.
3	Hipertonia moderada (o movimento passivo é difícil)
4	Hipertonia grave (o movimento passivo é impossível).

ESCALA DE BORG (DISPNEIA)



Escala de avaliação da força muscular de Lower (1993)

5/5	Movimento normal contra gravidade e resistência
4/5	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade.
3/5	Raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência.
2/5	Tem movimento das extremidades mas não contra gravidade.
1/5	Observa-se contracção palpável e/ou visível sem movimento.
0/5	Sem contracção muscular e sem movimento .

ESCALA DO EQUILIBRIO

Equilíbrio	Estático		Dinâmico	
	Estático	Dinâmico	Estático	Dinâmico
Sentado	EE	EE	EE	EE
Pé	EE	EE	EE	EE

Considerando:

Grau muito elevado – equilíbrio sentado e em pé (estático e dinâmico) instável (EI)

Grau elevado – equilíbrio sentado e em pé dinâmico instável

Grau moderado – equilíbrio em pé estático e dinâmico instável

Grau reduzido – equilíbrio em pé dinâmico instável

Sem influência – equilíbrio sentado e em pé estático e dinâmico estável (EE)

APÊNDICE 3

PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermagem: EXPECTORAR INEFICAZ				
Intervenções de Enfermagem				
15 JANEIRO	20 JANEIRO	21 JANEIRO	22 JANEIRO	23 JANEIRO
<p>AVALIAÇÃO INICIAL: Auscultação pulmonar: Apresenta murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares, exceto na base pulmonar esquerda, que se encontra diminuído. Com presença de ferveores no lobo pulmonar direito e roncos no lobo inferior esquerdo.</p> <p>Monitorização de saturação de Oxigénio: 90% com aporte de oxigénio a 4 litros por óculos nasais.</p> <p>Avaliação radiológica: Hipotransparência difusa, acentuada à esquerda.</p> <p>Avaliação padrão respiratório: Apresenta simetria torácica. Amplitude respiratória superficial. Ritmo regular. Sem tiragem.</p>	<p>AVALIAÇÃO INICIAL: Auscultação pulmonar: Apresenta murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares, exceto na base pulmonar esquerda, que se encontra diminuído. Apresenta atritos pleurais na base pulmonar esquerda.</p> <p>Monitorização de saturação de Oxigénio: 92% sem aporte de oxigénio.</p> <p>Avaliação radiológica: Hipotransparência difusa, mais acentuada à esquerda.</p> <p>Avaliação padrão respiratório: Apresenta simetria torácica. Amplitude respiratória superficial. Ritmo regular. Sem tiragem.</p>	<p>AVALIAÇÃO INICIAL: Auscultação pulmonar: Apresenta murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares, exceto na base pulmonar esquerda e ambos ápex, onde se encontra diminuído. Apresenta roncos na base pulmonar direita e atritos pleurais na base pulmonar esquerda.</p> <p>Monitorização de saturação de Oxigénio: 93% sem aporte de oxigénio.</p> <p>Avaliação radiológica: Hipotransparência no campo pulmonar esquerdo e na base pulmonar direita. Apresenta ligeira elevação da hemicúpula diafragmática esquerda.</p> <p>Avaliação padrão respiratório: Apresenta simetria torácica. Amplitude respiratória média. Ritmo regular. Sem tiragem.</p>	<p>AVALIAÇÃO INICIAL: Auscultação pulmonar: Apresenta murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares, exceto na base pulmonar esquerda, onde se apresenta diminuído. Não apresenta ruídos adventícios.</p> <p>Monitorização de saturação de Oxigénio: 93% sem aporte de oxigénio.</p> <p>Avaliação radiológica: Elevação da hemicúpula diafragmática esquerda, por presumível lesão no nervo frénico.</p> <p>Avaliação padrão respiratório: Apresenta simetria torácica. Amplitude respiratória média. Ritmo regular. Sem tiragem.</p>	<p>AVALIAÇÃO INICIAL: Auscultação pulmonar: Apresenta murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares, exceto na base pulmonar esquerda, onde se encontra diminuído. Sem ruídos adventícios.</p> <p>Monitorização de saturação de Oxigénio: 94% sem aporte de oxigénio.</p> <p>Avaliação radiológica: Elevação da hemicúpula diafragmática esquerda, por presumível lesão no nervo frénico.</p> <p>Avaliação padrão respiratório: Apresenta simetria torácica. Amplitude respiratória média. Ritmo regular. Sem tiragem.</p>

Diagnóstico de Enfermagem: EXPECTORAR INEFICAZ**Intervenções de Enfermagem**

15 JANEIRO	20 JANEIRO	21 JANEIRO	22 JANEIRO	23 JANEIRO
<ul style="list-style-type: none">✓ Instruir acerca da posição de descanso e relaxamento;✓ Treinar a posição de descanso e relaxamento;✓ Instruir acerca da técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios;✓ Assistir na técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios;✓ Treinar a técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios;✓ Incentivar a técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios;✓ Instruir acerca dos exercícios de expansão torácica;✓ Assistir nos exercícios de expansão torácica;	<ul style="list-style-type: none">✓ Instruir acerca da posição de descanso e relaxamento;✓ Treinar a posição de descanso e relaxamento;✓ Instruir acerca da técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios;✓ Assistir técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios;✓ Treinar técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios;✓ Incentivar a técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios;✓ Instruir acerca dos exercícios de expansão torácica;✓ Assistir nos exercícios de expansão torácica;	<ul style="list-style-type: none">✓ Treinar a posição de descanso e relaxamento;✓ Assistir na técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios;✓ Treinar a técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios;✓ Incentivar a técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios;✓ Instruir acerca dos exercícios de expansão torácica;✓ Assistir nos exercícios de expansão torácica;✓ Treinar os exercícios de expansão torácica;	<ul style="list-style-type: none">✓ Treinar a posição de descanso e relaxamento;✓ Assistir na técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios;✓ Treinar técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios;✓ Incentivar a técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios;✓ Assistir nos exercícios de expansão torácica;✓ Treinar os exercícios de expansão torácica;	<ul style="list-style-type: none">✓ Treinar a posição de descanso e relaxamento;✓ Assistir na técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios;✓ Treinar técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios;✓ Incentivar a técnica de controlo e dissociação dos tempos respiratórios;✓ Assistir nos exercícios de expansão torácica;✓ Treinar os exercícios de expansão torácica;

Diagnóstico de Enfermagem: EXPECTORAR INEFICAZ

Intervenções de Enfermagem

15 JANEIRO	20 JANEIRO	21 JANEIRO	22 JANEIRO	23 JANEIRO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Treinar os exercícios de expansão torácica; ✓ Incentivar os exercícios de expansão torácica; ✓ Instruir acerca do ciclo ativo das técnicas respiratórias; ✓ Assistir no ciclo ativo das técnicas respiratórias; ✓ Treinar o ciclo ativo das técnicas respiratórias; ✓ Incentivar o ciclo ativo das técnicas respiratórias; ✓ Instruir acerca da tosse assistida; ✓ Assistir na tosse; ✓ Treinar a tosse assistida; ✓ Incentivar a tosse assistida; ✓ Executar manobras acessórias: vibração e compressão; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Treinar os exercícios de expansão torácica; ✓ Incentivar os exercícios de expansão torácica; ✓ Instruir acerca do ciclo ativo das técnicas respiratórias; ✓ Assistir no ciclo ativo das técnicas respiratórias; ✓ Treinar o ciclo ativo das técnicas respiratórias; ✓ Incentivar o ciclo ativo das técnicas respiratórias; ✓ Instruir acerca da tosse assistida; ✓ Assistir na tosse ; ✓ Treinar a tosse assistida; ✓ Incentivar a tosse assistida; ✓ Executar manobras acessórias: vibração e compressão; ✓ Monitorizar sinais vitais 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incentivar os exercícios de expansão torácica; ✓ Assistir no ciclo ativo das técnicas respiratórias; ✓ Treinar o ciclo ativo das técnicas respiratórias; ✓ Supervisionar o ciclo ativo das técnicas respiratórias; ✓ Incentivar o ciclo ativo das técnicas respiratórias; ✓ Instruir acerca da tosse assistida; ✓ Assistir na tosse; ✓ Treinar a tosse assistida; ✓ Incentivar a tosse assistida; ✓ Executar manobras acessórias: vibração e compressão; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incentivar os exercícios de expansão torácica; ✓ Assistir no ciclo ativo das técnicas respiratórias; ✓ Treinar o ciclo ativo das técnicas respiratórias; ✓ Supervisionar o ciclo ativo das técnicas respiratórias; ✓ Incentivar o ciclo ativo das técnicas respiratórias; ✓ Assistir na tosse; ✓ Treinar a tosse assistida; ✓ Supervisionar a tosse assistida; ✓ Incentivar a tosse assistida; ✓ Executar manobras acessórias: vibração e compressão; ✓ Monitorizar sinais vitais 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incentivar os exercícios de expansão torácica; ✓ Assistir no ciclo ativo das técnicas respiratórias; ✓ Treinar o ciclo ativo das técnicas respiratórias; ✓ Supervisionar o ciclo ativo das técnicas respiratórias; ✓ Incentivar o ciclo ativo das técnicas respiratórias; ✓ Assistir na tosse; ✓ Treinar a tosse assistida; ✓ Supervisionar a tosse assistida; ✓ Incentivar a tosse assistida; ✓ Executar manobras acessórias: vibração e compressão;

Diagnóstico de Enfermagem: EXPECTORAR INEFICAZ**Intervenções de Enfermagem**

15 JANEIRO	20 JANEIRO	21 JANEIRO	22 JANEIRO	23 JANEIRO
<ul style="list-style-type: none">✓ Instruir acerca da tosse dirigida;✓ Treinar a tosse dirigida;✓ Incentivar a tosse dirigida;	<ul style="list-style-type: none">✓ Instruir acerca da tosse dirigida;✓ Treinar a tosse dirigida;✓ Incentivar a tosse dirigida;✓ Incentivar a ingestão hídrica;	<ul style="list-style-type: none">✓ Treinar a tosse dirigida;✓ Supervisionar a tosse dirigida;✓ Incentivar a tosse dirigida;✓ Incentivar a ingestão hídrica;	<ul style="list-style-type: none">✓ Treinar a tosse dirigida;✓ Supervisionar a tosse dirigida;✓ Incentivar a tosse dirigida;✓ Incentivar a ingestão hídrica;	<ul style="list-style-type: none">✓ Treinar a tosse dirigida;✓ Supervisionar a tosse dirigida;✓ Incentivar a tosse dirigida;

Diagnóstico de Enfermagem: EXPECTORAR INEFICAZ				
Avaliação das Intervenções				
15 JANEIRO	20 JANEIRO	21 JANEIRO	22 JANEIRO	23 JANEIRO
<p>Não foi realizada a auscultação após a sessão por o pessoa se encontrar muito cansado. Esta sessão foi realizada em ambiente de Unidade de Cuidados Intensivos.;</p> <p>Monitorização da saturação de oxigénio: 92% com aporte de oxigénio por óculos nasais a 4 litros/minuto;</p> <p>Pessoa eliminou expectoração em quantidade escassa, sendo deglutida pelo mesmo;</p> <p>Pessoa não apresenta dificuldade na execução do controlo e dissociação dos tempos respiratórios;</p> <p>Apresenta tosse pouco eficaz;</p>	<p>Auscultação pulmonar: Apresenta murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares, exceto na base pulmonar esquerda e ambos ápex, que se encontra diminuído. Mantém atritos pleurais na base pulmonar esquerda. Monitorização da saturação de oxigénio: 95% sem aporte de oxigénio; Realiza os exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios corretamente. Tem dificuldade na realização de exercícios que aumentem a capacidade inspiratória. Dado ênfase a tosse assistida/dirigida para promover a libertação de secreções.</p>	<p>Auscultação pulmonar: Apresenta murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares, exceto nas bases pulmonares, onde se encontra diminuído. À auscultação pulmonar, apresenta roncocal na base pulmonar direita e atritos pleurais na base pulmonar esquerda. Monitorização da saturação de oxigénio: 96 % sem aporte de oxigénio. Realiza os exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios corretamente, só necessita de incentivo. Melhoria na realização dos exercícios de expansão torácica com aumento da amplitude respiratória. Dado ênfase à tosse assistida/dirigida para promover a libertação de secreções.</p>	<p>Auscultação pulmonar: Apresenta murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares. Encontra-se diminuído na base pulmonar esquerda. Não apresenta ruídos adventícios. Monitorização da saturação de oxigénio: 97% sem aporte de oxigénio.</p> <p>Realiza os exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios e de expansão torácica de forma autónoma. Melhoria na auscultação. Realiza inspirações com amplitude profunda. Realiza uma tosse dirigida eficaz, com saída de secreções mucosas em quantidade escassa.</p>	<p>Auscultação pulmonar: Apresenta murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares. Encontra-se diminuído na base pulmonar esquerda. Não apresenta ruídos adventícios. Monitorização da saturação de oxigénio: 98% sem aporte de oxigénio.</p> <p>Realiza os exercícios de controlo e dissociação dos tempos respiratórios e de expansão torácica de forma autónoma. Melhoria na auscultação. Realiza inspirações com amplitude profunda. Realiza uma tosse dirigida eficaz, com saída de secreções mucosas em quantidade escassa.</p>

Diagnóstico de Enfermagem: TOSSER INEFICAZ				
Intervenções de Enfermagem				
15 JANEIRO	20 JANEIRO	21 JANEIRO	22 JANEIRO	23 JANEIRO
<p>AVALIAÇÃO INICIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auscultação pulmonar (realizada no diagnóstico anterior); - Vigiar reflexo da tosse; -Foram realizadas todas as intervenções do diagnóstico de enfermagem “expectorar ineficaz”, dando maior ênfase à fase expiratória; 	<p>AVALIAÇÃO INICIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auscultação pulmonar (realizada no diagnóstico anterior); - Vigiar reflexo da tosse; -Foram realizadas todas as intervenções do diagnóstico de enfermagem “expectorar ineficaz”, dando maior ênfase à fase expiratória; 	<p>AVALIAÇÃO INICIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auscultação pulmonar (realizada no diagnóstico anterior); - Vigiar reflexo da tosse; -Foram realizadas todas as intervenções do diagnóstico de enfermagem “expectorar ineficaz”, dando maior ênfase à fase expiratória; 	<p>AVALIAÇÃO INICIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auscultação pulmonar (realizada no diagnóstico anterior); - Vigiar reflexo da tosse; -Foram realizadas todas as intervenções do diagnóstico de enfermagem “expectorar ineficaz”, dando maior ênfase à fase expiratória; 	<p>AVALIAÇÃO INICIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auscultação pulmonar (realizada no diagnóstico anterior); - Vigiar reflexo da tosse; -Foram realizadas todas as intervenções do diagnóstico de enfermagem “expectorar ineficaz”, dando maior ênfase à fase expiratória;

Diagnóstico de Enfermagem: TOSSER INEFICAZ				
Avaliação das intervenções				
15 JANEIRO	20 JANEIRO	21 JANEIRO	22 JANEIRO	23 JANEIRO
<p>Pessoa apresenta pouca capacidade inspiratória/expiratória. Reflexo da tosse presente. Tosse não eficaz. Expele secreções, mas deglute.</p>	<p>Capacidade inspiratória/expiratória melhorada. Reflexo da tosse presente. Melhoria na realização da tosse. Musculatura abdominal utilizada para a tosse. Tosse pouco eficaz.</p>	<p>Capacidade inspiratória/expiratória aumentada. Tosse eficaz, consegue expelir em pequena quantidade.</p>	<p>Melhoria na execução da técnica da tosse, necessita de incentivo para realiza-la corretamente. Tosse eficaz, expele secreções mucosas em moderada quantidade.</p>	<p>Boa execução da técnica da tosse, sendo autônomo na sua realização. Tosse eficaz, expele secreções em moderada quantidade.</p>

Diagnóstico de Enfermagem: AUTOCUIDADO: HIGIENE				
Intervenções de Enfermagem				
15 JANEIRO Autocuidado : higiene, dependente em grau elevado- Unidade Cuidados Intensivos	20 JANEIRO Autocuidado: higiene, dependente em grau elevado – Serviço de Internamento Cirurgia Cardiorácica	21 JANEIRO Autocuidado: higiene, dependente em grau moderado – Serviço de Internamento Cirurgia Cardiorácica	22 JANEIRO Autocuidado: higiene, dependente em grau moderado – Serviço de Internamento Cirurgia Cardiorácica	23 JANEIRO Autocuidado: higiene, dependente em grau reduzido – Serviço de Internamento Cirurgia Cardiorácica
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuidar da higiene da pessoa leito, com pouca colaboração da mesma. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar a pessoa durante o autocuidado de higiene; ✓ Instruir a pessoa para o autocuidado de higiene; ✓ Treinar a pessoa para o auto cuidado higiene no duche; ✓ Encorajar a pessoa para o auto cuidado de higiene; ✓ Instruir medidas de segurança no duche; ✓ Treinar medidas de segurança no duche; ✓ Assistir a pessoa no auto cuidado higiene; ✓ Supervisionar a utilização de medidas de segurança; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Treinar a pessoa para o auto cuidado higiene no duche; ✓ Encorajar a pessoa para o auto cuidado de higiene; ✓ Supervisionar a pessoa para o autocuidado de higiene; ✓ Instruir medidas de segurança no duche; ✓ Treinar medidas de segurança no duche; ✓ Assistir a pessoa no auto cuidado higiene; ✓ Supervisionar a utilização de medidas de segurança; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Treinar a pessoa para o auto cuidado higiene no duche; ✓ Encorajar a pessoa para o auto cuidado de higiene; ✓ Supervisionar a pessoa para o autocuidado de higiene; ✓ Treinar medidas de segurança no duche; ✓ Assistir a pessoa no auto cuidado higiene; ✓ Supervisionar a utilização de medidas de segurança; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Treinar a pessoa para o auto cuidado higiene no duche; ✓ Encorajar a pessoa para o auto cuidado de higiene; ✓ Supervisionar a pessoa para o autocuidado de higiene; ✓ Treinar medidas de segurança no duche; ✓ Assistir a pessoa no auto cuidado higiene; ✓ Supervisionar a utilização de medidas de segurança;

Diagnóstico de Enfermagem: AUTOCUIDADO, HIGIENE				
Avaliações das intervenções				
15 JANEIRO	20 JANEIRO	21 JANEIRO	22 JANEIRO	23 JANEIRO
Não colabora na sua higiene. Encontra-se internado na Unidade de Cuidados Intensivos. Colabora com os posicionamentos para a realização da higiene, em grau reduzido.	Realiza a sua higiene de forma parcial. Necessita de ajuda na preparação do ambiente, de forma a torná-lo seguro. Lava sozinho 50 % da superfície corporal. Necessita de ajuda para lavar a parte superior do corpo, membros inferiores e cabeça.	Realiza a sua higiene de forma parcial. Necessita de ajuda na preparação do ambiente, de forma a torná-lo seguro. Lava sozinho 70% da superfície corporal. Necessita de ajuda para lavar a parte superior do corpo e cabeça	Realiza a sua higiene de forma parcial. Demonstra capacidade de prepara o ambiente de forma segura. Lava sozinho 80% da superfície corporal. Necessita de ajuda para lavar a parte posterior do tronco e cabeça (esternotomia).	Realiza da sua higiene de forma parcial mas segura. Lava sozinho 80% da superfície corporal, necessita de ajuda para lava a parte posterior do tronco e cabeça (esternotomia).

Diagnóstico de Enfermagem: AUTOCUIDADO, VESTIR PARTE SUPERIOR DO CORPO				
Intervenções de Enfermagem				
<p>15 JANEIRO</p> <p>Autocuidado: vestir parte superior, dependente em grau elevado- Unidade Cuidados Intensivos</p>	<p>20 JANEIRO</p> <p>Autocuidado: vestir parte superior, dependente em grau moderado – Serviço de Internamento Cirurgia Cardiorácica</p>	<p>21 JANEIRO</p> <p>Autocuidado: vestir parte superior dependente em grau moderado – Serviço de Internamento Cirurgia Cardiorácica</p>	<p>22 JANEIRO</p> <p>Autocuidado: vestir parte superior, dependente em grau moderado – Serviço de Internamento Cirurgia Cardiorácica</p>	<p>23 JANEIRO</p> <p>Autocuidado: vestir parte superior, dependente em grau moderado – Serviço de Internamento Cirurgia Cardiorácica</p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar à pessoa os procedimentos que serão realizados para vestir a parte superior do corpo. ✓ Solicitar a colaboração da pessoa para vestir a parte superior de corpo; ✓ Ensinar estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte superior do corpo ✓ Vestir a parte superior do corpo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar a pessoa no autocuidado de vestir a parte superior do corpo; ✓ Motivar auto cuidado de vestir-se; ✓ Instruir estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte superior do corpo (esternotomia); ✓ Treinar estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte superior do corpo; ✓ Assistir nas estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte superior do corpo; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Motivar auto cuidado de vestir-se; ✓ Observar a pessoa no autocuidado de vestir a parte superior do corpo; ✓ Treinar estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte superior do corpo; ✓ Assistir nas estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte superior do corpo; ✓ Supervisionar a realização de estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte superior do corpo; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Motivar auto cuidado de vestir-se; ✓ Treinar estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte superior do corpo; ✓ Assistir nas estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte superior do corpo; ✓ Supervisionar a realização de estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte superior do corpo; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Motivar auto cuidado de vestir-se; ✓ Treinar estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte superior do corpo; ✓ Assistir nas estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte superior do corpo; ✓ Supervisionar a realização de estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte superior do corpo;

Diagnóstico de Enfermagem: AUTOCUIDADO, VESTIR PARTE SUPERIOR				
Intervenções de Enfermagem				
15 JANEIRO	20 JANEIRO	21 JANEIRO	22 JANEIRO	23 JANEIRO
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Instruir a família acerca das estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte superior do corpo; ✓ Treinar a família acerca das estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte superior do corpo; ✓ Assistir a família nas estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte superior do corpo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Instruir a família acerca das estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte superior do corpo; ✓ Treinar a família acerca das estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte superior do corpo; ✓ Assistir a família nas estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte superior do corpo; ✓ Supervisionar a família nas estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte superior do corpo. ✓ Envolver a família nestas estratégias adaptativas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Instruir a família acerca das estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte superior do corpo; ✓ Treinar a família acerca das estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte superior do corpo; ✓ Assistir a família nas estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte superior do corpo; ✓ Supervisionar a família nas estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte superior do corpo. ✓ Envolver a família nestas estratégias adaptativas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Treinar a família acerca das estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte superior do corpo; ✓ Assistir a família nas estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte superior do corpo; ✓ Supervisionar a família nas estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte superior do corpo. ✓ Envolver a família nestas estratégias adaptativas.

Diagnóstico de Enfermagem: AUTOCUIDADO, VESTIR PARTE SUPERIOR**Avaliação**

15 JANEIRO	20 JANEIRO	21 JANEIRO	22 JANEIRO	22 JANEIRO
Não realiza o autocuidado de vestir a parte superior do corpo. Necessita ajuda total para este efeito. Colabora com a lateralização no leito.	Realiza o autocuidado de vestir a parte superior do corpo com dificuldade, necessitando de apoio para a colocação das mangas (contenção da esternotomia).	Realiza o autocuidado de vestir a parte superior do corpo com menor dificuldade, mas necessitando de apoio para a colocação das mangas (contenção de esternotomia). A família mostra-se interessada em aprender a ajudar o seu familiar.	Realiza o autocuidado de vestir a parte superior do corpo com pouca dificuldade, necessita de apoio para a colocação das mangas. A família demonstra alguma dificuldade em ajudar o seu familiar nesta necessidade, mas mantém o interesse.	Realiza o autocuidado de vestir a parte superior do corpo com a dificuldade associada à esternotomia, pelo que necessita de ajuda para colocar as mangas. A família demonstra alguma dificuldade em ajudar o seu familiar, embora consigam satisfazer a necessidade.

Diagnóstico de enfermagem: AUTOCUIDAO, VESTIR PARTE INFERIOR				
Intervenções de Enfermagem				
15 JANEIRO Autocuidado: vestir parte inferior do corpo, dependente em grau elevado – Unidade de Cuidados Intensivos	20 JANEIRO Autocuidado: vestir parte inferior do corpo, dependente em grau moderado – Serviço de Internamento Cirurgia Cardiorácica	21 JANEIRO Autocuidado: vestir parte inferior do corpo, dependente em grau reduzido – Serviço de Internamento Cirurgia Cardiorácica	22 JANEIRO Autocuidado: vestir parte inferior do corpo, dependente em grau reduzido – Serviço de Internamento Cirurgia Cardiorácica	22 JANEIRO Autocuidado: vestir parte inferior do corpo, dependente em grau reduzido – Serviço de Internamento Cirurgia Cardiorácica
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar à pessoa os procedimentos que serão realizados para vestir a parte inferior do corpo. ✓ Solicitar a colaboração da pessoa para vestir a parte inferior do corpo; ✓ Ensinar estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte inferior do corpo ✓ Vestir a parte inferior do corpo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar a pessoa no autocuidado de vestir a parte inferior do corpo; ✓ Motivar auto cuidado de vestir-se; ✓ Instruir estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte inferior do corpo; ✓ Treinar estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte inferior do corpo; ✓ Assistir nas estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte inferior do corpo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar a pessoa no autocuidado de vestir a parte inferior do corpo; ✓ Motivar auto cuidado de vestir-se; ✓ Instruir estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte inferior do corpo; ✓ Treinar estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte inferior do corpo; ✓ Assistir nas estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte inferior do corpo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar a pessoa no autocuidado de vestir a parte inferior do corpo; ✓ Motivar auto cuidado de vestir-se; ✓ Treinar estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte inferior do corpo; ✓ Assistir nas estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte inferior do corpo; ✓ Supervisionar as estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte inferior do corpo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar a pessoa no autocuidado de vestir a parte inferior do corpo; ✓ Motivar auto cuidado de vestir-se; ✓ Assistir nas estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte inferior do corpo; ✓ Supervisionar as estratégias adaptativas no autocuidado de vestir a parte inferior do corpo.
Avaliação de enfermagem				
A pessoa necessita de ajuda total para vestir a parte inferior do corpo. Colabora com a lateralização do corpo.	Realiza o autocuidado de vestir a parte inferior do corpo, apresentado dificuldade no calçar as meias. Mas não necessita de ajuda.	Mantém alguma dificuldade em calças as meias, não apresento outras alterações no autocuidado do vestir da parte inferior do corpo.	Autocuidado de vestir a parte inferior do corpo, limita-se à sutura operatória (esternotomia) apresentando lentificação dos movimentos.	Realiza o autocuidado de vestir a parte inferior do corpo sem dificuldade, demora mais tempo a calçar as meias, mas não necessita de ajuda.

Diagnóstico de enfermagem: MOBILIDADE COMPROMETIDA				
Intervenções de Enfermagem				
15 JANEIRO Apresenta mobilidade comprometida em grau elevado, Unidade de Cuidados Intensivos	20 JANEIRO Mobilidade comprometida em grau moderado, Serviço de Cirurgia Cardioráscica	21 JANEIRO Mobilidade comprometida em grau moderado, Serviço de Cirurgia Cardioráscica	22 JANEIRO Mobilidade comprometida em grau reduzido, Serviço de Cirurgia Cardioráscica	23 JANEIRO Mobilidade comprometida em grau reduzido, Serviço de Cirurgia Cardioráscica
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ensinar à pessoa a importância da mobilidade. ✓ Solicitar à pessoa a colaboração na mobilização dos membros; 	<p>AVALIAÇÃO INICIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Força Muscular (escala de Lower): força 4 no ombro, braço, antebraço e pulso esquerdo e direito. Força 3 no segmento cervical (pescoço) e cabeça. Força 4: coxo-femoral, joelho e tibiotársica (esquerda e direita). Força 3 no tronco. Não existem assimetrias da força entre os membros; ✓ Equilíbrio: apresenta equilíbrio sentado (Teste de Tinetti 15/16) e em pé (Teste de Tinetti -10/12--- Total: 25/28); 	<p>AVALIAÇÃO INICIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Força Muscular (escala de Lower): força 5 no ombro, braço, antebraço e pulso esquerdo e direito. Força 4 no segmento cervical (pescoço) e cabeça. Força 5: coxo-femoral, joelho e tibiotársica (esquerda e direita). Força 4 no tronco. Não existem assimetrias da força entre os membros; ✓ Equilíbrio: apresenta equilíbrio sentado (Teste de Tinetti 15/16) e em pé (Teste de Tinetti -11/12--- Total: 26/28); 	<p>AVALIAÇÃO INICIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Força Muscular (escala de Lower): força 5 no ombro, braço, antebraço e pulso esquerdo e direito. Força 4 no segmento cervical (pescoço) e cabeça. Força 4: coxo-femoral, joelho e tibiotársica (esquerda e direita). Força 4 no tronco. Não existem assimetrias da força entre os membros; ✓ Equilíbrio: apresenta equilíbrio sentado (Teste de Tinetti 16/16) e em pé (Teste de Tinetti -12/12--- Total: 28/28); 	<p>AVALIAÇÃO INICIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Força Muscular (escala de Lower): força 5 no ombro, braço, antebraço e pulso esquerdo e direito. Força 5 no segmento cervical (pescoço) e cabeça. Força 5: coxo-femoral, joelho e tibiotársica (esquerda e direita). Força 5 no tronco. Não existem assimetrias da força entre os membros; ✓ Equilíbrio: apresenta equilíbrio sentado (Teste de Tinetti 16/16) e em pé (Teste de Tinetti -12/12--- Total: 28/28);

Diagnóstico de Enfermagem: MOBILIDADE COMPROMETIDA**Intervenções de Enfermagem**

15 JANEIRO	20 JANEIRO	21 JANEIRO	22 JANEIRO	23 JANEIRO
<ul style="list-style-type: none">✓ Realizar mobilização da articulação escapulo-umeral, bilateralmente;✓ Realizar mobilizações ativas dos membros inferiores, membros superiores e cabeça.	<ul style="list-style-type: none">✓ Ensinar os benefícios da mobilização e fortalecimento musculoesquelético;✓ Ensinar técnicas de exercício muscular e articular: exercícios musculoesqueléticos ativos e resistidos dos membros superiores e tronco adaptados, membros inferiores, cabeça e pescoço;✓ Executar técnicas de exercício musculoesquelético;✓ Instruir acerca das mesmas;✓ Assistir na realização destas técnicas;✓ Supervisionar a realização das técnicas musculoesqueléticas;✓ Encorajar a sua realização;	<ul style="list-style-type: none">✓ Ensinar os benefícios da mobilização e fortalecimento musculoesquelético;✓ Ensinar técnicas de exercício muscular e articular: exercícios musculoesqueléticos ativos e resistidos dos membros superiores e tronco adaptados, membros inferiores, cabeça e pescoço;✓ Executar técnicas de exercício musculoesquelético;✓ Instruir acerca das mesmas;✓ Assistir na realização destas técnicas;✓ Supervisionar a realização das técnicas musculoesqueléticas;✓ Encorajar a sua realização;	<ul style="list-style-type: none">✓ Ensinar os benefícios da mobilização e fortalecimento musculoesquelético;✓ Ensinar técnicas de exercício muscular e articular: exercícios musculoesqueléticos ativos e resistidos dos membros superiores e tronco adaptados, membros inferiores, cabeça e pescoço;✓ Executar técnicas de exercício musculoesquelético;✓ Instruir acerca das mesmas;✓ Assistir na realização destas técnicas;✓ Supervisionar a realização das técnicas musculoesqueléticas;✓ Encorajar a sua realização;	<ul style="list-style-type: none">✓ Ensinar os benefícios da mobilização e fortalecimento musculoesquelético;✓ Ensinar técnicas de exercício muscular e articular: exercícios musculoesqueléticos ativos e resistidos dos membros superiores e tronco adaptados, membros inferiores, cabeça e pescoço;✓ Executar técnicas de exercício musculoesquelético;✓ Instruir acerca das mesmas;✓ Assistir na realização destas técnicas;✓ Supervisionar a realização das técnicas musculoesqueléticas;✓ Encorajar a sua realização;

Diagnóstico de Enfermagem: MOBILIDADE COMPROMETIDA

Avaliação das intervenções

15 JANEIRO	20 JANEIRO	21 JANEIRO	22 JANEIRO	23 JANEIRO
Apresenta mobilidade comprometida em grau elevado, Unidade de Cuidados Intensivos	Mobilidade comprometida em grau moderado, Serviço de Cirurgia Cardiorrástica	Mobilidade comprometida em grau moderado, Serviço de Cirurgia Cardiorrástica	Mobilidade comprometida em grau reduzido, Serviço de Cirurgia Cardiorrástica	Mobilidade comprometida em grau reduzido, Serviço de Cirurgia Cardiorrástica
Não realiza exercícios de fortalecimento musculoesquelético. Realização da mobilização da articulação escapulo-umeral. Foram realizadas mobilizações ativas dos membros inferiores, superiores e cabeça.	Realiza alguns dos exercícios musculoesqueléticos, mas apresenta limitações na amplitude (esternotomia). Executa algumas das técnicas, mas apresenta cansaço fácil (escala de Borg 7), o que implica uma pausa nos exercícios. Apresenta ansiedade e contração quando a mobilização dos membros superiores, mas não refere dor. Este facto provoca que os movimentos não sejam muito amplos. Não oferece resistência quando o movimento é assistido. Realiza os exercícios dos membros superiores e tronco de forma adaptada, com alguma dificuldade (esternotomia).	Realiza os exercícios de forma mais descontraída. Tem maior tolerância ao cansaço (escala de Borg 5). Melhoria na amplitude dos movimentos realizados. Deambula sem ajuda aproximadamente 15 metros, realizando uma pausa de 10 segundos. Realiza alguns exercícios de forma autónoma, necessitando de supervisão e apoio. Realiza os exercícios dos membros superiores e tronco de forma adaptada (esternotomia).	Apresenta uma evolução positiva na realização dos exercícios e compreende a sua importância. Realiza maior número de repetições. Deambula sem ajuda/apoio aproximadamente 25 metros, realizando apenas uma pausa de 10 segundos. Realiza os exercícios de forma autónoma e mostra-se interessado na sua correta execução. Necessita de apoio/supervisão, em alguns exercícios. Realiza os movimentos com a amplitude possível (esternotomia). Diminuição do cansaço com Escala de Borg 3. Realiza os exercícios dos membros superiores e tronco de forma adaptada (esternotomia).	Deambula 30 metros, realizando apenas uma pausa de 5 segundos. Realiza os exercícios de forma correta e autónoma. Necessita de algum apoio na execução de alguns exercícios. Apresenta uma diminuição do cansaço, escala de Borg 2. Realiza os exercícios dos membros superiores e tronco de forma adaptada (esternotomia).

Diagnóstico de Enfermagem: INTEGRIDADE CUTÂNEA COMPROMETIDA				
Intervenções de Enfermagem				
15 JANEIRO Integridade cutânea comprometida em grau elevado	20 JANEIRO Integridade cutânea comprometida em grau elevado	21 JANEIRO Integridade cutânea comprometida em grau moderado	22 JANEIRO Integridade cutânea comprometida em grau reduzido	23 JANEIRO Integridade cutânea comprometida em grau reduzido
AVALIAÇÃO INICIAL: Pessoa internada na UCI, apresenta esternotomia, e sutura operatória na região infraclavicular direita. Apresenta as drenagens torácicas, na região epigástrica. Apresenta local de inserção de linha arterial no antebraço esquerda. Apresenta cateter venoso central a nível subclávia direita. Apresenta fios de <i>pacemaker</i> inseridos através da parede abdominal (região epigástrica).	AVALIAÇÃO INICIAL: Pessoa internada no serviço de cirurgia cardiotorácica, apresenta esternotomia, e sutura operatória na região infraclavicular direita. Apresenta os locais de inserção das drenagens torácicas com pontos de encerramento, na região epigástrica. Apresenta cateter venoso central a nível subclávia direita.	AVALIAÇÃO INICIAL: Pessoa internada no serviço de cirurgia cardiotorácica, apresenta esternotomia, e sutura operatória na região infraclavicular direita. Apresenta os locais de inserção das drenagens torácicas com pontos de encerramento, na região epigástrica. Apresenta um acesso venoso com bionéctar no membro superior esquerdo.	AVALIAÇÃO INICIAL: Pessoa internada no serviço de cirurgia cardiotorácica, apresenta esternotomia, e sutura operatória na região infraclavicular direita. Apresenta um acesso venoso com bionéctar no membro superior esquerdo.	AVALIAÇÃO INICIAL: Pessoa internada no serviço de cirurgia cardiotorácica, apresenta esternotomia, e sutura operatória na região infraclavicular direita.. Apresenta um acesso venoso com bionéctar no membro superior esquerdo.

Diagnóstico de enfermagem: INTEGRIDADE CUTÂNEA COMPROMETIDA

Intervenções de Enfermagem

15 JANEIRO	20 JANEIRO	21 JANEIRO	22 JANEIRO	23 JANEIRO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ensinar à pessoa a importância de realizar a contenção de sutura quando se movimenta, mas também quando tosse, com a finalidade de evitar a deiscência das suturas operatórias, dando mais ênfase à esternotomia; ✓ Instruir a pessoa na técnica de contenção de sutura. ✓ Informar que todos os tubos e fios que entram e saem do seu corpo são normais, mas que assim que não sejam necessários, serão removidos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ensinar à pessoa a importância de realizar a contenção de sutura quando se movimenta, mas também quando tosse, com a finalidade de evitar a deiscência das suturas operatórias, dando mais ênfase à esternotomia; ✓ Ensinar a pessoa o motivo pelo qual deve fazer a contenção da sutura, e durante quanto tempo é necessária; ✓ Instruir a pessoa na técnica de contenção de sutura; ✓ Treinar a pessoa na técnica de contenção de sutura; ✓ Supervisionar a pessoa na realização de contenção de sutura; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ensinar à pessoa a importância de realizar a contenção de sutura quando se movimenta, mas também quando tosse, com a finalidade de evitar a deiscência das suturas operatórias, dando mais ênfase à esternotomia; ✓ Ensinar a pessoa o motivo pelo qual deve fazer a contenção da sutura, e durante quanto tempo é necessária; ✓ Treinar a pessoa na técnica de contenção de sutura; ✓ Supervisionar a pessoa na realização de contenção de sutura; ✓ Envolver a família no processo de contenção de sutura; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ensinar à pessoa a importância de realizar a contenção de sutura quando se movimenta, mas também quando tosse, com a finalidade de evitar a deiscência das suturas operatórias, dando mais ênfase à esternotomia; ✓ Ensinar a pessoa o motivo pelo qual deve fazer a contenção da sutura, e durante quanto tempo é necessária; ✓ Treinar a pessoa na técnica de contenção de sutura; ✓ Supervisionar a pessoa na realização de contenção de sutura; ✓ Envolver a família no processo de contenção de sutura; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ensinar à pessoa a importância de realizar a contenção de sutura quando se movimenta, mas também quando tosse, com a finalidade de evitar a deiscência das suturas operatórias, dando mais ênfase à esternotomia; ✓ Ensinar a pessoa o motivo pelo qual deve fazer a contenção da sutura, e durante quanto tempo é necessária; ✓ Treinar a pessoa na técnica de contenção de sutura; ✓ Supervisionar a pessoa na realização de contenção de sutura; ✓ Envolver a família no processo de contenção de sutura;

Diagnóstico de Enfermagem: INTEGRIDADE CUTÂNEA COMPROMETIDA				
Intervenções de Enfermagem				
15 JANEIRO	20 JANEIRO	21 JANEIRO	22 JANEIRO	23 JANEIRO
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incentivar a pessoa à realização de contenção de sutura sempre ao levantar, sentar, ao mobilizar-se no leito, ao tossir e ao espirrar. ✓ Realizar a limpeza e desinfecção das suturas. ✓ Vigiar sinais inflamatórios. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incentivar a pessoa à realização de contenção de sutura sempre ao levantar, sentar, ao mobilizar-se no leito, ao tossir e ao espirrar. ✓ Realizar a limpeza e desinfecção das suturas. ✓ Vigiar sinais inflamatórios; ✓ Remover os agrafes de ambas suturas operatórias. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incentivar a pessoa à realização de contenção de sutura sempre ao levantar, sentar, ao mobilizar-se no leito, ao tossir e ao espirrar. ✓ Realizar a limpeza e desinfecção das suturas. ✓ Vigiar sinais inflamatórios. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incentivar a pessoa à realização de contenção de sutura sempre ao levantar, sentar, ao mobilizar-se no leito, ao tossir e ao espirrar. ✓ Realizar a limpeza e desinfecção das suturas. ✓ Vigiar sinais inflamatórios.
Avaliação				
Pessoa pouco receptiva ao ensino realizado. Ficou menos ansioso em relação a todos os tubos e fios que estavam à sua volta. Tomou consciência da importância da contenção da sutura. Ligeiramente sonolento, o que não favoreceu o momento de aprendizagem.	Apresenta-se mais receptivo aos ensinamentos realizados e tenta executar de uma forma correta, necessitando ainda de alguma ajuda da nossa parte. Compreende a importância da realização de uma boa contenção de sutura para evitar futuras complicações.	Realiza a contenção de sutura de forma quase espontânea, necessitando de orientação e raras ocasiões. Sem sinais inflamatórios nos locais de sutura.	Realiza a contenção de sutura espontaneamente. Não apresenta sinais inflamatórios nos locais de sutura.	Realiza uma contenção de sutura eficaz e espontânea. Sem sinais inflamatórios nas suturas operatórias.

Diagnóstico de Enfermagem: COMUNICAÇÃO COMPROMETIDA				
Intervenções de Enfermagem				
15 JANEIRO	20 JANEIRO	21 JANEIRO	22 JANEIRO	23 JANEIRO
<p>AValiação INICIAL: Pessoa internada na Unidade de Cuidados Intensivos tendo sido extubada no dia anterior, sem intercorrências a nível ventilatórios. Apresenta uma afonia, que dificulta a comunicação verbal.</p>	<p>AValiação INICIAL: Pessoa internada no Serviço de Cirurgia Cardiorácica. Mantendo a afonia e a dificuldade em comunicar verbalmente.</p>	<p>AValiação INICIAL: Pessoa internada no Serviço de Cirurgia Cardiorácica, mantém afonia. Iniciou terapia da fala.</p>	<p>AValiação INICIAL: Pessoa internada no serviço de Cirurgia Cardiorácica, mantém afonia, mais discreta, mantém terapia da fala.</p>	<p>AValiação INICIAL: Pessoa mantém-se no internamento, mantém uma afonia ligeiramente mais discreta, continua com terapeuta da fala.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Analisar a comunicação da pessoa. ✓ Identificar a existência de alterações a nível da comunicação (emissão de voz). ✓ Envolver a equipa multidisciplinar na identificação da alteração da comunicação (nomeadamente equipa médica). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incentivar à realização de exercícios de aquecimento da voz. ✓ Treinar os exercícios recomendados pela terapeuta da fala. ✓ Supervisionar os exercícios realizados. ✓ Incentivar à realização dos exercícios propostos pela terapeuta da fala. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incentivar à realização de exercícios de aquecimento da voz. ✓ Treinar os exercícios recomendados pela terapeuta da fala. ✓ Supervisionar os exercícios realizados. ✓ Incentivar à realização dos exercícios propostos pela terapeuta da fala. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incentivar à realização de exercícios de aquecimento da voz. ✓ Treinar os exercícios recomendados pela terapeuta da fala. ✓ Supervisionar os exercícios realizados. ✓ Incentivar à realização dos exercícios propostos pela terapeuta da fala.
Avaliação				
	<p>Apresenta afonia, que após referência à equipa médica resultou de uma lesão das cordas vocais (presumivelmente). O médico prescreve terapia da fala.</p>	<p>Apresenta afonia. Realiza alguns dos exercícios propostos pela terapeuta da fala, mas tem muita dificuldade na sua realização.</p>	<p>Apresenta uma ligeira melhoria, pois consegue emitir som. Continua com dificuldades na realização dos exercícios propostos pela terapeuta da fala.</p>	<p>Apresenta uma afonia mais discreta, já emite um som baixinho, o que facilita a comunicação. Realiza os exercícios propostos pela terapeuta da fala, mas com alguma dificuldade.</p>