



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

**Capacitação do cuidador informal da pessoa
com alteração da mobilidade –
Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação**

Rute Neto Duque Santa Comba

—

**Lisboa
2021**

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

**Capacitação do cuidador informal da pessoa
com alterações da mobilidade –
Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação**

Rute Neto Duque Santa Comba



Orientador: Professor Doutor Miguel Joaquim Nunes Serra



**Lisboa
2021**

Pensamento

“Aqueles que passam por nós
não vão sós,
não nos deixam sós.
Deixam um pouco de si,
levam um pouco de nós.”

Antoine de Saint-Exupéry (1943)

Agradecimentos

Muito obrigado a todos!

Esposo, filhos (que amo com muito orgulho), sogros, pais e demais família,

Amigos e colegas de serviço,

Professor, enfermeiros orientadores, equipas e utentes.

Pelos momentos da minha ausência, falta de paciência e disponibilidade.

Pela gratidão de toda a compreensão, apoio e acolhimento

ao longo desta caminhada!

Obrigada pela vossa colaboração...

Bem-haja a todos!

RESUMO

A população portuguesa tem vindo a sofrer alterações sociodemográficas marcadas por um envelhecimento acentuado e consequente aumento de doenças crónicas e incapacitantes, gerando um aumento de pessoas dependentes de cuidados, sobretudo com problemas de mobilidade, consequência das doenças crónicas mais comuns.

Em situação de alteração da mobilidade, as pessoas com dependência poderão não ser capaz de autonomamente realizar as suas atividades, necessitando de ajuda na substituição das que não conseguem realizar, de uma terceira pessoa, devendo desse modo os objetivos da reabilitação centrar-se não só no utente, mas também no seu cuidador informal, que o irá acompanhar no dia a dia. Nesse sentido, a problemática da alteração da mobilidade é um desafio colocado aos enfermeiros, especialmente aos especialistas de reabilitação, nos diferentes contextos da prática profissional.

Para cuidar/reabilitar a pessoa com alteração da mobilidade, é fundamental capacitar o seu cuidador informal, como elemento parceiro de cuidados, onde o aumento de competências se traduzirá em ganhos em saúde na readaptação funcional nas atividades de vida diária, promoção de autocuidado, reforçando os comportamentos de adaptação positiva perante a doença, bem como na redução de custos e reinternamentos por consequência de complicações devidas da situação de doença.

A importância da parceria do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação com o cuidador informal é fundamental para o ajudar no desempenho dos cuidados, nas suas necessidades (sobretudo relacionadas com temas de informação, treino, suporte profissional e comunicação eficaz), no tomar parte das decisões do plano de intervenção, no reforço da autoestima e autonomia, no acompanhamento na transição do seu papel de cuidados, do evitar a sobrecarga nos cuidados, com apoio da equipa multidisciplinar, para se ter êxito nos objetivos de reabilitação, obtendo ganhos em saúde e qualidade de vida, da pessoa que cuida e do próprio.

Neste sentido, como área de estudo surgiu a questão: Quais as intervenções do enfermeiro de reabilitação fundamentais na capacitação do cuidador informal da pessoa com alteração da mobilidade? Este relatório decorre no contexto de ensinios clínicos, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, com supervisão dos enfermeiros especialistas, com pesquisa bibliográfica, com pensamento reflexivo, com a criação de vários instrumentos de apoio ao cuidador, reforçando a relação de proximidade com os cuidadores, permitindo uma melhor aquisição de competências, habilidades e estratégias de coping.

Palavras Chave: cuidador, apoio ao cuidador, necessidades, alteração da mobilidade, reabilitação e enfermeiro.

ABSTRACT

The Portuguese population has undergoing sociodemographic changes marked by a sharp aging and consequent increase in chronic and disabling diseases, generating an increase in people dependent on care, especially with mobility problems, a consequence of the most common chronic diseases.

In a situation of alteration of mobility, people with dependence may not be able to autonomously carry out their activities, needing a third person to replace them in those that they are unable to perform, so the rehabilitation objectives should focus not only in the user, but also on his informal caregiver, who will accompany him on a daily basis. In this sense, the problem of limitation mobility is a challenge faced by nurses, especially rehabilitation specialists, in different contexts of professional practice.

To care for/rehabilitate the person with limited mobility, it is essential to empower their informal caregiver, as an element of care partner, where the increase in skills will translate into health gains in functional readaptation in activities of daily living, promoting self-care, reinforcing behaviors of positive adaptation to the disease, as well as reducing costs and readmissions as a result of complications due to the disease situation.

The importance of the partnership of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing and the informal caregiver is fundamental to help him in the performance of care, in their needs (especially related to topics of information, training, professional support and effective communication), in taking part of the decisions of the intervention plan, in strengthening self-esteem and autonomy, monitoring the transition of their care role, avoiding overload in care, with the support of the multidisciplinary team, to be successful in rehabilitation goals, obtaining gains in health and quality of life, of the person who cares and of himself.

In this sense, as a study area, a question has arisen: What are the fundamental interventions of the rehabilitation nurse in the training of the informal caregiver of the person with alteration of mobility. This report takes place in the context of clinical teaching, within the scope of Master's Degree in Nursing in the specialization area in Rehabilitation Nursing, supervised by specialist nurses, with bibliographic research, with reflective thinking, with the creation of several instruments to support the caregiver, reinforcing the close relationship with caregivers, allowing a better acquisition of competencies, skills and coping strategies.

Keywords: caregiver, caregiver support, needs, mobility limitation, rehabilitation and nurse.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CI – Cuidador(es) Informal(is)

CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

EC – Ensino Clínico

EC CI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESC – Escala de Sobrecarga do Cuidador

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

MIF – Medida de Independência Funcional

MRC – Medical Research Council

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNG – Sonda Nasogástrica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TNF – Tabela Nacional de Funcionalidade

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

UP – Úlcera por Pressão

VD – Visita Domiciliária

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	09
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
1.1. Definição de cuidador informal e suas necessidades	16
1.2. Pessoa com alteração da mobilidade	21
1.3. Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	24
1.4. Referenciais Teóricos de Enfermagem	27
2. DESCRIÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO	31
3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA ..	35
4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	49
5. COMPETÊNCIAS DE INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR	63
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73

APÊNDICES

APÊNDICE I – Convite de inscrição no projeto “Capacitar para cuidar”

APÊNDICE II – Folheto de apoio ao cuidador na atuação face a acidentes domésticos

APÊNDICE III – Folheto de apoio ao cuidador na prevenção de feridas /úlceras por pressão

APÊNDICE IV – Folheto de apoio ao cuidador na realização de movimentos e posicionamentos na cama

APÊNDICE V – Folheto de apoio ao cuidador de familiar com alterações da mobilidade do foro neurológico na realização de posicionamentos na cama

APÊNDICE VI – Folheto de apoio ao cuidador na mudança de roupa e fralda na cama

APÊNDICE VII – Folheto de apoio ao cuidador na prevenção de quedas

APÊNDICE VIII – Plano de sessão e sessão de educação para a saúde sobre
mecânica corporal

APÊNDICE IX – Plano de sessão e sessão de educação para a saúde sobre
acidentes domésticos

APÊNDICE X – Consentimento informado para a realização e divulgação dos
vídeos

APÊNDICE XI – Entrevista da escala da sobrecarga do cuidador

APÊNDICE XII – Estudo de caso de utente na ECCI

APÊNDICE XII – Estudo de caso de utente na UMDR

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, este relatório de estágio surge como elemento de avaliação e compreensão do percurso de aprendizagem do período compreendido entre 24 de novembro de 2020 e 16 de abril de 2021, após os dois ensinamentos clínicos (na vertente comunitária e hospitalar), com vista ao desenvolvimento das competências enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), em articulação com as competências do grau académico de mestre.

A escolha do tema em análise assenta em termos de motivação pessoal e profissional, no meu desempenho de funções de Enfermagem numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). O envolvimento com os cuidadores informais na prestação de cuidados gerais tem sido fundamental, ora, como EEER será crucial aprimorar e desenvolver competências mais específicas na capacitação do cuidador, uma das áreas de investigação prioritárias da especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2014), o que a torna do ponto de vista académico, também de todo o interesse.

As intervenções do EEER de acordo com as competências a atingir pretendem que através de um conjunto de conhecimentos e procedimentos, se consiga ajudar as pessoas a maximizar a sua funcionalidade e independência, com vista ao autocuidado e à promoção da sua autoestima, capacitando-a nas limitações que decorreram de doenças agudas, crónicas ou sequelas.

Em situação de alteração da mobilidade, as pessoas com dependência poderão não ser capazes de autonomamente realizar as suas atividades, necessitando de ajuda na substituição das que não conseguem realizar, de uma terceira pessoa. Na possibilidade de regresso ao seu domicílio, com o apoio de uma equipa multidisciplinar, os objetivos da reabilitação centram-se não só no utente, mas também no seu Cuidador informal (CI) que o acompanha no dia a dia.

Para cuidar/reabilitar a pessoa com alteração da mobilidade, é fundamental capacitar o seu cuidador informal, como elemento parceiro de cuidados, para a aprendizagem de novas competências no desenvolvimento da capacidade de autocuidado, gerando-lhe comportamentos de adaptação nos seus estilos de vida que permitam gerir melhor a doença de quem cuidam e prevenir maior incapacidade

(Habel, 2011), bem como reduzir os custos e reinternamentos por consequência de complicações devidas da situação de doença.

Neste sentido, como área de estudo surgiu a questão: **Quais as intervenções do enfermeiro de reabilitação fundamentais na capacitação do cuidador informal da pessoa com alteração da mobilidade?** E desta, emergiu o título - Capacitação do cuidador informal da pessoa com alteração da mobilidade - Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação.

Considerando que o desenvolvimento de competências comuns e específicas, inerentes ao exercício do EEER, designado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), compreende a demonstração da operacionalização dos objetivos e atividades definidas no projeto de estágio e da sua abordagem reflexiva no decurso dos dois ensinamentos clínicos (na vertente comunitária e na vertente hospitalar), definiram-se como objetivos para este relatório:

- Demonstrar competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) na área da responsabilidade, melhoria da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das suas aprendizagens;
- Evidenciar competências de intervenção do EEER na manutenção das capacidades funcionais da pessoa, prevenindo complicações, readaptando e melhorando o seu autocuidado através da educação do próprio e do cuidador, quando dependente de outros; e
- Aprimorar competências de intervenção do EEER na capacitação do cuidador informal da pessoa com alteração da mobilidade.

A consecução destes objetivos baseou-se em saberes teóricos e evidência científica articulados com a sua aplicação na prática clínica, fundamentando o processo de tomada de decisão. Terão como suporte, a operacionalização da teoria de Dorothea Orem (no défice de autocuidado e na teoria dos sistemas, da pessoa com alterações de mobilidade) e a teoria das transições de Afaf Meleis, no que respeita ao papel do cuidador informal da pessoa com alterações de mobilidade.

O presente trabalho encontra-se estruturado em seis capítulos, o primeiro - enquadramento conceptual, com quatro subcapítulos, nomeadamente sobre as definições de cuidador informal e suas necessidades, a pessoa com alteração de mobilidade e as intervenções do EEER (subdivididas em informação e treino; e em suporte profissional e comunicação eficaz) e as referências teóricas de enfermagem que suportam o tema. No segundo capítulo, apresenta-se uma breve caracterização dos locais dos ensinamentos clínicos. No terceiro capítulo, descreve-se as competências

comuns do EE desenvolvidas. No capítulo seguinte, estão inseridas as competências específicas do EEER apreendidas. No quinto capítulo, as competências de intervenção do EEER na capacitação do cuidador decorridas e por fim no último capítulo, as considerações finais. Seguem-se as referências bibliográficas, segundo as normas American Psychological Association (APA) descritas no guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações (Godinho, 2020) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e todos os respetivos apêndices.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A metodologia utilizada para a fundamentação conceptual deste tema surgiu de uma revisão narrativa da literatura, que teve por base a questão de investigação: Quais as intervenções do enfermeiro de reabilitação fundamentais na capacitação do cuidador informal da pessoa com alteração da mobilidade? Para a pesquisa recorreu-se às bases de dados eletrónicas da EBSCO – CINAHL e MEDLINE e definiram-se como palavras chave da pesquisa: “Cuidador” (“Caregiver”), “Apoio ao cuidador” (“Caregiver support”), “Necessidades” (“Needs”), “Alteração da Mobilidade” (“Mobility Limitation”), “Reabilitação” (“Rehabilitation”) e “Enfermeiro” (“Nurse”), em texto integral, no período compreendido entre 2010 e 2020 e fez-se uso de outras fontes de informação, como artigos de revistas científicas - Science Direct e Elsevier; livros, teses académicas, sites de entidades governamentais e não-governamentais, entre outros.

Da pesquisa efetuada e após leitura dos títulos e resumos, foi produzido o conteúdo que constitui este enquadramento conceptual, onde se constatarem escassos estudos sobretudo sobre as necessidades dos cuidadores, foco principal de intervenção na capacitação dos mesmos para maior sustento do projeto.

Segundo dados estatísticos, a população portuguesa, tem vindo a sofrer alterações sociodemográficas, marcadas por um envelhecimento acentuado, consequente do aumento de esperança de vida (81,9 anos), que supera a média da União Europeia (81,3 anos) e diminuição da natalidade (PORDATA, 2020; Ministério da Saúde, 2018). Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2017), a manutenção e agravamento do envelhecimento demográfico só tende a estabilizar daqui a 40 anos.

No Relatório da Primavera, do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2019) constata-se que a prevalência de doenças crónicas se encontra relacionada com níveis elevados de baixa instrução e o aumento de doenças crónicas e incapacitantes gera um aumento de pessoas dependentes, a necessitar de cuidados de outros.

Segundo o Global Burden of Disease, em 2016, em Portugal, cerca de 41% do total de anos de vida saudável tem-se perdido por não se minimizarem alguns fatores de risco modificáveis, o que resulta num indicador “número de anos de vida saudável vividos depois dos 65 anos”, com menor número de anos de vida saudável depois dos 65, ocorrendo desde modo, apesar de estar a reduzir ligeiramente, uma

taxa de morbilidade de anos vividos com incapacidade (Ministério de Saúde, 2018). De acordo com Bean, Latham, & Holt (2013), estima-se que mais de 25% de idosos com 70 ou mais anos apresentem problemas de mobilidade, consequência das doenças crónicas mais comuns.

Os portugueses vivem mais, mas infelizmente, com mais comorbidades nos seus últimos anos de vida e este facto tem revelado implicações na sua saúde, bem como no Sistema Nacional de Saúde (SNS). As sequelas incapacitantes que ocorrem das comorbidades, “como as limitações motoras, sensitivas, sensoriais, de compreensão e expressão dos pensamentos”, podem alterar a dinâmica da vida da pessoa e desse modo torná-la dependente dos seus familiares para os cuidados (Souza, Silva, Quirino, Neves & Moreira, 2014, p. 168).

O Plano Nacional de Saúde da Direção Geral de Saúde (DGS, 2015, p. 14), acerca deste facto propõe “A promoção de uma cultura de cidadania que vise a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende”. Também refere que devem ser desenvolvidas competências nos profissionais de saúde para realizar ações de promoção de educação para a saúde e prevenção da doença de forma a promover a capacitação dos cidadãos, de forma a potenciar a autonomia e responsabilização pela sua própria saúde individual e coletiva (empowerment).

Também a Ordem dos Enfermeiros (OE) recomenda a necessidade de reformar os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e através das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) melhorar a resposta de proximidade aos cidadãos, para obter ganhos em saúde e se melhore a acessibilidade e equidade. Neste sentido, constitui missão das UCC, que abrangem o ambiente domiciliário e comunitário “o desenvolvimento de intervenções centradas na pessoa, família e comunidade em que se insere, ao longo de todo o continuum de cuidados”, desde o nascimento até à morte, que “incluam a promoção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou nos estádios finais de vida”, assim como o “desenvolvimento de medidas de proteção a grupos humanos vulneráveis” (Ordem de Enfermeiros, 2009, p. 1).

Estudos realizados nos Estados Unidos da América, em 2009, evidenciam que cerca de 42,1 milhões de cuidadores prestaram cuidados a um adulto com limitações nas atividades de vida diárias (AVD) em qualquer momento, e cerca de 61,6 milhões prestaram estes cuidados em algum período do ano, sendo o valor

estimado económico (não pago a estes cuidadores) de aproximadamente US \$ 450 bilhões, ou seja, mais de 370 milhares de milhões de euros (Feinberg, Reinhard, Houser & Choula, 2011). Outro estudo na Austrália, em 2015, refere que os cuidadores familiares prestaram cerca de 1,9 bilhões de horas de cuidados, valor esse que se fosse substituído por uma quantidade de cuidados formais equivalente (pagos) seria estimado em US \$ 60,3 bilhões /50 milhares de milhões de euros (Deloitte Access Economics, 2015).

Em Portugal, face à ausência de dados concretos do valor total da população de cuidadores informais e respetivas horas de prestação de cuidados dos mesmos, não há valores estimados. Analisando os custos financeiros de um valor diário de internamento de um utente por necessidade de continuidade de cuidados - mínimo de 269,10€ - na tabela de preços do SNS, em comparação ao valor de referência do subsídio de apoio mensal ao CI principal - mínimo de 438,81€ (cujo rendimento do agregado familiar do CI não seja superior a 526,57€) verifica-se uma franca poupança em custos para o Estado, se forem melhoradas as condições aos CI para acolherem os seus familiares na continuidade de cuidados no domicílio (Portaria nº 254/2018, Anexo III, Tabela I, 2018; Instituto da Segurança Social, 2020).

Neste sentido, os cuidados no domicílio realizados por familiares, a pessoas com sequelas cognitivas e físicas são cada vez mais necessários para diminuir os internamentos nos hospitais (incluindo os riscos que daí decorrem), ao mesmo tempo que os hospitais com as suas políticas de incentivos à alta o mais precoce possível também impõem a necessidade de preparar os familiares para se reorganizarem no domicílio, de forma a assumirem os cuidados da pessoa a seu cuidado (Souza et al, 2014).

Ainda de acordo com os mesmos autores, para que esta continuidade de cuidados seja possível no domicílio, tem que se identificar um cuidador, ainda durante a hospitalização, de forma a receber orientações básicas do seu cuidado “para a saúde, bem como sintomas e complicações”. Torna-se também “evidente, a grande necessidade e importância da capacitação e do acompanhamento feito pelos enfermeiros aos membros familiares e cuidadores, na tentativa de promover o cuidado” e melhorar a qualidade de vida de todos os envolvidos (Souza et al, 2014, p. 165).

Já em contexto domiciliário, a manutenção desta continuidade de cuidados deve envolver o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) na respetiva unidade funcional de saúde do CSP ou a ECCL, dentro das UCC, para assegurar “cuidados

domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas”, envolvendo também nos seus serviços, o apoio psicossocial e a educação para a saúde às pessoas e seus cuidadores (Decreto-Lei n.º 101/2006, 2006, artigo 28º, p. 3862).

1.1. Definição de cuidador informal e suas necessidades

De acordo com a Lei n.º 100/2019 (2019, Anexo, p. 9), no seu artigo 2º:

“Considera-se cuidador informal principal o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada”.

De acordo com o artigo 5º e 6º, do Estatuto do Cuidador Informal (Lei n.º 100/2019, 2019), o cuidador deve ser acompanhado e receber formação para desenvolver as suas capacidades e competências na prestação dos cuidados de saúde à pessoa que cuida e tem o dever de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da pessoa cuidada, assistindo o desenvolvimento da máxima capacidade funcional, promovendo a sua autonomia. Deverá ter a possibilidade de participar em grupos de autoajuda que facilitem a sua partilha de experiências, minimizando o seu isolamento, bem como receber formação e informação específica das necessidades da pessoa que cuida, por profissionais de saúde.

De acordo com a Eurocarers, a associação europeia que trabalha para os cuidadores, na Europa, 80% de todos os cuidados são prestados por CI, sendo estes, um grande recurso para a nossa sociedade, indispensáveis no fornecimento, organização e sustentabilidade dos sistemas de saúde e assistência social, sobretudo face às mudanças das necessidades de saúde e de cuidados, devido ao envelhecimento demográfico e à crescente prevalência de fragilidade e condições crônicas. (Eurocarers, 2020).

No estudo publicado por Verbakel, Tamlaagrsrønning, Winstone, Fjær & Eikemo (2017) sobre o cuidador informal na Europa, revela que em média, 34,3% da população em 20 países europeus são prestadores de cuidados gerais (até 11 horas/semana) e 7,6% são prestadores de cuidados intensivos (11 horas/semana ou

mais). Apesar de referirem que o papel de cuidador é mais comum nos países nórdicos e menos comum na Europa Central, Oriental e do Sul, Portugal apresentava uma taxa de 11,6% contra 3,9% na Noruega. Os cuidadores mais prevalentes são as mulheres, com idade média entre os 50 a 59 anos, não empregadas - realizavam tarefas domésticas - e pessoas religiosas. Em relação à educação, apesar da possibilidade dos cuidadores com ensino médio e superior poderem prestar melhores cuidados do que os com menor escolaridade, face à maior mobilização de conhecimentos, isto não significa que assumam mais a tarefa de cuidar em relação aos de menor escolaridade.

Em Portugal, segundo dados de 2014 do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) estima-se que mais de 85% da população (948 mil pessoas) prestava esses cuidados sobretudo a familiares, as mulheres representavam 61% como CI e 57,4% das pessoas que prestavam cuidados informais faziam-no em média menos de 10 horas por semana (INE/INSA, 2016).

Segundo Dixe, Teixeira, & Areosa (2019, p. 6), “os cuidadores tendem a ser idosos, o que limita sua capacidade de cuidar da pessoa dependente, demonstrando a vulnerabilidade inerente à idade do cuidador na realização de muitas de suas tarefas.”

Silva, Teixeira, Teixeira & Freitas (2013) acrescentam contudo que a caracterização de cuidadores informais, nos termos de seleção e comparabilidade dos estudos, ocorrem na falta de consenso sobre o conceito de idoso e cuidador familiar.

Ao longo do tempo, a própria definição de cuidador modificou-se, o termo anterior “cuidador familiar”, caracterizado por Pereira & Silva (2012), hoje está descrito como CI no estatuto do cuidador informal e vem diferenciar-se do termo cuidador formal, que é remunerado para o efeito, ligado ou não a instituições prestadoras de serviços.

Silva et al. (2013) referem que há muitos motivos que levam os cuidadores informais a assumir esse papel, como a obrigação de cuidar devido às normas sociais, pelos laços de afeto, pelo comprometimento, pela piedade ou pelo altruísmo, evidenciando um sentimento de dever ou missão. As atitudes de cuidar (ser cuidador) podem também ser motivadas por crenças religiosas, pois muitas religiões enfatizam explicitamente a importância de amar o próximo e de ajudar os necessitados (Verbakel et al., 2017).

Face à evidência que apontam para baixos níveis de literacia em saúde em Portugal, a criação do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados (Despacho n.º 3618-A/2016, 2016), veio revelar uma nova atitude na sustentabilidade do SNS, considerando a importância da educação, literacia e o autocuidado na promoção e proteção da saúde da população; bem como na efetividade e eficiência da prestação de cuidados de saúde, sobretudo no que diz respeito ao envelhecimento, autocuidados e cuidadores informais, visando desenvolver técnicas de promoção de literacia de forma a capacitar pessoas idosas e CI em cuidados domiciliários.

Ao capacitar o cuidador nas competências adequadas, para o reconhecimento das possíveis complicações, bem como para a manutenção dos dispositivos e equipamentos necessários, a prestação de cuidados decorre com mais tranquilidade e facilidade, perante o desgaste que a situação de cuidar lhe pode proporcionar, diminuindo ou excluindo o aparecimento de certos problemas (Souza et al., 2014).

Ora, quando uma pessoa adoece ou inicia uma fase de dependência em termos de autocuidado, a adaptação de um cuidador pode tornar-se difícil. No domicílio, a presença de uma pessoa com necessidades contínuas, altera toda a rotina de quem cuida e nomeadamente as suas prioridades. É compreensível que perante o esforço exigido, este se sinta incapaz para lidar com a situação, exausto (física e emocionalmente), sozinho e com medos (Administração Regional de Saúde do Norte, 2014).

Tal como já referido no estudo de Verbakel et al. (2017), sobre o cuidador informal na Europa, existem mais cuidados prestados informalmente do que formalmente nos cuidados de saúde, mas apesar disto, este papel de cuidador informal está num “sistema de saúde oculto”, sobretudo porque as responsabilidades destes cuidados estão em certos grupos sociais, como mulheres de meia-idade e associam-se à redução do bem-estar.

Silva et al. (2013) numa revisão da literatura, referem que existe carência de estudos sobre as necessidades dos cuidadores de idosos em casa e falta de evidências científicas de alta qualidade nessa área, mas da investigação existente, sobre este tema resumem quatro tipologias de necessidades principais, que são descritos da seguinte forma:

- Informação e treino – incluem informações sobre o diagnóstico, evolução da doença, sintomas, prognósticos, terapêutica, tratamentos, AVD, recursos da

comunidade (centros de dia, centros especializados), orientações gerais sobre os cuidados a prestar, manutenção de dispositivos (cateter urinário, Sonda Nasogástrica - SNG,...), exercícios de reabilitação ou uso de equipamentos (cadeiras de banho, ventiladores, entre outros), bem como de informações para o próprio autocuidado (atividade física e vigilância de saúde);

- Suporte profissional – incluem a ajuda competente (assistência de pessoas qualificadas) no apoio das suas necessidades; a ajuda social (ter alguém que ajude na alimentação e segurança), apoio emocional (expressão de sentimentos e emoções, no lidar com o estresse psicológico, problemas emocionais, *burnout* e grupos de apoio) e o apoio profissional no lidar com a família (ajuda de outros familiares e resolução de problemas).

- Comunicação eficaz - revelam a importância de melhorar comunicação com profissionais de saúde, na participação na tomada de decisão, no envolvimento na elaboração de planos de cuidados na sua prestação de cuidados e no adquirir de estratégias para lidar com comportamentos mais difíceis de quem cuidam.

- Suporte jurídico e financeiro – envolvem a assistência em questões financeiras e de seguros, gestão de finanças, a questão da privação económica (falta de dinheiro para necessidades básicas, despesas gerais e pagamento de serviços) quer para a pessoa que cuidam, quer para o cuidador.

Sequeira (2018) citando Schneider, Howe e Lettieri, menciona que a tendência da maioria dos países sugere a manutenção dos idosos no seu domicílio, de forma a melhorar a sua qualidade de vida e otimizar custos sociais e económicos, acabando por os CI assumirem “um papel de primordial importância na sociedade, com implicações significativas em termos económicos, sociais e humanos” (p. 165).

Cuidar de um ente querido pode ser uma fonte de grande satisfação pessoal, mas tem os seus próprios desafios. Ansiedade, exaustão, isolamento e risco de pobreza são algumas das fragilidades que um estudo da Comissão Europeia atribui a quem é cuidador (Eurocarers, 2020).

Segundo a pesquisa qualitativa de Akgun-Citak, Attepe-Ozden, & Vaskelyte (2020), os cuidadores também vivenciam uma vida agitada, tentando equilíbrio entre este papel e o seu trabalho e a vida social (nomeadamente na coexistência ou sobreposição do seu papel como filho, cônjuge, irmão, neto ou outros).

Após a alta hospitalar, os cuidadores podem sentir desamparo (sentirem que estão entregues a si próprios), face à necessidade de informação para esclarecer dúvidas, de forma a poderem responder às exigências que a situação lhe impõe,

bem como ao desconhecimento de mobilização dos recursos da comunidade. No regresso ao domicílio, face à alteração da mobilidade e consequente aumento do grau de dependência da pessoa cuidada, podem surgir dificuldades não antecipadas durante o internamento, nomeadamente na higiene, trocar a roupa da cama, trocar a fralda, virar, posicionar e transferir (Pereira & Silva, 2012).

Para evitar este sentimento, antes da alta hospitalar de uma pessoa dependente, “é importante reconhecer as necessidades e competências do cuidador informal, capacitá-lo a cuidar de seus familiares, para ajudar a diminuir sua carga e, consequentemente, diminuir o número de reinternamentos hospitalares” (Dixe et al., 2019, p.1). A falta da preparação da alta dos enfermeiros na capacitação dos CI, pode levar a medo, preocupação e insegurança dos mesmos na sua prestação de cuidados, bem como a subvalorizar o seu próprio cuidado.

Os cuidadores negligenciam muitas vezes as suas próprias necessidades de cuidados de saúde para ajudar seus familiares. A necessidade permanente da prestação de cuidados (sem conseguir alguém que o substitua), a possibilidade de não descansar, de não ter tempo para se exercitar e o esquecer as próprias prescrições das suas doenças leva à deterioração na sua saúde e bem-estar (Reinhard, Given, Petlick & Bemis, 2000). Esta situação pode levar a um diagnóstico de enfermagem associado às necessidades dos cuidadores, descrito na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como “stress do cuidador” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015, p. 177).

Apesar das dificuldades no seu papel, de um modo geral, os cuidadores informais atribuem importância aos desafios que se vão surgindo ao longo do tempo e vão desenvolvendo estratégias de forma a adaptarem-se com eficácia, demonstrando nesse processo um sentido de competência positivo (Petronilho, Pereira & Silva, 2015).

1.2. Pessoa com alteração da mobilidade

Para proferir sobre alteração da mobilidade é essencial conhecer os termos de funcionalidade e independência, para conceber que na ausência das mesmas, as alterações que a pessoa vivencia lhe causam incapacidade ou dependência, em termos físicos, psicológicos, sociais e culturais.

De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS) na Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a incapacidade, caracteriza-se por “deficiências, limitações da atividade ou restrição na participação” em relação à sua funcionalidade, que abrange as “funções do corpo, atividades e participação” (Organização Mundial de Saúde, 2004, p.7).

No caso de “falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza”, a dependência pode ocorrer (Decreto-Lei nº 101/2006, 2016, p. 3857) e nesta situação será necessária a ajuda de outros (cuidadores) para colmatar as necessidades que não consegue realizar de forma autónoma.

A limitação ou restrição da atividade, segundo a OMS (2004, p.18) são “avaliadas em comparação com um padrão populacional (...) onde se compara a capacidade ou desempenho de um indivíduo correspondem à capacidade ou desempenho de uma pessoa sem a mesma condição de saúde (doença, perturbação ou lesão, etc.)”, avaliando a diferença entre o desempenho do que é observado com o que se esperava de pessoas sem essa condição de saúde.

Neste âmbito, o constructo da pessoa com alteração da mobilidade, caracteriza-se por ter problema de desempenho e limitações da capacidade motora, que lhe vão alterar o seu autocuidado nas atividades de vida diárias associadas à sua situação de doença, que pode ultrapassar com ajuda de outros (cuidadores) ou por parte de ajudas técnicas. Este problema pode ser representado numa escala de 0 a 100%, do ligeiro (5-24%), moderado (25-49%), grave (50-95%) e completo (96-100%), de acordo com a OMS (2004).

Também a Tabela Nacional de Funcionalidade (TNF) elaborada pela DGS, de acordo com a CIF da OMS, surge com “o objetivo de adotar políticas de saúde e sociais de acordo com a funcionalidade da pessoa com doença crónica e não

apenas de acordo com a sua incapacidade” (Despacho nº 10218/2014, 2014, p. 20453). A TNF aplica-se a toda a pessoa com mais de 18 anos com doença crónica, incapacidade permanente ou temporária, em caso de indicação para plano de reabilitação, na rede hospitalar pública (nos serviços de internamento, quando indicado processo de reabilitação, no plano de cuidados da pessoa), na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) quando há dependência no domicílio (a receber cuidados prestados por uma ECCI de um agrupamento de centros de saúde) ou em situação de internamento numa unidade de convalescença ou de média duração e reabilitação da RNCCI (Norma n.º 001/2019, 2019) ou ainda para indicação do uso de produtos de apoio, entre outras situações.

Depreende-se assim, que qualquer pessoa que viva uma alteração na funcionalidade e independência, sente em determinadas situações que está dependente de outros, sobretudo se o problema atingir percentagens mais elevadas.

Brown & Flood (2013, p. 1169) referem que a “deficiência de mobilidade é a lacuna entre a capacidade física de um indivíduo (por exemplo, força ou equilíbrio muscular) e os desafios ambientais”, devendo-se ter em consideração a capacidade de adaptação à situação, para a minimizar ou a recuperar (mobilidade). Esta avaliação deve ser individualizada para identificar e gerir as limitações de mobilidade.

De acordo com Bishop & Wang (2018), citando Wolf et al., 2005, as várias condições crónicas, descritas como comorbilidade dão complexidade ao decurso da doença e aumentam a probabilidade de dependência funcional, que com a progressão evoluem, produzindo limitações funcionais que podem se transformar em restrições na capacidade de realizar atividades essenciais. Bean et al. (2013) menciona que apesar dos avanços, existem “lacunas de conhecimento em relação às deficiências do sistema corporal que mais contribuem para o declínio da mobilidade na vida adulta” (p. 2381).

Os fatores de risco mais comuns para limitação da mobilidade são idade avançada, baixa atividade física, obesidade, comprometimento da força ou do equilíbrio e doenças crónicas, como diabetes ou artrite. Menos frequentes, são os fatores de risco que incluem sintomas depressivos, comprometimento cognitivo, sexo feminino, hospitalização, consumo de substâncias lícitas (álcool e tabaco), alterações na marcha (na marcha da doença de Parkinson ou a ataxia associada a um derrame cerebelar) (Brown & Flood, 2013).

A OE (2013) menciona como causas de alterações de mobilidade: doenças crónicas, doenças respiratórias, alterações do foro psicológico, envelhecimento, dor intensa, problemas orto-traumatológicos, desnutrição, doenças neurológicas e défice neuro-sensorial. Sempre que uma pessoa for incapaz de mobilizar uma “parte do corpo, ou a sua totalidade, em consequência de uma doença crónica, deficiência ou tratamento (...) podem ocorrer (...) complicações decorrentes dessa imobilidade, em cada um dos sistemas orgânicos” (p. 23) Como complicações encontramos alterações respiratórias, cardiovasculares, gastrointestinais, urinárias, metabólicas, sistema nervoso, pele e tegumentos; e músculo-esqueléticas.

Nesse sentido, a problemática da alteração da mobilidade é um desafio colocado aos enfermeiros, especialmente aos especialistas de reabilitação, “na avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento da pessoa (...) nos diferentes contextos da prática profissional.” (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p. 19).

1.3. Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Em termos de níveis de dependência, os EEER nas suas intervenções específicas e de acordo com as suas competências devem providenciar a melhor readaptação da pessoa e seu CI, desenvolvendo estratégias de cuidados, na promoção do autocuidado, prevenção de complicações e reinserção familiar e social.

Para potenciar melhores ganhos em saúde, a intervenção do EEER não deve ser exclusiva à pessoa com alteração de mobilidade, mas terá que envolver o seu CI, para que se consiga contribuir melhores resultados na sua readaptação funcional e reinserção. A importância da parceria do EEER com a pessoa e seu CI é fundamental para ajudar no desempenho dos cuidados, no tomar parte das decisões, no reforço da autoestima e autonomia, do evitar a sobrecarga nos cuidados e ter êxito nos objetivos da reabilitação.

De acordo com Reinhard et al. (2000), a implicação prática das evidências é que o enfermeiro pode modificar o percurso de cuidado, tanto para a pessoa, como para quem dele cuida, respeitando o papel de cada um tem na gestão da prestação dos cuidados. Não é fácil para uma pessoa previamente independente aceitar que poderá ter que necessitar de ajuda de outros, e neste sentido, o enfermeiro poderá “ajudar a mudar seus pontos de vista da independência clássica como liberdade das

limitações funcionais para um contexto de cuidado familiar no qual dar e receber assistência não precisa retirar a autonomia” (p. 351).

Adaptando os temas principais que emergiram da revisão de literatura de Silva et al. (2013), brevemente descritos nas necessidades do CI, considera-se que as intervenções específicas do EEER devem incluir os dois grandes temas:

- Informação e treino;
- Suporte profissional e comunicação eficaz.

No que diz respeito ao primeiro tema, as informações dos enfermeiros devem claras, compreensíveis e adaptadas na linguagem, mesmo com incertezas sobre o(s) diagnóstico(s) da pessoa (que deverá ser consentido e autorizado pela mesma, sobretudo se consciente) e possíveis tratamentos, de forma a responder às necessidades e dúvidas dos CI, seja sobre medicação, exames, cuidados, tratamentos e/ou recursos; de forma a se tornarem competentes e seguros e conseguirem proteger aqueles que recebem os seus cuidados (Reinhard et al. 2000).

Será fundamental, o EEER conhecer o ambiente físico da pessoa com alteração da mobilidade, seja em contexto de visita domiciliária; seja através de informações colhidas com a pessoa e/ou com o seu CI em contexto hospitalar, de forma a poder promover estratégias de adaptação aos novos cuidados mais centradas no regresso da pessoa ao seu domicílio; reduzindo barreiras ambientais perante as suas alterações funcionais e sempre que necessário fornecer orientações sobre o uso de equipamentos e produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação, tais como cadeiras de rodas, cadeiras de banho, suportes de fixação, ventiladores, canadianas, entre outros) para uma melhor função, segurança e qualidade de vida das pessoas (Reinhard et al., 2000).

Os ensinamentos à pessoa e seu CI devem ser iniciados no hospital (em caso de internamento) ou aplicados ou readaptados, quando já no domicílio e deverão fornecer orientações sobre os cuidados gerais a prestar no autocuidado, no que diz respeito a higiene, mobilizações/posicionamentos, alimentação, vestuário, eliminação (Pereira & Silva, 2012) e sobre a manutenção de dispositivos (cateter urinário, sonda nasogástrica, gastrostomia endoscópica percutânea, ostomias, entre outros). Devem ser explicados os benefícios dos exercícios terapêuticos (mobilizações) e posicionamentos (corretas posições básicas) perante a pessoa com alteração da mobilidade, em relação a todas as possíveis alterações respiratórias, cardiovasculares, gastrointestinais, urinárias, metabólicas, sistema nervoso, pele e

tegumentos; e músculo-esqueléticas decorridas dos respetivos diagnósticos (Ordem dos Enfermeiros, 2013), com vista à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

Os exercícios terapêuticos de mobilizações e as posições básicas de posicionamentos a adotar com a pessoa com alteração da mobilidade e a ensinar aos CI, serão de acordo com o(s) diagnóstico(s) associado(s) e o grau de dependência da pessoa cuidada, devendo ser sugeridos treinos específicos, nomeadamente mobilizações que podem ser passivas (quando a pessoa não as consegue realizar), mobilizações ativas (quando a pessoa consegue realizá-la autonomamente) ou ativas assistidas (colaboração da pessoa, com ajuda externa).

Os cuidadores “podem aprender a executar os exercícios com supervisão” (Lutz & Davis, 2011, p. 23) e estas instruções poderão ser fornecidas através de ensinamentos presenciais, através de elaboração e disponibilização de folhetos ou vídeos informativos. Segundo Neves, Sequeira, Sousa & Lleixà-Fortuño (2020), estudos atestam que a existência de programas de apoio a pessoas e seus cuidadores com recursos às tecnologias de informação e comunicação, tem resultados promissores, a nível de acessibilidade, disponibilidade e também de custo-efetividade.

Aos CI deverão também ser proporcionadas informações para o próprio autocuidado e a importância dos princípios da mecânica corporal para a adequação dos procedimentos e evitando más posturas, procurando alinhamento corporal e equilíbrio (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Para uma correta intervenção do EEER, será essencial a aplicação de escalas na pessoa com alteração da mobilidade de forma a quantificar graus de funcionalidade, dependência, força, espasticidade, equilíbrio (como por exemplo, a TNF, a Medida de Independência Funcional (MIF), o Índice de Barthel, o Índice de Lawton & Brody, a escala de Ashworth modificada, a escala Medical Research Council (MRC), escala de Berg ou índice de Tinetti, no início da intervenção e posteriormente medir os ganhos em saúde depois da intervenção de reabilitação. Com estas avaliações, pretende-se planejar intervenções, construindo um plano de cuidados em conjunto com a pessoa e seu CI, de acordo com as capacidades da pessoa com alteração da mobilidade.

Tendo em conta a intervenção com o CI, deverão igualmente ser consideradas escalas relativas ao CI, para aferir se estamos a ter em consideração a melhoria da sobrecarga do cuidador, por exemplo, a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) traduzida e adaptada para a população portuguesa por Sequeira,

em 2007 (Sequeira, 2018) e utilizada nos sistemas de informação SClínico e MedicineOne.

Quanto ao tema do suporte profissional e comunicação eficaz, as intervenções do EEER deverão considerar que os CI devem ser alvo da atenção dos profissionais de saúde, caso contrário corre-se o risco destes sofrerem consequências sérias na sua saúde física e mental devido ao seu trabalho físico e emocional como cuidadores, descurando a sua própria saúde e cuidados de saúde (Reinhard et al., 2000).

O EEER deve considerar que a probabilidade da reabilitação com sucesso pode ser aumentada ao gerir os seus cuidados de saúde, em conjunto com a abordagem da equipa multidisciplinar, avaliando e intervindo nas necessidades físicas, cognitivas e psicossociais da pessoa (Brown & Flood, 2013), bem como não deve descurar o CI, na importância do acompanhamento pelos vários elementos que podem constituir a equipa multidisciplinar (assistente social, psicóloga, fisioterapeuta, médico, entre outros). Sempre que possível, também o deverão envolver na participação em grupos de apoio/CI, para partilha das suas vivências e sentimentos.

Será igualmente importante o EEER orientar ou encaminhar o CI, sobre os recursos da comunidade: centros de dia, apoio domiciliário, grupos de voluntariado (para promover a acessibilidade e participação social), apoio de juntas de freguesia, existências de bancos alimentares, entre outros (de forma a otimizar questões relacionadas com privação económica, por falta de dinheiro para necessidades básicas, despesas gerais e pagamento de serviços), não descurando a continuidade de cuidados de saúde com a informação de transferência para a respetiva unidade de saúde e/ou respetiva ECCI.

Uma comunicação eficaz vai ser fundamental para que os CI participem na tomada de decisão, sobretudo quando envolvidos na elaboração dos planos da sua prestação de cuidados e no adquirir de estratégias para lidar com comportamentos mais difíceis da pessoa de quem cuidam.

1.4. Referenciais Teóricos de Enfermagem

Em relação à orientação da prática de cuidados de enfermagem de reabilitação e o tema em causa, os modelos teóricos de autocuidado de Orem e das transições de Meleis revelam-se os mais distintos para a estruturação da otimização da qualidade do exercício profissional.

O objetivo do EEER, no modelo de Orem é assistir a pessoa com necessidades de autocuidado, permitindo o regresso à sua autonomia, ajudando-os a desenvolver as suas potencialidades, otimizar a função e responsabilizá-lo pela sua participação no processo de reabilitação (Lutz & Davis, 2011).

Orem (2001), identificou cinco métodos que os enfermeiros podem utilizar em combinação ou isoladamente quando cuidam da Pessoa, que são: executar ou agir, substituindo-a naquilo que ela não é capaz de fazer; orientar e encaminhar; dar apoio físico e/ou psicológico; criar e manter um ambiente que favoreça o seu desenvolvimento; e ensinar.

Segundo Tomey & Alligood, (2002, p. 217), Orem considera a Teoria do Défice de AutoCuidado, como uma teoria geral que se constitui por três teorias que se relacionam, nomeadamente:

- 1) a teoria do autocuidado, que refere o “objetivo, métodos e resultado de cuidar de si próprio”;
- 2) a teoria do défice de autocuidado, revela “a razão para uma pessoa poder beneficiar da enfermagem”;
- 3) a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que relaciona e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que a ação da enfermagem se produza “através do exercício da sua prática com pessoas que apresentam limitações de autocuidado”.

O autocuidado é a prática de atividades que as pessoas desempenham por si próprias (ou por alguém que as exerça por eles) de forma a preservar a vida, a saúde e o bem-estar pessoal; a necessidade de autocuidado terapêutico é o conjunto de cuidados necessários num determinado período de tempo específico para providenciar o autocuidado que determinada pessoa necessita (Tomey & Alligood, 2002).

Para Orem, um agente de cuidar dependente pode ser definido como “um adulto em maturação ou os adultos que aceitam e preenchem a responsabilidade de conhecer e colmatar a necessidade terapêutica de autocuidado de outros” (Tomey &

Alligood, 2002, p. 216) que lhe são importantes ou socialmente dependentes no seu autocuidado, podendo ser representados por profissionais de saúde ou por cuidadores informais através da sua prestação de cuidados.

Através de uma relação interpessoal, com a pessoa ou seu agente de cuidar (CI), os enfermeiros têm capacidade para “agir, saber e cuidar das pessoas, de forma a satisfazer as necessidades de autocuidado terapêutico” (p. 216), devendo o processo de enfermagem ter o objetivo de fornecer orientações para os resultados (plano) com base no diagnóstico da necessidade de cuidados, bem como para a sua concretização. (Tomey & Alligood, 2002)

Nos três tipos de prática da ciência da enfermagem, Orem identificou os sistemas de enfermagem, como:

- sistema totalmente compensatório, quando os enfermeiros substituem a pessoa no autocuidado;
- sistema parcialmente compensatório, quando a pessoa apenas precisa dos enfermeiros no que não é capaz de realizar por si só; e
- sistema de apoio-educação, quando a pessoa é capaz de realizar o autocuidado, apesar de necessitar de ensino e supervisão dos enfermeiros na realização das atividades (Tomey & Alligood, 2002).

Desta forma, estes sistemas norteiam a prática dos cuidados de enfermagem perante a pessoa que como enfermeira cuido e perante a capacitação do CI. A prestação de cuidados deve partir pela substituição (total ou parcial) do que a pessoa não consegue realizar ou até mesmo apenas fornecer apenas orientação e supervisão. Perante os CI, rege-se os mesmos sistemas ajudando-os a realizar ações apropriadas às alterações de mobilidade das pessoas que cuidam e a si próprias, substituindo-as ou orientando-as no que não conseguem realizar, mantendo a promoção do autocuidado e autonomia.

Atendendo que a transição para o exercício do papel do CI é um processo que pode envolver muitas variáveis, sobretudo em função do cuidador, da pessoa com alteração da mobilidade e do contexto em que desenvolve a relação de prestação de cuidados, outra teoria que norteia o tema escolhido e a minha prática de cuidados foi a de Afaf Meleis, no processo de tomada de decisão.

Os enfermeiros, de acordo com a teoria de Meleis, são os principais cuidadores das pessoas com necessidades de autocuidado e dos seus próprios cuidadores, que estão a viver uma transição. O processo de transição deve assim ser facilitado pelos enfermeiros, para a aquisição de novas competências

relacionadas com as situações de saúde ou doença ou preparando-os para outras transições que podem vir a acontecer (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

Exemplos de transições, que podem tornar as pessoas vulneráveis relacionadas com doença são “diagnóstico, procedimentos cirúrgicos, reabilitação e recuperação; transições de desenvolvimento e expectativa de vida, (...) envelhecimento e morte (...) e assistência familiar (Meleis et al., 2000, p. 13).

Para Meleis, no processo de transição ao longo do ciclo de vida, o enfermeiro cuida da pessoa de acordo com os seus fatores pessoais (significados, atitudes, cultura, estado socioeconómico, preparação e conhecimento), com o intuito de promover, proteger, manter e restaurar a sua estabilidade, através de intervenções terapêuticas. Ao mesmo tempo ajuda-as a gerir os tipos de transições situacionais, desenvolvimentais, organizacionais e de saúde/doença que possam criar instabilidade, dentro do seu ambiente/comunidade (Meleis, 2010).

Existe um conjunto de fatores que Meleis et al. (2000) classificam de propriedades quando se vivenciam processos de transição – a consciencialização, o envolvimento, o tipo de evento (alteração da mobilidade/dependência), tempo de duração (prognóstico) e a forma de vivenciar essa mudança.

Antes da capacitação do CI, os enfermeiros devem aferir se a pessoa tem consciência do seu papel e da necessidade do seu papel, bem como se há envolvimento, de acordo com as suas necessidades e as da pessoa que cuida.

Sequeira (2018) refere que no processo de transição, o cuidador necessita de adquirir/desenvolver competências, relacionadas com o saber (informações necessárias para o cuidar – conhecimento cognitivo), com o saber fazer (habilidades instrumentais – mestria e perícia ao prestar cuidados) e com o saber ser - apoio (desenvolvimento pessoal – relacionar-se e saber cuidar-se, desenvolver estratégias de coping) para a otimização do exercício do seu papel.

Neste sentido, a intervenção do EEER propõe-se a potenciar a recuperação, readaptação e reintegração da pessoa com alterações da mobilidade, qualquer que seja a sua tipologia de transição, bem como da pessoa de quem dele cuida, o CI.

2. DESCRIÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO

O primeiro ensino clínico (EC), realizado na vertente comunitária decorreu numa UCC, inserida num ACES da região de Lisboa e Vale do Tejo, que presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social a pessoas e famílias em situação vulnerável, ou de maior dependência funcional, ou doença que necessite de acompanhamento próximo, no âmbito domiciliário e comunitário (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008). A UCC é constituída por uma equipa multidisciplinar, onde para além de 8 enfermeiros (4 EEER, 2 EE Saúde Comunitária, 1 EE de Médico Cirúrgica e 1 EE Saúde Materna), conta com horas de apoio de um médico, uma psicóloga e uma assistente social. A sua intervenção é sobretudo dirigida à Intervenção Comunitária, Saúde Escolar e à ECCI - local de contexto de estágio.

A ECCI funciona de 2ª a 6ª feira das 8h às 18h e ao Sábado das 8h às 12h, onde a intervenção do EEER pode oscilar entre a visita diária e a visita semanal antes da alta dos utentes. Abrange na sua área de influência geográfica, quatro uniões de freguesia, com a existência de dez unidades de CSP. A estrutura física está sediada num 2º andar de um edifício, que contempla outras unidades de saúde funcional do ACES. A deslocação para os domicílios é realizada nas duas viaturas do serviço (apenas um motorista) ou em táxi. Em termos de ajudas técnicas, apenas dispõe de uma pedaleira e um par de canadianas, todo outro material necessário é solicitado à assistente social que articula com o banco de ajudas técnicas da Câmara Municipal.

A ECCI tem uma lotação de 20 camas de internamento da RNCCI, com totais anuais em 2019, de 120 utentes (onde a predominância de patologias com intervenção do EEER foi de 28% do foro ortotraumatológico, 22% do foro neurológico, 8% do foro respiratório, 7% do foro vascular, entre outros). Apesar de poderem estar incluídas todas as faixas etárias, a predominância de idades dos utentes é acima dos 75 anos e maioritariamente do género feminino. A maior proveniência dos utentes é do meio hospitalar (80%) e o restante dos CSP. O tempo médio de permanência dos utentes oscila entre os 65 e os 73 dias. Cerca de 66% dos utentes tem alta da ECCI com objetivos atingidos, encaminhados para as suas unidades de CSP, por mail ou se necessário com visita conjunta, para continuidade de cuidados.

Em relação ao rácio de utentes da ECCI por EEER, geralmente atinge um total máximo de 5 utentes/EEER e a filosofia de cuidados assenta no enfermeiro o papel de gestor de caso.

Existe levantamento de necessidades de formação interna, mas face à situação de pandemia, não está a ser exequível a sua concretização desde março de 2020. Também realizam sessões de formação para os cuidadores formais das dez entidades parceiras da segurança social, que realizam apoio domiciliário, sempre que se identifique essa necessidade (neste momento suspensas).

Em termos de informação relativas aos cuidadores, analisou-se que dos 20 utentes na ECCI a esta data, 50% tem cuidadores formais a prestar apoio e 50% tem exclusivamente cuidadores informais a prestar cuidados. Existe muito interesse em desenvolver curso para cuidadores informais, sobretudo em temas relacionados com postura corporal, posicionamentos, manutenção de dispositivos, direitos sociais dos CI, gestão regime terapêutico, com necessidade de envolver toda a equipa multiprofissional junto dos CI.

Em relação ao segundo EC, na vertente hospitalar, decorreu numa Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) da Região de Lisboa, com uma lotação de 30 camas de internamento da RNCCI.

A UMDR é unidade de internamento “para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável” (Decreto-Lei n.º 101/2006, 2006, artigo 15º, p.3860).

O período de internamento na UMDR tem uma previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão, sendo os utentes referenciados pelas equipas de gestão de altas (hospitalares), ECCI (comunidade) ou outras unidades da RNCCI, sobre a avaliação da Equipa Coordenadora Local.

Geralmente o critério de escolha destas unidades é relacionada com o local de residência, mas neste momento face à pandemia e a necessidade de agilizar altas hospitalares, por vezes, os familiares não tiveram oportunidade de escolher localização das unidades, ocorrendo algumas situações em que vivem mais distantes ou fora da região de Lisboa.

De acordo com a entrevista realizada com a enfermeira orientadora, a predominância de idades dos utentes é sobretudo acima dos 65 anos, tendo como patologias mais frequentes: doenças do foro neurológico, doenças do foro

ortotraumatológico e neste momento começam a surgir doenças do foro respiratório, sobretudo relacionadas com sequelas pós SARS-CoV-2.

A UMDR possui uma equipa interdisciplinar, onde se incluem onze Enfermeiros, contudo apenas com uma EEER que também assume funções de gestão na ausência da Enfermeira Chefe. Existem quatro médicos, um fisiatra, dois fisioterapeutas, uma terapeuta da fala, uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga, uma assistente social, uma nutricionista e outros profissionais, tais como: assistentes operacionais e ajudantes de cozinha.

A prestação de cuidados perante os utentes, assenta na filosofia de gestor de caso, sendo este papel é assumido por um dos vários profissionais da equipa interdisciplinar que se articulam com os restantes elementos da equipa, geralmente não o enfermeiro. Em relação ao rácio de utentes da UMDR por enfermeiro/turno, geralmente atinge um total de 10 a 15 utentes/enfermeiro num turno da manhã ou tarde e 30 utentes/enfermeiro no turno da noite, havendo uma franca falta de recursos humanos, em termos de Enfermagem. Complementa-se a existência de muitos assistentes operacionais (1 por cada 5 utentes) na prestação de cuidados.

As reuniões semanais da equipa interdisciplinar, tais como as formações internas estão suspensas.

Existe sempre um familiar de referência que é identificado desde a admissão até à alta do utente, com quem é articulado o acompanhamento e a quem é disponibilizado um horário de visita que neste momento, ocorre apenas com marcação semanal, com distanciamento social e todas as medidas de contingência necessárias à situação de pandemia.

Durante o período do EC, a UMDR possuiu quase metade da sua lotação, ou seja, cerca de 13 utentes que aguardam transferência para outra tipologia de internamento da RNCCI - Unidade de Longa Duração e Manutenção, atendendo a impossibilidade de condições sociais e económicas para regressar à sua residência. Não houve no período de EC, nenhuma alta para o domicílio ou para ECCL, apenas transferência para outra unidade. Saliento que alguns destes utentes estão à espera desta transferência desde há dois anos, atendendo que quando foi realizada decorreu a escolha de unidades pelo utente e/ou família, por critério de maior proximidade com a residência.

De acordo com a entrevista, em termos de preparação para alta, quando possível o regresso do utente ao domicílio, ocorre o envolvimento do CI na transmissão de alguns ensinamentos acerca da situação do seu familiar, que é realizada

sobretudo pelo enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e assistente social. Quando é referenciado para uma ECCI, é articulada a informação por mail e pela própria plataforma da RNCCI, onde constam as devidas informações médicas, de enfermagem e dos outros profissionais da equipa que intervieram com o utente.

O edifício é constituído por três pisos, no rés-do-chão localiza-se principalmente o refeitório, a sala de estar, o ginásio e acesso a pátio de jardim exterior. Nos pisos superiores estão os gabinetes de enfermagem e de trabalho e as salas de internamento dos utentes (seis salas individuais e doze salas duplas), com suas respetivas casas de banho adaptadas com chuveiro e barras de apoio.

As instalações estão bem adaptadas, em termos de espaço de circulação, de acordo com as normas da legislação aconselhada face à necessidade frequente de transferência de utentes para os cadeirões ou uso de cadeira de rodas, possuindo dois elevadores entre pisos. Tem material de ajudas técnicas adaptado aos utentes e variados produtos de apoio que permitem melhorar a sua autonomia e funcionalidade, bem como prevenir complicações decorrentes da sua patologia (talas, meias de contenção elástica, canadianas, andarilhos, bengala, copos apropriados à disfagia, cadeira de rodas), bem como dispõe na sala de estar de vários jogos e materiais de estimulação cognitiva, da práxis, da linguagem e também estimulação auditiva (música).

3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Para o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e para o incremento do tema proposto, tendo em consideração os descritores de Dublin, tal como referido na introdução, defini como objetivos gerais: desenvolver competências comuns do EE na área da responsabilidade, melhoria da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e suas respetivas unidades de competências propus-me a ser capaz de desenvolver uma prática profissional, ética e legal, garantido o respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais.

Neste âmbito, realizei em ambos os EC, uma entrevista inicial sobre a caracterização dos serviços (com o respetivo EEER orientador). Embora na ECCI fosse possível realizá-la na fase de preparação do projeto de estágio, na UMDR (segundo EC) só foi possível a entrevista no início do mesmo, depois de confirmado o local, que teve que ser alterado. Desta entrevista, resultou a breve caracterização já descrita no capítulo 2 deste relatório.

Em ambos os EC, a integração em unidade pertencente à RNCCI foi célere, atendendo que exerço funções numa ECCI e conheço bem a estrutura da RNCCI, unidades que a constituem e as diferentes tipologias de cuidados, bem como o sistema de informação da plataforma GESTCARE.

Em relação aos outros sistemas de informação utilizados, na ECCI, o SClínico é também utilizado no meu registo de prestação de cuidados de enfermagem, mas desenvolvi a especificidade da importância de “documentar o processo de tomada de decisão (...) em relação à produção e gestão da informação que influenciam direta e indiretamente a qualidade e os resultados dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação”, bem como viabilizar “a promoção de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados pelo EEER” (OE, 2018, p.2). A aprendizagem decorrida na correta parametrização dos focos de atenção e diagnósticos de enfermagem relativos à Enfermagem de Reabilitação, irá traduzir-se certamente em indicadores que evidenciem os padrões de qualidade da minha futura intervenção com EEER, quer perante a pessoa que cuido, quer no foco do prestador de cuidados - CI.

Na UMDR, o sistema de informação de enfermagem utilizado (MedicineOne) era-me desconhecido, mas em termos de estrutura, evidencio que possibilita a inserção e visualização dos dados introduzidos, desde os sinais vitais aos resultados das escalas aplicadas, a todos os enfermeiros de forma mais clara e simplificada. Foi possível aceder a vários manuais, planos de ação, normas, protocolos, instrumentos de registo e avaliação, bem como aceder aos processos dos utentes das respetivas unidades e a consulta dos mesmos permitiu uma melhor integração nos EC e nos devidos procedimentos existentes.

Na ECCI, foi possível participar em reuniões de equipa multidisciplinar, onde decorre a apresentação dos utentes à equipa (pelo gestor de caso) para discussão dos casos (problemas existentes, evolução, definição de estratégias de intervenção e prioridades futura, programa de reabilitação/intervenção envolvendo o utente e cuidador nos objetivos, bem como articulação para a continuidade de cuidados ou alta), bem como em pequenas reuniões informais para passagem de continuidade de cuidados sobre determinada situação do plano de intervenção delineado, atingido ou a atingir.

Na ECCI, fui a responsável pela transmissão da informação dos utentes, como gestora de caso em conjunto com o EEER orientador, valorizando algumas características de personalidade da pessoa cuidada e situações familiares passíveis de conflitos, como forma de informação à equipa, para melhorar possíveis abordagens na readaptação do utente e transição do papel do seu cuidador.

Na UMDR, participei nas reuniões informais para assegurar a continuidade de cuidados dos utentes que era responsável, transmitindo informações personalizadas sobre a evolução dos mesmos e até de certos fatores de risco, por exemplo, o facto de informar aos enfermeiros e assistentes operacionais, que era preciso guardar o íman que desbloqueava a contenção do senhor Elísio (nome fictício) na cama durante a noite, atendendo a que o mesmo já sabia onde estava (dentro da mesa de cabeceira) e se desmobilizava sozinho, como pude observar, podendo vir a sofrer de queda.

Como exemplo do respeito pela privacidade das situações que se tem conhecimento nestas reuniões, relato a situação vivenciada com o mesmo senhor, a quem faleceu a esposa durante o seu internamento hospitalar por Acidente Vascular Cerebral (AVC) de outubro a janeiro, mas o mesmo não tem conhecimento desta situação. Na admissão a esta UMDR em Janeiro, o filho pediu ajuda à psicóloga para informar o pai do sucedido, mas face à presença de alteração da memória no

Senhor E., apesar de lhe dar a notícia ele não a entendeu, pelo que se decidiu em conjunto com o filho, esperar que consiga melhorar um pouco a sua cognição para voltar a informar da notícia. Esta situação teve que ser exposta em equipa para todos tenham conhecimento, de forma a não abordar esta informação com o senhor e respeitarmos a vontade do filho, de acordo com o definido.

Na minha prestação dos cuidados respeitei sempre os princípios éticos e deontológicos, tal como descritos na deontologia profissional (Lei n.º 156/2015), na medida em que a privacidade ao realizar determinados procedimentos ou exercícios fosse preservada perante a pessoa e a nossa presença. Respeitei sempre a pessoa nas suas escolhas e decisões, dando “atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família” (p. 8104), bem como forneci a devida informação do que iria realizar (para conseguir o seu consentimento, participação e colaboração), de forma a “contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (p. 8104), humanizando os cuidados de enfermagem que prestei.

No domicílio dos utentes a presença do enfermeiro por casa “alheia”, faz sentir a pressão de um espaço que nos invade com todo o contexto pessoal e privado do utente, cuidador e restante família. Contudo, o respeito por esse espaço assumido com pilar na prática do EEER, faz da minha intervenção uma forma de ajuda na promoção de uma nova adaptação à sua nova condição perante o seu espaço pessoal.

É igualmente importante na promoção da transição do papel do cuidador perante a situação de alteração de mobilidade e respetiva dependência de quem cuida, consciencializar a necessidade de decisão de certas mudanças ou alterações necessárias para uma melhor readaptação da funcionalidade e prestação de cuidados (ex.: demonstrar que mudar/alterar a localização de certas mobílias - roupeiro, como foi sugerido numa das visitas domiciliárias (VD), poderá permitir melhorar a mobilidade de ambos ou facilitar a circulação, evitando situações de risco ou complicações).

Em relação à realização de colheita de dados, quer aquando da admissão de um novo utente na ECCL, quer quando colhidos dados ainda necessários para melhorar a informação completa da história de saúde de utentes já acompanhados, certas questões fundamentais como as expectativas do mesmo e do cuidador, os seus objetivos, as suas escolhas culturais ou espirituais foram aceites e valorizadas.

Tentar respeitar as rotinas e hábitos da pessoa e seu cuidador, não é tarefa fácil sobretudo quando, por exemplo, numa manhã, os utentes que iremos realizar

VD preferiam ser visitados todos de manhã bem cedo e as distâncias geográficas da área de influência limitam o tempo da intervenção, bem como as possibilidades de VD. Conjuguar a intervenção com as ajudantes do apoio domiciliário e algumas rotinas dos cuidadores, tornam-se verdadeiros desafios, que apesar de presentes e transmitidos no acolhimento são frequentemente motivo de telefonemas e preocupação “por o enfermeiro ainda não ter chegado...” e consequentemente otimização na gestão de conflitos, sempre que possível, sem nunca emitir juízos de valor ou julgamentos, apenas esclarecimento sobre a dificuldade de conseguir corresponder às preferências.

Obter o consentimento do utente perante a colheita de dados (mesmo que seja a de avaliação inicial) ou algum procedimento/exercício permite também envolvê-lo na participação e colaboração do mesmo, de forma mais consciente e orientada perante o seu plano de intervenção. Contudo, por exemplo, no início de acompanhamento de um utente na ECCI, este recusava todos os exercícios terapêuticos que fossem realizados fora do leito, tendo que ser aceite esta decisão, pelo direito à escolha e respeito. Mantendo alguma persistência no fornecimento da informação dos ganhos e benefícios que teria em se levantar e iniciar treino de equilíbrio e marcha, só ao fim de um mês aceitou realizá-los.

Exponho também que na respetiva colheita ou solicitação de dados, nos registos de enfermagem em sistemas de informação, na realização dos estudos de caso, bem como nos nomes dos utentes utilizados na redação deste relatório, tal como preconizado no Código Deontológico do Enfermeiro “é função do profissional de enfermagem garantir o direito à intimidade dos clientes, pelo que foi garantido o anonimato” (Lei n.º 156/2015, artigo 106º, p.8103), mantendo a privacidade e confidencialidade dos dados e sigilo profissional.

No início do EC, após a primeira abordagem com os utentes e colhidos os dados, analisei os seus respetivos planos de cuidados e objetivos existentes, começando a definir possíveis atividades que conseguissem dar resposta aos mesmos, de acordo com a informação que realizava em conjunto com o enfermeiro orientador. A partir da terceira semana, assumi a responsabilidade de gestora de caso dos novos utentes a entrar na ECCI e dos anteriormente acompanhados pelo enfermeiro orientador, num total de sete utentes no final do EC, sempre com supervisão, conseguindo maior autonomia e capacidade no processo de tomada de decisão na definição do programa de intervenção dos mesmos e respetivos planos de cuidados.

Perante o enfermeiro orientador, manifestei iniciativas de autonomia e estratégias para apreciação e tomada de decisão, por exemplo, em situação de comprometimento da adesão terapêutica, apesar da informação oral, a sugestão de deixarmos sempre algo escrito, com as últimas recomendações realizadas, (por exemplo em relação a eliminação intestinal e respetiva recomendação terapêutica necessária para prevenir quadros de obstipação a um utente), quando verifiquei dificuldade na capacidade de retenção da informação, por parte da cuidadora. Desta forma, permitiu-se ao cuidador e à restante família (netos) que a apoiam nessa tarefa, ir confirmar o que está escrito e relembrar a terapêutica a realizar conforme últimas indicações recomendadas.

A autonomia e iniciativa na apreciação da situação comprometida, sustentando o saber técnico científico, com estratégias comunicacionais mais adequadas para a compreensão e em relação de parceria com o utente e seu cuidador, envolvendo a restante família pode ser fundamental para melhorar a prática dos cuidados e melhorar problemas identificados e papel de transição do cuidador, suportado por apoio, como referi no pequeno exemplo anterior.

No âmbito do domínio da melhoria contínua da qualidade, e suas respetivas unidades de competência, propus-me a promover um ambiente terapêutico e seguro à pessoa e ao cuidador nos diferentes locais de ensino clínico.

Ambos os locais de EC possuíam guia de acolhimento e questionário de satisfação à alta, entregue à pessoa e seu CI ou familiar de referência, sem dúvida, dois importantes instrumentos de boas práticas na melhoria contínua da qualidade. A entrega do guia de acolhimento, na admissão dos utentes facilitou o processo de acolhimento e integração, com informações gerais sobre a respetiva equipa/unidade (missão, objetivos, constituição/organização, horários de funcionamento, contactos, entre outros). O questionário de satisfação entregue na alta, permitiu analisar a opinião em termos de satisfação do acompanhamento da equipa/unidade e identificar falhas e/ou oportunidades de melhoria, quando analisado depois pela equipa/unidade. No caso da ECCI, as maiores insatisfações em dois questionários que se obtiveram, relatavam o tempo de espera para admissão na equipa.

A entrevista inicial com o enfermeiro EER orientador acerca dos projetos existentes (alguns suspensos face à situação de pandemia) e a sinergia conjunta em iniciar um desenvolvimento de um projeto já há muito para arrancar, na esfera do apoio ao cuidador, veio reforçar a minha motivação em inovar ideias que nestes

tempos, me fizeram “sair da caixa” para conseguir pensar em formas de dinamizar e chegar aos cuidadores, para que se consiga minimizar o isolamento dos que cuidam. Junto-lhes a reflexão da minha prática de cuidados, em que muitas vezes me relatam o esquecimento deles próprios em função dos que cuidam, mesmo em tempos anteriores ao confinamento atual.

O decidir avançar com o Projeto “Capacitar para Cuidar” na ECCI, com uma estrutura planeada com objetivos a iniciar com a realização de sessões mensais para grupos de cuidadores (através de convite – Apêndice I) que permitissem a aquisição de competências, a partilha de experiências, a expressão dos sentimentos e no futuro de alguns momentos de lazer e de cuidar de si próprio, foi um desafio felizmente que avançou, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados pela ECCI, com o meu contributo junto da restante equipa.

Outras ideias inovadoras para além do uso das novas tecnologias através de plataforma de videoconferência, para as formações e aproximação da equipa com os cuidadores, passaram por criar para além dos folhetos já existentes na ECCI, outros folhetos de suporte face às necessidades de informação que servissem de apoio aos ensinamentos realizados no domicílio.

Para além deste suporte escrito e a informação oral individualizada fornecida, com base no que caracteriza a pirâmide de aprendizagem de William Glasser ou o cone da aprendizagem de Edgar Dale (Silva & Muzardo, 2018) em que se verifica uma maior percentagem de aprendizagem pelos outros, através da conjugação da informação visual e áudio, avançou-se com a ideia de fazer criar instrumentos audiovisuais informais, que suportassem os ensinamentos recomendados e os folhetos entregues como forma de poderem rever sempre que ocorram dúvidas ou em caso de iniciação desses mesmos cuidados, quer nas maiores necessidades referidas pelos CI em utentes acamados (posicionamentos e mudança da roupa e fralda na cama), quer em vídeos que possibilitassem a aumento da realização dos exercícios terapêuticos em outros momentos do seu dia a dia, ou nos dias que não realizamos VD, de acordo com as necessidades identificadas neste contexto clínico.

Neste sentido, de acordo com as principais necessidades foram realizados 6 folhetos informativos, 6 vídeos complementares de apoio ao cuidador e 2 temas de sessões de educação para a saúde, nomeadamente:

- Folheto de apoio ao cuidador na atuação face a acidentes domésticos (Apêndice II);

- Folheto de apoio ao cuidador na prevenção de feridas /ulceras por pressão (Apêndice III);

- Folheto de apoio ao cuidador na realização de movimentos e posicionamentos na cama (Apêndice IV);

- Folheto de apoio ao cuidador de familiar com alterações da mobilidade do foro neurológico na realização de posicionamentos na cama (Apêndice V);

- Folheto de apoio ao cuidador na mudança de roupa e fralda na cama (Apêndice VI);

- Folheto de apoio ao cuidador na prevenção de quedas (Apêndice VII);

- Vídeo de apoio ao cuidador na realização de movimentos e posicionamentos na cama;

- Vídeo de apoio ao cuidador na mudança de roupa e fralda na cama;

- Vídeo de apoio ao cuidador nos exercícios de reeducação funcional respiratória;

- Vídeo de apoio ao cuidador na mobilização articular do doente com doença osteoarticular;

- Vídeo de apoio ao cuidador de familiar com alterações de mobilidade do foro neurológico na realização de exercícios de mobilização articular;

- Vídeo de apoio à pessoa e cuidador de familiar com paralisia facial na realização de exercícios da face;

- Sessão sobre mecânica corporal (postura, equilíbrio e alinhamento corporal) (Apêndice VIII);

- Sessão sobre acidentes domésticos (feridas, hematomas/equimoses, fratura, entorse, traumatismos, intoxicações e queimaduras) (Apêndice IX).

Todos os vídeos estão disponíveis em link que vem mencionado nas referências bibliográficas. Para a realização e divulgação destes vídeos, foi devidamente elaborado um consentimento informado que permitisse a utilização das imagens dos vídeos realizados e a sua possível recusa, quando manifestada, permitindo e salvaguardando a autorização expressa da pessoa e seu cuidador na divulgação das imagens para os próprios (reforço dos ensinamentos) e para outros cuidadores com as mesmas necessidades, bem como para futuros trabalhos de investigação da aluna e da ECCI (Apêndice X).

Ainda no domínio da melhoria contínua da qualidade e da promoção de ambiente terapêutico e seguro, na ECCI, relativamente à avaliação dos fatores de risco, da pessoa e seu cuidador, foram aplicadas várias escalas de avaliação, mas

no que respeita à avaliação da escala de sobrecarga do cuidador (ESC), que consta no sistema de informação SClínico, na avaliação do foco stress do cuidador, verifiquei que a mesma era avaliada e inserida no processo clínico do utente, embora com base empírica sobre o que os enfermeiros consideravam como sentido pelo cuidador, podendo não representar o real sentimento.

Desta forma, senti necessidade de colaborar na realização de um documento em suporte de papel, para que a equipa de enfermagem pudesse fornecer ao cuidador e esclarecendo-o do objetivo dessa avaliação, que fosse sincero nas suas respostas (Apêndice XI). Com efeito, na aplicação inicial de 5 escalas (em que já tinha sido introduzido o valor empírico da avaliação do enfermeiro), em todas validámos as diferenças em relação ao que tinha sido percecionado pelo enfermeiro e a sua real aplicação em relação ao respetivo cuidador, salientando a importância da aproximação do cuidador através do fato de que se quer entender o seu nível de sobrecarga nos cuidados.

Através da aplicação de escalas (funcionalidade, AVD, quedas, úlceras, consciência, entre outras) e da colheita de dados, foi realizada a identificação de fatores de risco sobretudo relacionados com alterações de padrões de alimentação, eliminação, mobilidade, integridade cutânea, gestão terapêutica, desconhecimento da adequada prestação de cuidados para evitar complicações (por exemplo, evitar posição que favoreçam espasticidade em utentes com doença do foro neurológico ou evitar o alternar posicionamentos na cama para o seu familiar não ter dores), bem como os relacionados com o ambiente domiciliário e barreiras arquitetónicas, havendo necessidade de realizar com utentes e seus cuidadores, ensinamentos sobre prevenção de acidentes/quedas, feridas /úlceras por pressão (UP), descontrolo sintomático, consumos nocivos, entre outros.

Na UMDR, não foi possível realizar nenhum documento ou formação (que estão suspensas) que fosse passível de necessidade. Em relação ao tema do meu projeto, devido à situação pandémica, a intervenção com os cuidadores teve grandes restrições, apenas me sendo possível um contacto único com um cuidador de cada um dos três utentes que fui responsável. Apesar de únicos, possibilitaram-me uma entrevista informal para colheita de dados sobre os utentes, em termos de história familiar, situações de vida e validação de memórias e acontecimentos que por vezes relatavam. Em todos eles, a situação de regresso do familiar a casa não se equacionava, relatando problemas de natureza profissional, familiar e social,

estando a prever outras soluções como outras unidades ou lares, face à situação de dependência ou necessidade mais permanente de supervisão.

Neste domínio, foi também essencial aumentar competências relacionadas com a aplicação dos princípios de ergonomia. Na ECCI, foram realizadas quer individualmente perante a pessoa e seu CI, quer através da realização de duas sessões relacionadas com a mecânica corporal e exercícios de reforço muscular e de relaxamento à pessoa e cuidador para melhorar a postura corporal e minimizar/evitar lesões músculo-esqueléticas, aumentando a eficácia do sistema músculo-esquelético, sugerindo e demonstrando comportamentos para melhorar equilíbrio e postura, atendendo aos princípios do alinhamento corporal.

Na UMDR, a aplicação destes princípios tiveram sobretudo evidência no treino individual com a pessoa ou pontualmente com as assistentes operacionais nas transferências e mobilizações dos utentes.

Relativamente à importância da espiritualidade e hábitos culturais, quer em contexto da ECCI ou na UMDR, sobretudo em utentes e famílias com afinidade religiosa, evidencio que em certas situações, relacionam as suas questões de fé com a possibilidade de melhoria da situação de doença da pessoa. Esta foi devidamente respeitada, mas reforçada a ideia que também só será possível obter ganhos ou melhorias com o empenho e motivação da pessoa e seu cuidador em relação ao défice do autocuidado e promoção da autonomia na sua recuperação. Na UMDR, partilho o exemplo em que foi necessário organizar a intervenção a uma utente, no treino dos autocuidados necessários (higiene e vestuário), para se conseguir realizar o treino de marcha no percurso até à capela para ir assistir à missa, como era do seu gosto.

No domínio da gestão dos cuidados das competências comuns do EE e suas respetivas unidades de competência, pretendi desenvolver competências de gestão de cuidados de enfermagem de reabilitação, com a colaboração do enfermeiro orientador, permitindo uma melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Ao longo do EC, na ECCI, quer com os utentes já anteriormente acompanhados ou com os que iniciei, foram tidas em consideração todas as necessidades compreendidas e identificadas, sendo as mesmas predominantemente relacionadas com fatores de cariz social ou psicológico. Ocorreu assim a necessidade de esclarecimento de direitos (exemplo: atestado médico de

incapacidade multiuso ou subsídio de assistência por terceira pessoa) e agilização da aquisição de produtos de apoio (exemplo: andador, cadeira de rodas) através do encaminhamento para a assistente social e nas situações avaliadas de tristeza/ansiedade do utente ou de sobrecarga ligeira a elevada do cuidador informal, o consentimento para encaminhamento para apoio psicológico.

Em ambos os EC, foi necessária a articulação com outros profissionais da equipa e com o respetivo médico para aferição de terapêutica ou avaliação de quadro clínico alterado. Na ECCL, realizei vários contactos com profissionais externos, nomeadamente enfermeiros da equipa de gestão de altas dos hospitais de referência e médicos das várias consultas de especialidade hospitalar (ortopedia, medicina paliativa, cirurgia vascular, neurologista) para continuidade de cuidados e/ou troca de informação clínica. Relativamente a altas de utentes da ECCL, foi também realizada a articulação por telefone e mail para a sua respetiva unidade funcional (médico e enfermeiro de família) para a continuidade de cuidados - manutenção da vigilância de saúde ou continuidade de tratamentos de menor complexidade ou periodicidade (por exemplo, tratamento de feridas uma a duas vezes por semana).

Na UMDR, também foi fundamental recorrer pessoalmente à discussão e organização do plano de intervenção perante os utentes à minha responsabilidade, no sentido de procurar o contributo de toda a equipa para delinear estratégias e mobilizar recursos para otimizar a intervenção da equipa nos cuidados e a consecução do plano individual de intervenção.

De acordo com Menoita, Sousa, Alvo & Marques-Vieira (2012), todos os profissionais membros da equipa “devem primar pela cooperação, inter-relação, empenho, sinergismo de esforços para atingir o mesmo objetivo: a maximização da autonomia com ganhos de funcionalidade e de bem estar” (p. 196). Neste sentido, na UMDR tive a oportunidade de articular intervenções conjuntas para uma melhor recuperação da autonomia com a fisioterapeuta, com a terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, assistente social e psicóloga, sobretudo na ausência de reuniões de equipa, desde a gestão dos horários das intervenções, ao reforço de, por exemplo, a terapeuta ocupacional trabalhar a cognição da organização do esquema corporal, para que no treino de autocuidado higiene, o utente conseguir esquematizar e recordar-se do engrama correto dos cuidados de higiene, para além da minha orientação verbal.

Quanto à organização do trabalho de equipa, no decurso do EC na ECCI, a reorganização do trabalho foi uma constante, face à afetação de uma EEER ao hospital de campanha e sua ausência da ECCI, à ausência de outra colega por necessidade de isolamento profilático por contato de risco, ao recrutamento de dias em que dois elementos tinham que ir realizar campanhas de vacinação “Covid” a instituições da comunidade. Tive assim diariamente a oportunidade de colaborar com o enfermeiro orientador na gestão e organização das VD, bem como do agendamento das mesmas no sistema de informação.

Na UMDR, atendendo que a enfermeira orientadora assumia a substituição da Enfermeira Chefe na sua ausência e pontualmente realizou turnos de manhã sozinha com 15 utentes, pude colaborar com a organização das suas tarefas com todos os outros utentes a seu cargo, bem como na direta prestação de cuidados de enfermagem necessários (alimentação por SNG, gastrostomias percutâneas, administração terapêutica, avaliação dos sinais vitais, glicémias capilares, entre outros).

Em ambos os EC, a minha prestação de cuidados de enfermagem, perante a pessoa (e seu cuidador informal, na ECCI) visou uma orientação e supervisão, perante a necessidade de providenciar segurança e qualidade, quando tinha que delegar noutros enfermeiros a continuidade dos cuidados ou o respetivo plano de intervenção e objetivos delineados, bem como informar das estratégias de motivação implementadas ou a melhorar para a contínua adesão ao plano acordado com a pessoa e seu cuidador, dando sempre abertura a novas opiniões na análise das situações por outros elementos da equipa multidisciplinar.

Foi igualmente importante, na ECCI, envolver todos os elementos da equipa multidisciplinar no avançar do projeto para os cuidadores, para que envolvessem os respetivos cuidadores dos seus utentes na participação do mesmo, porque poderá trazer benefícios nas competências e alívio de sobrecarga dos cuidadores e consequentemente uma melhoria da qualidade de cuidados prestados.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e suas unidades de competência comuns do EE, tive como objetivo fomentar estratégias para o autoconhecimento, que facilitem o relacionamento com a pessoa, cuidador e com a equipa multidisciplinar.

A comunicação tem que ser mais do que intuitiva, tal como nos refere Buckman (2002, p. 672), “apesar do valor clínico dessas habilidades seja conhecido

há muitos anos, tem sido difícil aceitar a ideia de que algo tão supostamente intuitivo quanto a comunicação possa ou deva ser sujeito a aprendizagem e treino”. Ao longo do acompanhamento de determinada pessoa e seu cuidador, a capacidade de identificar o tipo de personalidade que estamos a cuidar, os fatores que podem interferir neste relacionamento, por vezes já intrínsecos na relação anterior que existia antes deste papel entre pessoa cuidada e cuidador é deveras desafiador.

O desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade foram fatores que me fizeram refletir no relacionamento com utentes e cuidadores. Foi necessário analisar com o enfermeiro orientador casos em que a situação de conflitos se tornou mais evidente ou onde a capacidade e conhecimento que avaliamos no outro (utente ou cuidador) está diminuída /comprometida.

Em termos comunicacionais, as situações mais exigentes focaram-se em situações comportamentais, onde um utente com história antiga de consumos nocivos (álcool) manifestava discurso agressivo perante a esposa (CI) ou reagia com recusa verbal na colaboração dos procedimentos/exercícios; outros exemplos, relacionam-se com conflitos já existentes nos papéis de interação familiar e que por vezes se manifestam como dificultadores para a melhor readaptação da pessoa cuidada que está dependente de outro e na transição positiva do papel do cuidador.

O diagnóstico de demência, que outro utente apresentou com manifestação de períodos de não reconhecimento da cuidadora (agnosia) e presença de alucinações visuais, permitiu episódios de reflexão onde no momento e nas VD seguintes, a intervenção com o mesmo e sua cuidadora esteve baseada em estratégias adaptativas que reduzissem as complicações quer para o utente, quer para a cuidadora em termos de segurança.

A insegurança e grande diminuição visual de outra utente fazia-a reagir com episódios de negação a qualquer abordagem, utilizando um discurso hiperfónico. Em termos comunicacionais, o manter do meu discurso em tom calmo e o constante acompanhamento nas suas tarefas, evidenciaram um ganho de confiança e maior adesão no treino da deambulação por exemplo, com o avançar dos dias, reagindo de forma mais calma e colaborante.

O aprofundar de conhecimentos em termos comunicacionais e comportamentais, com base em evidência científica ajudou-me a consolidar informação e estratégias para melhorar a relação com estes utentes e com estes tipos de situações, que frequentemente acontecem na prática de cuidados, favorecendo também a transmissão de conteúdos ao cuidador de como reagir, como

lidar com ou criando momentos em que se consiga minimizar o confronto com o utente em crise/conflito.

Em termos de postura, saliento que de acordo com o feedback dos enfermeiros orientadores consegui em ambos os ensinamentos clínicos promover adequada comunicação assertiva, facilitadora em casos de conflitos, quer com o utente da ECCI ou da UMDR, conseguindo também na ECCI capacitar o cuidador para a minimização de complicações, por vezes desviando o foco do conflito para outro lado, sobretudo em casos de tendência de agressividade dos utentes.

Importa referir que estes tempos pandémicos e o uso constante de máscara, infelizmente vieram trazer um distanciamento em termos de comunicação, sobretudo verbal e não verbal, a ausência de sorrisos e expressões faciais visualizadas pelo utente e cuidador ocultam as verdadeiras emoções e despromovem uma maior interação relacional no nosso papel de enfermeiros. Também o evitar do toque “carinhoso”, a ausência de poder dar um abraço, o evitar de certas manifestações de afetos entre familiares, de forma a evitar a transmissão do vírus Sars-CoV2, vem evidenciar alterações no papel afetivo no cuidar do outro e nos relacionamentos.

Nesta fase, mais do que nunca, o nosso foco de intervenção tem que incidir na comunicação, na importância de continuarmos a manifestarmos os sentimentos, mesmo que ocultos por máscaras, na validação destes com o utente e com o cuidador, a importância de questionar “está zangado, triste, ...?” mesmo com a ausência da comunicação não verbal que por vezes nos permite certos instintos profissionais. Também na capacitação do cuidador, temos que informar que mantendo cuidados (lavagem das mãos frequentemente e o uso de máscara), bem como usar as novas tecnologias se poderá manter ligações e afetos familiares, evitando o isolamento social, potenciado pelo confinamento.

4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Em relação à intervenção do EEER no domínio das suas competências específicas defini como objetivos:

- Incrementar competências de intervenção do EEER na manutenção das capacidades funcionais da pessoa, prevenindo complicações, readaptando e melhorando o seu autocuidado através da educação do próprio e do cuidador, quando dependente de outros (défice de autocuidado);
- Elaborar e implementar plano de intervenção individualizado à pessoa, com vista à maximização da funcionalidade e autonomia no autocuidado, envolvendo o cuidador, em qualquer contexto; e
- Capacitar a pessoa e cuidador em programas de treino de AVD, exercícios terapêuticos e de posicionamento, com o propósito de promover capacidades adaptativas nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.

Todos estes objetivos aplicados nos dois EC foram norteados pelo desenvolvimento das três unidades de competências do EEER, nomeadamente o cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; o capacitar a pessoa com limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e o maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento n.º 392/2019. 2019), cuja análise reflexiva das atividades é seguidamente explanada.

Tal como já referi, a primeira colheita de dados de avaliação inicial a um utente apenas foi possível na terceira semana, com a admissão de um utente pela primeira vez na ECCI. Foi desta forma realizada uma história clínica completa, guiada através do respetivo instrumento de admissão à ECCI que de forma completa consiste em diversos parâmetros biofísicos, antecedentes pessoais e familiares, alergias, consumo de substâncias, a identificação dos recursos familiares e da comunidade que prestam apoio, a aplicação de escalas de Glasgow, Barthel, Braden, Morse, TNF. São avaliadas também as funções em termos dos padrões de alimentação (nº refeições, tipo dieta), eliminação (características e frequência), sono/repouso, mobilização (com ou sem uso de produtos de apoio), força muscular (MRC) e tónus muscular (Ashworth modificada, dispneia (Borg e MRC), equilíbrio,

integridade cutânea e queixas emocionais. É validada a terapêutica instituída e a ser cumprida, bem como a necessidade de vigilância de sinais vitais. São também otimizados os cuidados na manutenção de dispositivos médicos.

Em ambos os contextos de EC, de acordo com a história clínica da pessoa, foi aplicado outro tipo de escalas, como por exemplo, em relação à avaliação cognitiva, a aplicação do Mini Mental State Examination.

Na UMDR, a possibilidade de realizar uma colheita de dados a um utente iniciou-se logo no terceiro dia, onde para além da história clínica e das escalas fundamentais que fazem parte dos registos de admissão, semelhantes às descritas na ECCI, inclui-se a MIF (que faz parte inerente dos sistemas de informação de enfermagem) e realiza-se uma avaliação neurológica, sobretudo para avaliar défices e definir objetivos de intervenção, porque afinal “uma correta neuroavaliação das alterações ou potenciais alterações do estado neurológico pode ser a chave do sucesso da Reabilitação” (Menoita et al., 2012, p. 40), sobretudo em utentes com doença do foro neurológico.

Outro aspeto que já descrevi anteriormente e considerei importante na admissão e colheita de dados, realizada em ambos os locais de EC é a entrega do guia de acolhimento com respetivas orientações dos contatos, horários, visitas e missões (da unidade/equipa). Constatei também que em ambos os locais de EC eram validadas as expectativas da pessoa e seu cuidador em relação aos objetivos do acompanhamento. Considero assim importante que a abordagem do utente, no(s) primeiro(s) contacto(s) deve englobar o seu envolvimento no programa de intervenção que é sugerido, com objetivos definidos em conjunto com o mesmo e seu cuidador.

A identificação das necessidades decorre da aplicação das escalas, do grau de dependência, da identificação de funções alteradas, criando prioridades de forma a otimizar e/ou reeducar a função alterada da pessoa a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização de AVD (Regulamento n.º 392/2019. 2019).

Ao longo do EC, a discussão e orientação com os enfermeiros orientadores na criação de esquemas estruturados de plano de cuidados, com base nas necessidades identificadas e a determinados objetivos definidos foram um passo importante para conseguir desenvolver competências no meu processo de tomada de decisão, na construção do programa de intervenção ajustado e personalizado à pessoa e seu cuidador, de acordo com o seu défice de autocuidado.

Para além de todos os objetivos de intervenção na esfera de cuidados de enfermagem de reabilitação, a satisfação de todas as necessidades humanas básicas e um bom funcionamento das funções do organismo são essenciais para o posterior êxito na sua colaboração no treino motor e funcional. Não se consegue trabalhar com um utente com dor, obstipado, com dispneia grave, com tonturas, é preciso estar atento a todas as condições que devem ser otimizadas para que em ambiente terapêutico, se consiga avançar para exercícios de fortalecimento muscular, reeducação funcional respiratória, treino de marcha, entre outros.

Depois de identificar os problemas alvos de foco de atenção de enfermagem, foi preciso efetuar o levantamento dos respetivos diagnósticos de enfermagem, que na ECCI é realizado no sistema de informação SClinico, em linguagem CIPE, e na UMDR, é através do MedicineOne, em ambos se deve demonstrar o recomendado no padrão documental dos cuidados do EEER.

Em ambos os EC, coincidentemente acabei com três utentes admitidos, como responsável na “gestão de caso”, elaborando e implementando planos de intervenção específicos de forma a otimizar e/ou reeducar as funções, que foram supervisionados pelos enfermeiros orientadores.

Em cada EC, realizei um estudo de caso de um destes utentes (Apêndice XII e Apêndice XIII), e atendendo a que o estudo de caso contribui “...para a melhoria das práticas assistenciais ao investigar os cuidados de enfermagem sob a ótica dos (...) profissionais” (Andrade, Ruoff, & Piccoli, 2017, p. 8), tive a oportunidade de no caso da utente da ECCI, poder partilhá-lo em grupo de turma online, o que possibilitou conhecer outras situações de utentes nos vários contextos dos ensinamentos clínicos e acrescentar conhecimento com a discussão do mesmo.

Ao colocá-los neste relatório, espero explanar de forma mais profunda e específica a apreciação das situações clínicas, a avaliação realizada, as intervenções dirigidas aos diagnósticos de enfermagem, bem como os resultados do acompanhamento realizado, com evidência de melhorias na autonomia e funcionalidade dos mesmos. A diferença das duas situações incidiu sobretudo no facto do caso da utente da ECCI englobar o CI, enquanto que no estudo de caso da UMDR, a intervenção foi somente com o utente, apesar de conseguido algumas informações fundamentais junto do filho do mesmo.

Evidencio de forma breve, a primeira situação, a senhora Rosa com um diagnóstico de AVC hemorrágico (hematoma talâmico esquerdo com rotura para sistema ventricular sem hidrocefalia) à esquerda ocorrido nos 6 meses anteriores,

cuja única expectativa no momento do início do acompanhamento, era sobretudo conseguir andar para voltar a ir ao café com o esposo, a algumas dezenas de metros na sua rua.

A utente apresentava uma hemiparésia do hemicorpo direito com força muscular (MRC) de grau 4 (proximal) e grau 2 (distal) no membro superior e inferior; Escala de Ashworth modificada de 1 (proximal) a 2 (distal) no hemicorpo à direita; escala de Glasgow – 15, Mini Mental State Examination – 26 (sem défice cognitivo), escala de Borg modificada – 0 (sem dispneia), escala de Barthel - dependência severa (55/100), MIF - incapacidade moderada (70), TNF - muita dificuldade (3), escala de Morse – médio risco (50), Índice de Tinetti 14/28 (Alto Risco de Queda), Escala de Braden - baixo risco (16), Marcha Hemiparética, Sensibilidade tátil, dolorosa e térmica e profunda à pressão diminuída no hemicorpo à direita.

De acordo com o descrito nas intervenções do plano de cuidados, foram efetuados programas de treino das AVD (sobretudo no vestuário, como desejava, conseguindo vestir parte superior e inferior sozinha), exercícios de fortalecimento muscular e mobilização articular (com mobilizações passivas, ativas-assistidas e resistidas com pesos de 0,5 a 1 quilograma, automobilizações dos membros, ciclómetro), contrariando o padrão anti-espástico, potenciando a facilitação cruzada (mesa de cabeceira e de apoio do lado afetado), o treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé (musculatura do core, ponte com e sem oscilação pélvica, rolamento, prancha, apoio unipodal, apoio bipodal, exercícios vestibulares). Foi também estimulado sensorialmente o hemicorpo afetado (com escova, bola de bicos silicone, materiais de várias texturas, toque, massagem), realizados exercícios de motricidade fina da mão direita (exercícios de empilhamento de dados, pinça com molas, escrita), treino de marcha (com quadripé e apoio unilateral, incluindo o subir e descer escadas - com e sem corrimão) e treino propriocetivo no domicílio e na rua (Menoita et al., 2012).

Ao fim de quase três meses de acompanhamento com possibilidade de 2 a 3 VD por semana, conforme descrito no campo da avaliação do plano de cuidados da referida utente (Apêndice XII) conseguiu-se através das escalas verificar melhorias da autonomia e funcionalidade (força muscular MRC de grau 2 para grau 3 - distal no membro superior e inferior no hemicorpo à direita; Ashworth modificada de grau 2 para grau 1 - distal no hemicorpo à direita), Barthel – dependência severa (55/100) para dependência leve (70/100), MIF – incapacidade moderada (70) para incapacidade leve (81), Índice Tinetti – alto risco (14/28) para risco moderado (19/28)

e recuperação da sensibilidade dolorosa e térmica, mantendo somente hipoestesia diminuída no membro superior direito.

Foi igualmente indispensável a capacitação do CI na continuidade e incentivo destes exercícios à sua esposa, após ter entendido os seus benefícios, preparando-o para as complicações – risco de quedas, feridas, retirando as suas dúvidas (medicação, alimentação), questionando-o sobre as suas necessidades e ajudando-o a procurar estratégias de coping (ir ao café, enquanto as ajudantes de apoio domiciliário vinham realizar a higiene da esposa no polibã; pedir apoio num fim de semana aos filhos para virem ajudar nas tarefas domésticas de limpeza). Foi essencial implicá-lo no treino de marcha na rua, com reforço na forma correta de apoiar a esposa do lado afetado e com o quadripé do outro lado, para conseguirem irem ao café, conforme o desejado.

Foi também tida em consideração a sobrecarga ligeira do CI avaliada na ESC (valor 53) e implementadas estratégias de coping, bem como apoio psicológico, de forma a promover capacidades adaptativas no seu processo de transição (em que se tinha invertido o papel nas tarefas domésticas da casa), conforme me norteou a teoria de Meleis, perante a minha prática de cuidados.

Na situação do estudo de caso do Senhor Elísio, da UMDR, também com um diagnóstico de AVC, de causa isquémica à esquerda ocorrido há cerca de três meses atrás, as expectativas do utente passavam por conseguir recuperar autonomia e “não estar dependente dos outros, bem como conseguir lembrar-se melhor das suas memórias”. Apresentava no início do acompanhamento hemiparésia à direita com diminuição da força muscular de grau 4, sem espasticidade, Glasgow 14, Escala de Barthel com dependência total (15/100), MIF – incapacidade grave – 40, Alimentação por SNG, TNF – 122 - muita dificuldade, Índice de Tinetti – alto risco (14/28), Escala de Morse – alto risco (65), Mini Mental State Examination – 6/30 (défice cognitivo), uma parésia central facial à direita, hemihipoestesia facial direita diminuída nos ramos faciais, alteração da linguagem (alteração na repetição, nomeação, compreensão, apesar de discurso fluente).

Segundo descrito no plano de cuidados especializados de ER do estudo de caso (Apêndice XIII) para os programas de treino de AVD, exercícios terapêuticos e posicionamentos, realizei pesquisa de evidência científica que permitisse o desenvolvimento de conhecimento e contributos de que pudessem ser aplicados no utente, no incentivo da realização dos mesmos e ajuda nos que não a pessoa não conseguisse realizar sozinho, conforme nos norteia a teoria dos sistemas de Orem.

Outra grande aprendizagem e aumento de competências na minha intervenção com este utente foi a sua reeducação da deglutição, com uso da prática baseada na evidência, para avaliar a deglutição (com supervisão da enfermeira orientadora), iniciando-se o treino indireto com saliva (terapia indireta) e só depois de considerado seguro se iniciou com alimentos (terapia direta), de acordo com Braga (2017).

Depois da devida avaliação prévia da deglutição (informação clínica, estado mental, linguagem, postura, capacidade de fazer apneia voluntária, observação de movimento faríngeo no deglutir da saliva, eficácia da tosse, padrão respiratório, reflexos, auscultação cervical, oximetria, avaliação dos pares cranianos) e com todas as condições necessárias proporcionadas (posicionamento sentado a 90°, ambiente tranquilo, equipamento de aspiração, colaboração do senhor Elísio na tarefa a realizar, auscultação pulmonar e cervical, oximetria), realizou-se o teste de deglutição com teste de 5ml água 3x, registando-se deglutição sem dificuldade, sem alterações da voz, sem aumento de saliva e sem tosse involuntária, mas à ingestão de 50ml água, apresentou ligeiro pigarreio no final da ingestão, sugestiva de disfagia para líquidos.

Forneceu-se de seguida água com espessante (consistência de néctar) 5ml 3x não apresentando sinais de disfagia, nem sinais silenciosos de aspiração. Seguiu-se a ingestão de sopa e fruta passada (consistência pastosa), com ajuda total, sem alterações, pelo que foi articulado com nutricionista e terapeuta da fala, o início de dieta de consistência néctar (pastosa na instituição) para a reeducação na deglutição. Apresentou dificuldade com sólidos, não conseguindo ingerir comprimido analgésico no final do almoço, retendo o mesmo na cavidade bucal.

Decidiu-se manter a presença da SNG para reforço da alimentação e hidratação pelos outros elementos de enfermagem, atendendo que de acordo com Braga (2017), a reeducação da deglutição, deverá ser mantida nas competências da enfermeira especialista de ER (e só existe uma na unidade, a EEER orientadora, como referi na descrição do local de estágio).

Para dar continuidade à reeducação da deglutição, foram iniciadas técnicas posturais (flexão cervical), estimulação sensitiva (mudança no sabor, temperatura), exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular (lábios, língua, mandíbula, bochechas), bem como os cuidados transversais (posicionamento antes e depois, ambiente, alimentação no campo visual, higiene oral, utilização de copo

apropriado para disfagia, dar tempo para a alimentação e reforçar a técnica correta da colher na boca no lado são, supervisionando todo o procedimento).

Ao fim de manter duas semanas de ausência de sinais de disfagia/aspiração, conseguindo comer pela própria mão, dieta de consistência pastosa, sob supervisão, decidiu-se retirar a SNG, mantendo-se a vigilância e as condições necessárias para evitar aspiração. No período posterior à remoção da SNG, o utente precisou de orientação verbal para a técnica de deglutição correta, face a tendência em sorver a dieta da colher, em vez de colocar na boca, bem como colocar mais comida, antes de engolir o que possuía na cavidade oral, mas iniciou assim a partir deste momento, a sua alimentação de forma autónoma.

Em termos de paladar, o utente foi igualmente mostrando evidência de distinguir amargo de doce, salgado de insonso, bem como identificação dos sabores, peixe, carne, fruta; bem como da sensação térmica, do frio e quente.

Para melhorar o equilíbrio sentado e ortostático estático e dinâmico diminuído deste utente, foi necessário aumentar a estabilidade do tronco, sendo fundamental realizar exercícios de estabilização do tronco, sendo os principais focados “na inclinação pélvica, exercícios de (...) estabilização e fortalecimento da coluna, de contração abdominal e de ponte, pois promovem a coordenação da posição sentada para a posição ortostática” (Rocha, Bravo, Sousa, Mesquita & Pestana, 2020, p. 7). Nesse sentido, os exercícios implementados na intervenção foram a ponte, a oscilação pélvica (com e sem membros inferiores apoiados), o rolamento, o levante para posição de sentado e ortostática, bem como os exercícios vestibulares, relacionados com a inclinação do tronco, a flexão/extensão, a rotação—ou lateralização da cabeça.

Outro grande objetivo de intervenção relacionado com o seu “desejo de recuperar memórias e conseguir pensar melhor” prendeu-se com a estimulação cognitiva e da linguagem, realizando-se diariamente exercícios de nomeação de objetos ou imagens, repetição, leitura de palavras curtas, complexas, frases, parágrafos e livros; escrita (livre ou cópia); desenho (livre ou pintura) jogos de estimulação cognitiva (dominó, galo, sopa de letras, cubos – reprodução de grafismos visuais, cálculos simples - soma ou diminuição) e jogo de cordas (treino para conseguir atar os seus ténis).

Foi essencial a possibilidade de contactar com o seu filho, numa visita programada na UMDR, de forma a conseguir conhecer melhor a história pessoal e restantes nomes do agregado familiar. Era difícil valorizar o que me relatava do seu

passado e evidenciar as suas memórias, sem conhecer a sua família mais próxima, bem como identificar os nomes dos mesmos. No início do acompanhamento não se recordava dos mesmos quando questionado, apesar de mencionar nomes que não conseguia identificar quem eram, no entanto com estimulação foi conseguindo recordar até o nome dos filhos e dos netos.

No final da intervenção, reaplicando os instrumentos e escalas de avaliação, observou-se que o senhor Elísio melhorou a força muscular, apresentando monoparésia à direita com força muscular de grau 4+ (MRC modificada) e força normal nas outras partes do corpo, Glasgow passou de 14 a 15 (resposta confusa a orientada), Barthel passou de dependência total (15/100) para dependência leve (95/100), na MIF também se alterou a incapacidade grave (40) para leve (106), a TNF – de muita dificuldade (122) para com alguma dificuldade (73), Índice de Tinetti – de alto risco (14/28) passou a risco moderado (23/28), Escala de Morse – de alto risco (65) para médio risco (45), o Mini Mental State Examination (6/30) alterou para ausência de defeito cognitivo (23/30), recuperou a sensibilidade tátil facial e apenas apresenta alteração na nomeação da linguagem, no momento final de acompanhamento.

O treino com o utente proporcionou que executasse as suas AVD (alimentação, higiene, vestuário, eliminação, mobilização), recuperando o engrama do esquema da tarefa a cumprir, e que dia após dia de intervenção, apesar da minha supervisão, conseguisse mais autonomia nas mesmas e cada vez menos orientação verbal para determinado procedimento, sendo fundamental não o substituir, mas esperar que consiga finalizar a tarefa.

Infelizmente, no dia a dia de uma instituição da vertente hospitalar, a falta de recursos humanos e a pressão de cumprir muitas tarefas, impedem frequentemente que se dê o tempo necessário para que o utente possa completar a sua tarefa sozinho, sem pressões, nem distrações. Esta ocorrência, evidenciou-se em dois dias, que a assistente operacional não tinha conhecimento que estaria presente no EC e fez a higiene na cama, apesar do utente já conseguir realizá-lo no duche 75% sem ajuda. A minha reflexão neste sentido, pretende apenas validar que as rotinas potenciadas pela escassez de recursos humanos de uma instituição, muitas vezes, não permitem centrar os cuidados na pessoa, na sua preferência e no tempo necessário para realizar as intervenções de forma mais autónoma.

Claro, que no domicílio, o CI pode nem sempre ter o tempo necessário e poderá querer apressar alguma tarefa, mas penso que os cuidados acabam sempre

por ser mais centrados na pessoa que cuidam, com rotinas diárias que geralmente se adaptam aos dois, consoante a necessidade ou circunstância.

Acompanhei também durante o EC na ECCI, um utente, o senhor Leonel, 81 anos, com diagnóstico de pneumonia pós Sars-Cov2, uma nova realidade de diagnóstico que até ao ano passado, não poderíamos imaginar os danos desta pandemia que trouxe a nível mundial.

Para além da necessidade de colher dados sobre a história clínica, nesta situação específica, a minha pesquisa foi fundamentada em evidência científica e nos instrumentos documentados no Guia Orientador da Boa Prática para a Reabilitação Respiratória (Ordem dos Enfermeiros, 2018), relativamente à avaliação da função respiratória, incidindo no possível processo patológico, abordando os sinais e sintomas: a dispneia, avaliada pela Escala de Borg Modificada (inicialmente com valores em repouso de 3, em esforço de 5); a tosse (ausente no utente), a presença ou ausência de expectoração (presente, mas em pequena quantidade, fluída, mucosa e inodora) e a toracalgia, avaliada pela escala numérica da dor (ausente no utente).

Tal como descrito por Raposo & Sousa (2020), o plano de intervenção incluiu “técnicas como o relaxamento, controlo e dissociação dos tempos respiratórios, posicionamento e posições de descanso, expiração com os lábios semicerrados e respiração abdominodiafragmática” (p. 7), com ênfase na fase inspiratória (atendendo a patologia restritiva que o covid-19 causa). Outra forma de tratamento sugerida, segundo Nascimento, Oliveira & Moreira (2020) consiste em intervenções realizadas “com um dispositivo de resistência (...); exercícios de tosse, (...); alongamento dos músculos respiratórios e exercícios em casa” (p. 621). Com este utente foi possível realizar exercícios com espirómetro de incentivo (volume) fornecido pelo hospital na alta; treino de tosse dirigida (e também huff), exercícios de abertura costal seletiva e global (ativos e ativo-resistidos – com garrafa de água) e foi fornecido folheto dos exercícios de reeducação respiratória realizado, bem como partilhado o vídeo (em que colaborou) para rever os mesmos e repetir pelo menos mais duas vezes ao longo do dia, ou realizar 3 vezes ao dia nos dias em que não realizávamos VD.

Estes procedimentos mostraram eficácia na dispneia e melhoria da ventilação. Verificou-se no espaço de cinco semanas (com VD 3x por semana) ganhos na redução da dispneia (Borg para valores de 0,5 no repouso e 3 no esforço), aumento das oximetrias periféricas de oxigénio (inicialmente com O2 a 2

litros em repouso, 5 litros em esforço) de 94% para 98% (acabando no final do acompanhamento por retirar o O₂ em repouso, após exames e consulta hospitalar da especialidade de pneumologia, ficando só com O₂ a 2 litros no esforço). Ocorreu também redução da tensão muscular, melhoria da força muscular global (com exercícios de fortalecimento muscular e mobilizações ativo-resistidas, ciclômetro), treino de equilíbrio, treino de tolerância ao esforço (higiene, marcha, subir e descer escadas).

Numa situação semelhante, com o senhor Fernando com o mesmo diagnóstico – Pneumonia pós SARS-CoV2, mas com uma auscultação pulmonar de murmúrio vesicular com presença de roncos de localização superior e terço médio bilateralmente e com murmúrio apagado nos 2/3 terços inferiores (bilateralmente), cuja percursão apresentava macicez em ambas as bases pulmonares.

Desta avaliação, houve necessidade de intervir no utente com ciclo ativo das técnicas respiratorias, através das seguintes técnicas: controlo da respiração (respiração abdomino-diafragmática), exercícios de expansão torácica (com ênfase na inspiração) e expiração forçada através da tosse ou huff, iria permitir mobilizar e/ou eliminar secreções. Foram também realizadas manobras acessórias com compressão e vibração (Cordeiro & Menoita, 2012).

Após a sessão foi evidente a mudança na reavaliação da auscultação pulmonar, que apresentava aumento de roncos no tórax superior e terço médio, mas também no 2/3 inferiores onde anteriormente o murmúrio estava diminuído, mostrando prova da mobilizações de secreções com a intervenção realizada. Foi também reforçada ao utente e respetiva CI (esposa) a necessidade e benefícios de incentivar o utente a alternar decúbitos (drenagem postural), a reforçar ingestão hídrica (fluidificação das secreções), a estimular os exercícios de reeducação costal global (com uso de um guarda-chuva) e da tosse dirigida.

Considero que em todas as intervenções aplicadas em utentes (e quando possível nos seus CI), a prática baseada na evidência é uma ferramenta essencial constante no desempenho da aplicação teórico prática e aplicação de novos e comprovados métodos para maiores ganhos de saúde, em termos da intervenção do EEER na pessoa e capacitação do seu cuidador.

No que diz respeito ao ensino, demonstração e treino das técnicas específicas de autocuidado, à personalização das situações em relação às alterações de mobilidade e nível de dependência, envolvi a pessoa e seu cuidador informal, utilizando os métodos da teoria de Orem (2001): executando, substituindo-

a no que não é capaz de fazer; orientando; apoiando física e/ou psicologicamente; mantendo um ambiente que favoreça o seu desenvolvimento; e ensinando.

Neste ponto, também foram vários os instrumentos realizados no ensino clínico da ECCI já descritos anteriormente como suporte a todo o ensino direto com pessoa e seu cuidador, quer os folhetos, quer os vídeos de forma a facilitar a aprendizagem e a ter meios de voltar a recordar a informação fornecida. Para além dos ensinamentos e suas validações, como forma de verificar se o ensinado foi apreendido, adequuei a minha linguagem de forma compreensível para quem cuidei (pessoa e cuidador) como premissa fundamental, não esquecendo a explicação dos benefícios de determinado posicionamento, por exemplo em situações simples, que ocorreram, reforçar que não se deve comer deitado (evitar engasgamento ou a aspiração de conteúdo alimentar) tendo que se adequar o posicionamento, com almofadas, cobertores ou outra estratégia se o utente não se consegue sentar e não tem ainda cama articulada ou como outro exemplo, numa pessoa com dispneia, ensinar a posição de cocheiro para minimizar o esforço respiratório e melhorar esta função.

Tive em conta que a gestão da conservação de energia na realização das AVD e a reeducação no esforço são igualmente intervenções de elevada importância para readaptação e melhoria da promoção do autocuidado da pessoa.

No que diz respeito à utilização dos produtos de apoio, o EEER tem papel fundamental na otimização desta utilização atendendo que são “qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência, especialmente produzido ou disponível que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação” (Decreto-Lei n.º 93/2009, 2009, artigo 4º, p. 2276). É essencial verificar as condições físicas dos mesmos e identificar os fatores de risco perante determinado uso, por exemplo, a utilização de uma canadiana (que em vez de uma borracha de material antiderrapante, apresenta uma borracha de material sintético), ou por exemplo também, a altura incorreta de um quadripé facilmente pode levar a uma queda. É destas pequenas observações que se podem potenciar a minimização de acidentes e prevenção de complicações, facilmente corrigidas se conseguirmos solicitar ajuda e alteração do que é detetado, evitando os fatores de risco, que obrigatoriamente tem que ser corrigidos na nossa intervenção de EEER com a devida explicação deste mesmo risco.

O objetivo de recomendar um produto de apoio a um utente é sobretudo, promover autonomia de forma a readquirir uma nova funcionalidade, seja para se

posicionar corretamente, para dar estabilidade a partes do corpo, para facilitar o movimento com segurança na realização de tarefas, para dispêndio de menos energia, para proporcionar maior conforto ou menos dores. Relato o exemplo vivenciado com um utente da ECCI, com 89 anos (diagnóstico de fratura subcapital do fémur e síndrome demencial) após a abordagem do aconselhamento da aquisição de uma cama articulada à CI, pelo serviço de apoio domiciliário, em que o mesmo conseguia transferir-se sozinho da cama para a cadeira de rodas, mas se a cama adquirida não permitisse a colocação ao nível da cadeira de rodas iria impedir que o mesmo conseguisse continuar esta transferência sozinho e limitaria a funcionalidade já adquirida ao longo da intervenção.

Também no EC na UMDR, a utilização inicial de um andarilho no treino da deambulação de um utente traduziu-se num fator de risco, quando observei que utente não conseguia executar a força necessária para fazer o devido uso do mesmo e a sua correta utilização, potenciando mais desequilíbrio. Foi necessário articular esta informação com a fisioterapeuta que iniciou o treino com o andarilho e em conjunto, reforçou-se o treino de equilíbrio e força e posteriormente recorreu-se ao uso de bengala, apesar de ainda ser necessário, manter supervisão e correção de alguns aspetos corretos na sua utilização.

Na ECCI, a sugestão dos produtos de apoio é realizada pela intervenção do EEER, aquando da primeira VD ou verificada quando já existente no seu domicílio, a articulação para a sua aquisição fica a cargo do cuidador e família ou através da assistente social da ECCI, que articula com instituição que fornece estes produtos, com ou sem necessidade de prescrição (que na ECCI, tem que ser realizada pelo médico através da prescrição eletrónica médica).

A prescrição dos produtos de apoio pelo EEER, apesar de estar esplanada no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ER (Regulamento n.º 350/2015, 2015), ainda não é possível, contudo a sua seleção deve ser competência intrínseca, bem como o desenvolver treino, ensino e supervisão destes produtos de apoio junto do utente e articular com o médico para a sua prescrição, sempre que necessária. No decorrer do EC, perante as situações dos novos utentes, as casas estavam razoavelmente bem adaptadas, sendo somente necessário sugerir barras de apoio na casa de banho e cadeiras ou banco para colocar no polibã.

Na ECCI, também compete ao EEER, aquando da VD, a avaliação das barreiras arquitetónicas, havendo sempre que necessário a informação da

possibilidade de ajuda com outras entidades da comunidade (juntas de freguesia) para adaptação exterior de rampas de acesso à habitação, ou na otimização das próprias barreiras dentro da própria habitação, com possibilidade da família conseguir realizar obras de adaptação para melhorar a funcionalidade da pessoa (por exemplo, foi sugerido tirar porta para permitir melhor acesso à cadeira de rodas e retirar mobília para facilitar a movimentação/levantar da pessoa). Apesar da presença de algumas escadas em certos domicílios e ausência de elevadores, foi possível verificar a existência de corrimão de apoio nas mesmas.

No planeamento da alta, a intervenção tem que ser iniciada o mais precocemente. A ECCI tem um total de vinte utentes, o que implica uma constante mobilização de entradas e saídas dos utentes (de forma a reduzir o tempo de espera de novos utentes), pelo que no espaço de três meses no máximo, se possível deve ser conseguida a recuperação de forma mais intensa e acompanhada a pessoa e seu cuidador. Após a alta, a pessoa é encaminhada para a sua respetiva unidade funcional (por mail e ou telefonema) para manter continuidade de cuidados e sempre que necessário para instituições da comunidade (clínicas de reabilitação, fisioterapia de ambulatório, centros de dia).

A capacitação da pessoa e do seu cuidador informal é iniciada desde muito cedo para se conseguir a parceria de cuidados em termos de recuperação funcional. Ensina-se e estimula-se a pessoa e seu cuidador para que os exercícios realizados, sejam repetidos várias vezes ao dia e não só no único momento da VD. Foi sempre providenciado um plano de exercícios como trabalhos de casa até à próxima visita (exemplo: 10 minutos de ciclómetro com membros superiores e inferiores, exercícios musculares e articulares com pesos, entre outros). Perante a melhoria, a motivação e empenho dos mesmos, também foi reforçado o seu esforço e validadas muitas vezes as novas capacidades funcionais quando alcançadas.

No propósito de evitar frustração, com alguns exercícios que se tornem mais difíceis foram realizadas adaptações de novos exercícios ou estratégias para ultrapassar certas dificuldades, com a pessoa ou com o seu cuidador, por exemplo, em vez de molas pequenas, uso de molas maiores (tipo de cabelo) – treino de motricidade fina).

A aplicação de escalas/instrumentos de avaliação que evidenciam ganhos foram indicadores transmitidos à pessoa e seu cuidador, não em níveis de scores, mas relembrando as limitações da mobilidade no início da intervenção e os ganhos

na autonomia no final, “lembra-se, no início não conseguia equilibrar-se em pé sozinha e agora já consegue”.

Na UMDR, sempre que a alta pode ser realizada para o domicílio inicia-se a sua preparação o mais precoce possível, ocorrendo a articulação entre os profissionais envolvidos com o respetivo utente e seu CI para capacitação dos principais cuidados necessários face à nova situação de saúde, contudo não houve oportunidade de preparar nenhuma alta durante o EC.

5. COMPETÊNCIAS DE INTERVENÇÃO DO EEER NA CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR

No que diz respeito ao desenvolvimento de competências do EEER na capacitação do cuidador informal da pessoa com alteração da mobilidade o meu principal objetivo delineado foi promover estratégias facilitadoras para colmatar as necessidades do cuidador (evitando a sobrecarga), fomentando capacitação na sua prestação de cuidados e melhoria da qualidade de vida.

Todo o suporte da pesquisa realizada para o enquadramento conceptual que fornecesse resposta à questão de investigação que levou à realização deste tema do relatório de estágio permitiu a aquisição de conhecimentos primordiais para conhecer o papel de cuidador informal, da sua representação e caracterização na nossa população, das suas necessidades e como futura EEER, qual a intervenção generalizada e específica das minhas competências na aplicação deste conhecimento para a capacitação do mesmo como parceiro de cuidados.

Para além de todas as intervenções e instrumentos realizados, já descritos nos capítulos anteriores, que se entrecruzam com as competências comuns e específicas do EEER que desenvolvi, para uma melhor aquisição de competências, habilidades e estratégias de coping perante o CI, reforço que a capacitação do CI envolve competências profissionais e pessoais sobretudo na área da comunicação.

A utilização de adequadas técnicas de comunicação deve ser tida em conta, porque comunicar mais não significa comunicar melhor, dessa forma o EEER deve ter sucesso na comunicação que usa na sua prestação de cuidados, para conseguir resultados mais eficazes.

Citando Phaneuf (2005), que refere que a troca de comunicação tem dois componentes principais, onde uma parte é de informação – domínio cognitivo (o quê da mensagem) e a outra parte é afetiva – forma como é transmitida (o como); tem que se ter em consideração a comunicação verbal e não verbal quando se comunica, conjugando-a de forma integrada (Coelho & Sequeira, 2014).

Habel (2011) refere que o enfermeiro deve ser “um ouvinte ativo, que comunica não só através de palavras, mas também de olhos, gestos, linguagem corporal e inflexões na voz” (p. 65), ora a comunicação eficaz com o cuidador, apesar dos tempos de uso de máscara a ocultar a expressão não verbal facial, bem como a capacidade de comunicação verbal, por vezes não observando os lábios, fez

repetir inúmeras vezes o que se dizia no sentido de validar o que nos diziam ou o que dizíamos. Sem referir uma ou outra situação de hipoacúsia, que funcionou como mais uma barreira, quer entre a minha relação enfermeiro-cuidador, quer entre o próprio utente e seu cuidador.

Atendendo que a informação do que se transmite deve ser simples, concisa, adequada ao cuidador e validada quanto ao correto sentido do que nos está a dizer, por exemplo, “não consegui descansar esta noite”, com um esclarecimento “mas isso aconteceu porque o seu familiar também não descansou, esteve agitado, com dor?” (que nos podia sugerir o motivo), obtínhamos uma resposta “não, enfermeira, por causa do vento e da chuva, esteve um temporal”, ou outros que era mesmo o motivo correto que tínhamos pensado/sentido.

O enfermeiro deve atender às inquietações da pessoa e do seu cuidador, deve ter empatia e paciência, deve ser sensível ao seu estado emocional e dar tempo necessário para que estes esclareçam as suas dúvidas e preocupações (Habel, 2011). A comunicação terapêutica “é um processo consciente que, de forma intencional, permite identificar e responder às necessidades de cada pessoa contribuindo simultaneamente para a melhoria da prática de enfermagem” (Coelho & Sequeira, 2014, p. 31).

Relembrando os temas das necessidades dos CI (Silva et al., 2013) cujas intervenções específicas do EEER devem incidir na informação e treino; no suporte profissional e na comunicação eficaz. Sequeira (2018) refere que em Portugal, 64,6% dos CI mencionam que a informação disponível referente à pessoa que cuidam ou às suas comorbilidades é fraca ou muito fraca, pelo que há um problema relevante na informação, que na minha opinião resulta de uma comunicação ineficaz onde não se tenta compreender o que o CI sabe/pensa ou precisa de saber, para que se consiga potenciar a informação e as suas competências de conhecimento. Exemplos disto, são a falta de conhecimento da necessidade de adaptação da alimentação quanto o seu familiar é hipertenso, diabético ou insuficiente renal, onde a continuação da ingestão em excesso de sal, hidratos de carbono ou proteínas podem trazer mais complicações. No decurso do EC, na colheita de dados sobre a alimentação, na ECCI, identifiquei estas mesmas três situações, em que por vezes, os CI não se corrigem os hábitos alimentares por algum desconhecimento.

O questionamento das necessidades, dificuldades e dúvidas no seu papel de cuidador perante a observação direta ou indireta é de extrema importância, bem como a perceção do conhecimento que tem e a própria capacidade de realizar ou

completar a execução de certas atividades pelo seu familiar. Foi essencial incentivar o CI a permitir que o familiar realize o que consegue fazer, evitando substituí-lo em tudo. É necessário fazê-lo entender que por vezes, é preciso ter paciência, porque essas tarefas poderão não serão executadas tão rapidamente, mas pouco a pouco, essa estimulação no seu familiar mostrará resultados, por exemplo no reforço de exercícios musculares nas AVD, o seu familiar consegue passar a fazê-lo sozinho (por exemplo, comer pela própria mão, lavar algumas partes do corpo, entre outros).

Explicar os benefícios desta substituição no déficit no autocuidado para a promoção da autonomia do seu familiar, vai de encontro à teoria de Orem, através da sua teoria dos sistemas, onde para além da nossa própria aplicação dos sistemas (totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio-educação) perante o nível de alteração de mobilidade da pessoa, também o deveremos adequar na intervenção perante o cuidador.

Torna-se assim indispensável, a capacitação do CI em compensar o que o familiar não faz, porque não consegue realizar, só consegue uma parte ou o faz com dificuldade e quando precisa só de orientação para o fazer ou corrigir algo que poderá ser mais adequado (por exemplo, o simples posicionamento na cama, que poderá ter que ser com ajuda completa, ajuda parcial ou apenas reforçando alguma correção, no sentido de evitar úlceras por pressão ou posição predisponente a aumentar espasticidade).

É imprescindível providenciar-lhe informações para conseguir reeducar funcionalmente o seu familiar, sobretudo no que diz respeito à alteração da mobilidade que influenciará os padrões funcionais a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. Nestes níveis, fazer o cuidador adquirir competências de conhecimento que qualquer alteração de um destes padrões poderá trazer agravamento ao estado de saúde do seu familiar, poderá potenciar a sua adesão para que consiga apreender informações no seu cuidar e esteja atento a alterações do organismo que podem potenciar problemas (situações mais frequentes decorridas no EC, foram por exemplo, alterações respiratórias e obstipação). A situação de imobilidade por si só, já providencia fator de risco para o aparecimento de complicações, que queremos evitar, para reduzir internamentos e melhorar a qualidade de saúde de quem cuida (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Torna-se crucial avaliar o papel de cuidador informal, relativamente à transição do seu papel e à perceção de que está a desenvolver-se de forma positiva

ou influenciada por alguns obstáculos que podem trazer conflitos, a necessidade de compreensão como se sente nesse seu papel, relativamente ao tempo em que o exerce ou vai exercer, tentando aferir a consciencialização, o envolvimento e se compreende o tipo de alteração de mobilidade que causa dependência (parcial ou total) do seu familiar (Meleis et al., 2000). Estes aspetos vão ser fundamentais para adequar e melhorar as suas dúvidas e necessidades, bem como aliviar o seu nível de sobrecarga, que deve ser sempre avaliado no início e no fim da nossa prestação de cuidados, sempre que possível.

Partilho o caso do senhor Leonel, utente na ECCI, que à nossa primeira VD iniciou um episódio de choro, por um misto de sentimentos de tristeza de ser a vez dele estar dependente da esposa de quem "...há 3 anos atrás cuidava eu dela após o AVC" e ao mesmo tempo, confiante porque com a intervenção da equipa, a esposa tinha recuperado a sua funcionalidade, a ponto de conseguir ser ela agora, com alguma ajuda pontual de apoio domiciliário (cuidados de higiene), de o ajudar e apoiar nas outras AVD que necessite de ajuda. Esta inversão de papéis, cria ambientes difíceis em que a nossa intervenção teve que ser sustentada por apoio constante e reforço positivo de que em conjunto com a equipa e a esposa, irá melhorar também ele a sua funcionalidade, autonomia e motivação perante os ganhos, bem como a satisfação do papel da esposa agora como CI.

Também a informação e treino já descrita como um dos temas importantes para a abordagem do EEER perante um cuidador, deve compreender noções perante as necessidades humanas básicas e sua compreensão de necessidade de alterar comportamentos ou fatores de risco (por exemplo, ao indicar a necessidade de reforçar a ingestão hídrica, para evitar desidratação, providenciar fluidificação de secreções, melhorias no padrão intestinal e vesical, bem como circulatório e de integridade cutânea, tive o cuidado de informar que deverá ser realizado de preferência até às 17h, porque a partir dessa hora poderá originar desconforto no padrão do sono, provocando a necessidade de usar o urinol durante a noite).

O esclarecimento da terapêutica, explicando para o que serve e como deve ser adequadamente administrada, é outra informação que deve providenciar o máximo de estratégias em que o cuidador consiga organizar o seu método mais eficaz, seja sugerindo o uso de caixas próprias para medicação diária/semanal ou simples tupperwares, seja por locais para as diversas horas ou refeições, seja com suporte escrito com ou sem imagens; não esquecendo a medicação em SOS,

reforçando em que ocasiões e como pode e deve ser administrada, conforme foi realizado durante o EC.

A avaliação de sinais vitais e a prevenção de sinais/sintomas (tensão arterial elevada, hipo ou hiperglicemia, dor, dispneia, náuseas, entre outros) através da informação e terapêutica preventiva necessária torna-se um grande alívio e suporte nos cuidados do cuidador, para que controle a situação do seu familiar.

A manutenção dos dispositivos deve ser sempre verificada com a pessoa e seu CI, mesmo que essa mesma pessoa já o use há vários anos, como exemplo, na situação do senhor Leonel, que já utilizava ventilação não invasiva no período noturno há 10 anos e quando lhe pedi para verificar como o realizava, validei que colocava a máscara nasal ao contrário com o apoio frontal no queixo, felizmente não parecia haver fugas, mas referia “realmente o apoio no queixo incomoda quando preciso de falar...”, mas “nunca me disseram que não estava bem assim”.

É deveras eficaz gerir a manutenção dos dispositivos com o CI, realizando-o, (por exemplo na demonstração da troca do saco coletor de urina ou na alimentação por SNG), pedindo-lhe para repetir, validando a mesma e retirando dúvidas e posteriormente noutro dia, voltar a verificar a sua execução (confirmando se ultrapassou as dúvidas e executa corretamente).

Em relação ao uso de produtos de ajudas técnicas ou de apoio, para além do que já foi referido no capítulo anterior, certas observações de manutenção são importantes de transmitir aos CI (por exemplo, quando já era difícil levar o Senhor Armando, na cadeira de rodas para a sala, percebi que os pneus da cadeira de rodas estavam vazios e daí o esforço a mais; ou quando “o colchão de pressões alternas não enche como antes” e percebe-se que tem uma fuga, por ter pequeno corte). Por vezes o cansaço pode levar a que o CI não consiga perceber certas alterações tão simples, que podem vir a trazer mais complicações se não estivermos atentos. Também foi igualmente importante esclarecer a existência e os locais para angariação dos mesmos, devendo ser explícito o benefício em usar (como aconteceu no senhor Mário, por exemplo, na recomendação das barras de apoio na casa de banho para evitar quedas e para o mesmo poder ajudar e ter mais segurança no banho).

Para se conseguir melhorar a qualidade dos cuidados prestados, o apoio e capacitação ao cuidador deve incluir as estratégias facilitadoras, que envolvam as suas dificuldades e também as do familiar que cuida, de forma conjunta, através de uma relação terapêutica, de ajuda e empática, que deverá incluir não só o EEER

gestor de caso, mas o apoio profissional de outros elementos da equipa multidisciplinar (assistente social, psicóloga, médico), o que vem de encontro ao tema suporte profissional nas intervenções do EEER perante o cuidador.

A necessidade de incluir o apoio do assistente social para as questões relacionadas com a necessidade de conhecer os seus direitos e deveres sociais, os benefícios e apoios financeiros, o estatuto do cuidador informal, as instituições que podem apoiar os seus cuidados (apoio domiciliário, unidades da RNCCI – descanso do cuidador, parcerias da comunidade com grupos de apoio, entre outros) vem permitir um conhecimento mais consciente do seu papel e apoio que poderá ter, para que possa decidir sobre a possibilidade de ter ajuda externa, na realização dos seus cuidados, para que possa ter tempo para cuidar de si próprio, evitar o isolamento e prevenir sobrecarga elevada na sua prestação de cuidados.

A referenciação para a intervenção psicológica do cuidador deve ocorrer o mais precocemente, sempre que se aplique a escala de sobrecarga (com níveis ligeiros a elevados) ou se identifique outros sinais de exaustão, para que a transição no seu papel de prestador de cuidados possa ser o mais adaptada possível e positiva, sem sentimentos de culpa e com possibilidade de o mesmo ter tempo para conseguir resolver os seus problemas de saúde, muita das vezes descuidados.

Neste ponto, o envolvimento com o médico de família terá que ter a sua intervenção também ao CI e neste sentido, as reuniões informais ou formais da equipa são preciosas para que não só o seu familiar esteja envolvido no plano de reabilitação, mas também o cuidador sinta que está envolvido nesse processo e tenha apoio quando necessário.

A participação dos CI em grupos de apoio, como iniciado na ECCI, com possibilidade de os envolver em sessões que possam aprender mais conhecimento, evitando o isolamento social, bem como partilhando as experiências e sentimentos nos seus papéis de cuidadores é de extrema importância neste processo de capacitação. Apesar das limitações causadas pelo confinamento, que evita a proximidade e o espaço de lazer ao livre (muito importante para providenciar, nem que seja para no espaço temporal de uma hora, a saída do espaço físico permanente do seu papel de cuidador), o recurso atual através do uso das novas formas tecnológicas, sempre cria alguma possibilidade de iniciar acompanhamento que facilite a aquisição de competências para se sentir mais confiante e seguro, no seu papel, validando as emoções e partilhando-as com outros que vivem semelhantes situações. Neste sentido, o feedback e avaliação das sessões de

educação para a saúde foram bastante positivos, havendo o elogio desta mesma possibilidade de partilha entre os CI.

Outro aspeto que não deve ser descurado é o envolvimento de outros membros da família, para apoio e intersubstituição nos cuidados ao familiar com alterações de mobilidade. Na impossibilidade do CI estar presente ou precisar de se ausentar para consultas, entre outros, deve sempre que possível ser providenciado o esclarecimento dos ensinamentos e informações relevantes para a manutenção da qualidade dos cuidados. Deste modo, durante o EC nos momentos em que foi possível contactar com outros familiares no domicílio, como por exemplo, filhos ou netos, foi aproveitado para esclarecer dúvidas e colocar questões que se prendem com os cuidados necessários (posicionamentos, cuidados de higiene, manutenção de dispositivos, terapêutica, entre outros), no sentido de os capacitar a substituir o CI, quando necessário.

Deverá ser igualmente recomendada a procura, sempre que possível de outras estratégias facilitadoras ou soluções provisórias (um dia, uma noite, um fim de semana em que alguém assume os cuidados, para o CI ir resolver outras questões pessoais ou imprevisíveis ou simplesmente descansar/dormir), como forma de evitar *burnout* do CI.

Neto (2003) refere que a conferência familiar é uma reunião com plano estruturado de intervenção entre os profissionais e a família em que para além da partilha da informação e sentimentos, se pretende ajudar a ajustarem-se entre eles, sobretudo porque por vezes a família sente alguns problemas que não conseguem resolver por si próprios. “Habitualmente estes decorrem da falta de informação acerca da evolução da doença, das dificuldades na comunicação intrafamiliar, da dificuldade em tomar algumas decisões e da falta de recursos que possam ser importantes” (Neto, 2003, p. 70). A realização de conferências familiares são assim uma ferramenta essencial para conflitos familiares, na ajuda de tomada de decisões, no apoio ao alívio da sobrecarga do cuidador informal e na capacitação dos mesmos perante a pessoa, caso seja necessário substituir ou apoiar o CI. Não foi realizada nenhuma conferência no EC, apesar de sugerida à esposa de um utente da ECCI, o senhor Armando, como forma de perante a família, com o nosso apoio, decidir-se outras formas de ter mais apoio, equacionando referência para unidade de descanso do cuidador (30 dias) ou integração em lar face a sua manifestação de exaustão como CI.

O simples contato do CI através de um telefonema com a equipa, pode também ser o suficiente para lhe conseguir esclarecer dúvidas ou ajudar a tomar decisões, em caso de necessidade, como por exemplo, prescrições em SOS, atitudes perante acidentes/quedas, apoiando-lhe a tomada de decisão na sua prestação de cuidados, bem como para saber como correu determinada consulta hospitalar e quando iremos realizar nova VD como forma de apoio e acompanhamento.

Procurando ir de encontro ao padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015) em relação ao prestador de cuidados – CI, relativamente ao plano de intervenção definido em conjunto com a pessoa e cuidador, deve ser avaliada a capacidade e/ou conhecimento em relação ao diagnóstico de intervenção. Quando o CI não demonstrou capacidade ou conhecimento para determinada intervenção foi necessário redefinir atividades para que através da demonstração de habilidades/técnicas ou do reforço do ensino de informações e benefícios dos mesmos, o CI conseguisse adquirir competências nessa área de intervenção.

Caso não seja possível, como por exemplo, em caso de idosos que cuidam de idosos (com limitações físicas em certos procedimentos nos posicionamentos e transferências), tem que se procurar encontrar ajudas externas (família, amigos, vizinhos, apoio domiciliário, produtos de apoio), de forma a conseguir minimizar problemas para o CI e pessoa que cuida, mantendo qualidade nos seus cuidados.

A importância da comunicação adequada, eficaz e terapêutica para além de ser uma necessidade a ter em consideração na capacitação do CI, como nos refere Coelho & Sequeira (2014), “precisa de ser terapêutica, porque esta objetiva o cuidado e, através deste, favorece a tranquilidade, autoconfiança, respeito, individualidade, ética, compreensão e empatia pela pessoa cuidada” (p.32), no nosso papel como enfermeiros perante a pessoa e seu cuidador.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso de aprendizagem exposto ao longo deste relatório procura demonstrar o desenvolvimento de competências preconizadas pela OE na área da especialidade de ER, em articulação com os descritores de Dublin.

De uma forma geral considero que espelhei o atingir das competências comuns do EE (na área da responsabilidade, melhoria da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das suas aprendizagens), evidenciando as competências de intervenção do EEER na manutenção e recuperação/readaptação das capacidades funcionais da pessoa e mostrei habilidades no aprimoramento de competências de intervenção do EEER na capacitação do cuidador informal da pessoa com alteração da mobilidade.

Para obter sucesso nas intervenções como EEER perante a pessoa com alteração de mobilidade e segundo o que nos refere Bean et al. (2013), “a reabilitação ideal da mobilidade deve ser baseada em evidências, parcimoniosa em sua abordagem e corrigir deficiências dentro dos sistemas corporais que mais influenciam a mobilidade e que são passíveis de cuidados de reabilitação” (p. 2381).

Com base nesta citação, considero que consegui de forma eficaz a integração dos conhecimentos teóricos (fornecidos durante as unidades curriculares do curso de mestrado e por pesquisa de evidência científica) e o contexto da prática dos ensinamentos clínicos, demonstrando a crescente autonomia em termos de processos de tomada de decisão e resolução de problemas/conflitos perante a pessoa com alteração de mobilidade e seu CI, com desenvolvimento da capacidade de autoconhecimento e comunicação perante os mesmos.

Esta abordagem perante a pessoa com alteração da mobilidade e seu CI, contribui para a minha prestação de cuidados especializados com qualidade, visando a capacitação dos mesmos, prevenindo complicações, readaptando e melhorando o seu autocuidado através da educação do próprio e do cuidador, quando dependente de outros.

Ambos os EC, proporcionaram oportunidades importantes no desenvolvimento destas competências, face ao leque de experiências diferenciadas. As maiores forças do percurso de estágio, na ECCL, relacionaram-se com a possibilidade de desenvolver o tema do projeto de estágio delineado com a criação de vários instrumentos de apoio ao cuidador (presencialmente ou através do uso das

tecnologias de informação) e com o nascer de um projeto dirigido aos mesmos (que manterá a sua continuidade na equipa). Será assim reforçada a relação de proximidade com os cuidadores, permitindo-lhes uma melhor aquisição de competências, habilidades e estratégias de coping.

Na UMDR, face à impossibilidade de contacto com os CI, o desenvolvimento de competências foi sobretudo direccionado para os cuidados especializados do EEER, centrados na pessoa com efetividade nos resultados na promoção do seu autocuidado, com qualidade, articulando a pesquisa constante de evidência científica, na partilha e aprendizagem com a equipa multidisciplinar para que atingisse a excelência no cuidar.

De todas as intervenções realizadas e explanadas ao longo deste relatório, considero que de uma forma geral foram evidenciadas as fundamentais da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na capacitação do cuidador informal da pessoa com alteração da mobilidade, sobretudo relacionadas com a informação e treino, a necessidade de suporte profissional e a comunicação eficaz.

Todo este percurso de aprendizagem sucedido será igualmente fundamental para a minha futura prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação na ECCI, perante a pessoa e seu CI, com maior qualidade e ganhos em saúde. Será efetivamente um marco, na capacidade de promover manutenção e recuperação/readaptação das capacidades funcionais da pessoa e melhorar as competências no cuidar do CI, que cada vez mais assume um papel primordial na sociedade face ao envelhecimento acentuado e o aumento de doenças crónicas e incapacitantes, que geram um aumento de pessoas dependentes a necessitar de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde do Norte. (2014). *Manual do cuidador informal de utentes dependentes*. USF Anta. Disponível na biblioteca do Portal SNS: [Manual do Cuidador Informal de Utentes Dependentes – Biblioteca de Literacia em Saúde \(sns.gov.pt\)](https://www.sns.gov.pt/biblioteca/literacia-em-saude)
- Akgun-Citak, E., Attepe-Ozden, S., Vaskelyte, A., Bruchem-Visser, R. I., Pompili, S., Kav, S., ... Mattace-Raso, F. U. (2020). Challenges and needs of informal caregivers in elderly care: Qualitative research in four European countries, the TRACE project. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. Volume 87, March-April, 103971. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103971>
- Andrade, S. R., Ruoff, A. B., Piccoli, T., Schmitt, M. D., Ferreira, A. & Xavier, A. C. (2017). O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto-Enferm*. 2017; 26(4). DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- Bean, J. F., Latham, N. K., Holt, N., Kurlinski, L., Ni, P., Leveille, S., Percac-Lima, S. & Jette, A. (2013). Which neuromuscular attributes are most associated with mobility among older primary care patients?. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Volume 94, Issue 12; December. 2381-2388. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.07.026>
- Bishop, N. J. & Wang, K. (2018). Food insecurity, comorbidity, and mobility limitations among older U.S. adults: Findings from the health and retirement study and health care and nutrition study. *Preventive Medicine*. Volume 114, September. 180-187. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.07.001>
- Braga, R. (2017). Reabilitar a Deglutição. In Marques-Vieira, C. M., Sousa, L. M. (Eds). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (1ªedição) Loures: Lusodidacta

- Brown, C. J. & Flood, K. L. (2013). Mobility limitation in the older patient. A clinical review. *JAMA*. Volume 310. Number 11. 1168-1177. DOI: [https://doi: 10.1001/jama.2013.276566](https://doi.org/10.1001/jama.2013.276566).
- Buckman, R. (2002). Communications and emotions. *BMJ*. Volume 325. 28 de setembro. 325 – 672. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7366.672>
- Coelho, M. T. V. & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (11), 31-38. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000200005&lng=pt&tlng=pt.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2015). *CIFE Versão 2015: Classificação internacional para a prática de enfermagem - edição portuguesa*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Lusodidacta.
- Cordeiro, M. C. O. & Menoita, E. C. P. C. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória*. Conceitos, princípios e técnicas. Lusociência. Loures.
- Decreto-Lei n.º 101/2006. (2006). Rede nacional de cuidados continuados integrados. Ministério da Saúde. *Diário da República*. I Série-A. (Nº 109 de 6 de junho de 2006). ELI:<https://dre.pt/pesquisa/-/search/353934/details/maximized>
- Decreto-Lei n.º 28/2008. (2008). Unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde. Ministério da Saúde. *Diário da República*. I Série (N.º 38 de 22 de fevereiro de 2008). 1182-1189. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>.
- Decreto-Lei n.º 93/2009. (2009). Aprova o sistema de atribuição de produtos de apoio a pessoas com deficiência e a pessoas com incapacidade temporária. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. *Diário da República* n.º 74/2009, Série I (N.º 93 de 16 de abril de 2009). 2275-2277. ELI:<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/93/2009/p/cons/20200331/pt/html>

Deloitte Access Economics. (2015). O valor económico da assistência informal na Austrália: Carers Austrália. Recuperado de <http://www.carersaustralia.com.au/storage/A>

Despacho nº 10218/2014. (2014). Tabela nacional da funcionalidade. Ministério da Saúde. *Diário da República*, Série II. 2ª Série. (N.º 152 de 8 de agosto de 2014). 20453-20454

Despacho n.º 3618-A/2016. (2016). Programa nacional de educação para a saúde, literacia e autocuidados. Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República*. Série II (N.º 49 de 10 de março de 2016). 8660-(5)–8660-(6)

DGS. (2015). *Plano nacional de saúde, 2015*. Revisão e extensão a 2020, Maio.

Dixe, M. A. C. R., Teixeira, L. F. C., Areosa, T. J. T. C. C., Frontini, R. C., Peralta, T. J. A. & Querido, A. I. F. (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a crosssectional study. *BMC Geriatr.* 19:255. 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1274-0>

Feinberg, L., Reinhard, S. C., Houser, A. & Choula, R. (2011). Valuing the Invaluable: 2011. Update The Growing Contributions and Costs of Family Caregiving. *AARP Public Policy Institute*.

Godinho, N. (2020). Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações. Norma APA. Centro de Documentação e biblioteca. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Novembro.

Habel, M. L. (2011). Educação do doente e da família orientada para resultados. In Hoeman, S. P. (Ed.). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. Quarta Edição. Loures. Lusodidacta.

INE/INSA. (2016). *Inquérito nacional de saúde 2014*. Instituto Nacional de Estatística, IP, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Lisboa.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEspub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2

Instituto da Segurança Social, I.P. (2020) *Guia Prático – Estatuto do Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não Principal* (8004 – v1.00). Departamento de Prestações e Contribuições. 01 de julho de 2020

Instituto Nacional de Estatística. (2017). Projeções de população residente 2015 - 2080.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2

Lei n.º 156/2015. (2015) *Procede à segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros. Assembleia da República. *Diário da República*, Série I (Nº 181 de 16 de setembro de 2015). 8059–8105. ELI:<https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>

Lei n.º 100/2019. (2019). *Estatuto do cuidador informal*. Assembleia da República. *Diário da República*. Série I (Nº 171 de 6 de setembro de 2019). Capítulo I. Anexo do artigo 2º. 3-16. ELI:<https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre>

Lutz, B.J., Davis, S. M. (2011). Modelos teóricos e práticos para a enfermagem de reabilitação. In Hoeman, S. P. (Ed.). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. Quarta Edição. Loures. Lusodidacta.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1). 12 – 28

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company. New York.

Menoita, E. C., Sousa, L. M., Alvo, I. B. P. & Marques-Vieira, C. M. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC*. Contributos para um Envelhecer Resiliente. Loures: Lusociência.

Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da saúde*, Portugal. ISBN 978-989-99480-1-3

Nascimento, V. A., Oliveira, J. A., Moreira, M. N. G.; Oliveira, J. B., Gonzaga, V. R. & Haddad, M. F. (2020) Características clínicas e efeitos do Covid-19 nos pacientes idosos: uma revisão integrativa. *Arch Health Invest*, 9 (6):617-622. DOI: <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v9i6.5268>

Neto, I. G. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. Vol.19. 68-74. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9906/9644>

Neves, P., Sequeira, C., Sousa, L. & Lleixà-Fortuño, M. (2020). Construção de um apoio online para o familiar cuidador. Suplemento digital *ROL Revista de Enfermería 2020*. 43(1). 447-450. International Congress › Research Innovation & Development in Nursing. Porto

Norma n.º 001/2019. (2019). *Implementação da tabela nacional de funcionalidade no adulto e idoso*. Direcção-Geral da Saúde. 25/01/2019. 1-19. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012019-de-25012019-pdf.aspx>

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2019). *Relatório da primavera 2019*. Disponível em <http://opss.pt/relatorio-primavera/>

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Parecer ACES – UCC – Projeto de despacho, regulamento da organização e do funcionamento da UCC. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_CD-5Mar-2009.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Guia Orientador de Boas Práticas. *Cadernos da OE*. Série 1. Número 7. 1-78.

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Áreas investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação*. Colégio da especialidade de enfermagem de Reabilitação. Porto.

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

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby

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

Pereira, I. C. B. F. & Silva, A. A. de P. (2012). Ser cuidador familiar: A percepção do exercício do papel. *Pensar Enfermagem*. Vol. 16. N.º1. 1º Semestre. 42-54.

Petronilho, F., Pereira, F. & Silva, A.P. (2015). Percepção de autoeficácia do familiar cuidador após o regresso a casa do dependente: Estudo longitudinal. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*. Especial 2. 9-13. <http://hdl.handle.net/1822/42877>.

PORDATA. (2020). Eurostat | NU | Institutos nacionais de estatística. Atualização a 2020-05-28 Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Portaria nº 254/2018. (2018). Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 1.^a série. N.º 173 de 7 de setembro de 2018. Anexo III, Tabela I

Raposo, P. & Sousa, L. M. M. (2020). Intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na dispneia da pessoa com Covid-19: relato de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. Volume 3, Suplemento 2. Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação. DOI 10.33194/rper.2020.v3.s2.1.5773

Regulamento n.º 350/2015. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, Série II (N.º 119 de 22 de junho de 2015). 16655-16660.

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

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

Reinhard, S. C., Given, B., Petlick, N. H. & Bemis, A. (2000). Supporting family caregivers in providing care. *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. Chapter 14. Vol. 1. 341-404. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2665/>

Rocha, I. J., Bravo, M. F. M., Sousa, L. M. M., Mesquita, A. C. N. & Pestana, H. C. F. C. (2020) intervenção do enfermeiro de reabilitação no ganho de equilíbrio postural na pessoa após acidente vascular cerebral: estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. Volume 3, Suplemento 1.

Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação. DOI: 10.33194/rper.2020.v3.s1.1.5755

Sequeira, C. (2018) *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. 2ª edição. Lidel. Outubro. ISBN 978-989-752-278-9

Silva, A. L., Teixeira, H.J., Teixeira, M. J. C. & Freitas, S. (2013). The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2013; 27; 792–803. DOI: <https://doi.org/10.1111/scs.12019>

Silva, F. L. & Muzardo, F.T. (2018). Pirâmides e cones de aprendizagem: da abstração à hierarquização de estratégias de aprendizagem. *Dialogia*, São Paulo, n. 29, mai/ago. p. 169-179. DOI: 10.5585/dialogia.N29.7883

Souza, I. C., Silva, A. G., Quirino, A. C. S., Neves, M. S. & Moreira, L. R. (2014). Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: Conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, 18 (1). 164-172. DOI: 10.5935/1415-2762.20140013

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)*. 5a edição. Loures. Lusociência. ISBN 972-8383-74-6

Verbakel, E., Tamlagsrønning, S.; Winstone, L., Fjær, E. L. & Eikemo, T. A. (2017). Informal care in europe: findings from the european social survey (2014) special module on the social determinants of health. *European Journal of Public Health* . Volume 27. Edição suppl_1. 1 de fevereiro de 2017. 90–95. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw229>

Sites

Eurocarers - <https://eurocarers.org> e <https://eurocarers.org/country-profiles/portugal/>

Link dos vídeos realizados:

<https://www.youtube.com/channel/UCHcrCnoOWoWoS0t9EUZfHuA/videos>

APÊNDICES

APÊNDICE I

Convite de inscrição no projeto “Capacitar
cuidar”

É cuidador de um familiar dependente?

A equipa da UCC XXXXXX tem um projeto para si!

O projeto “**CAPACITAR PARA CUIDAR**” é dirigido a CUIDADORES INFORMAIS de familiares dependentes.



A sua presença consiste na participação em sessões online ou presenciais, em datas a anunciar, com duração de 45 a 60 minutos.

Contamos com a sua presença!

Nome _____
Idade: _____ Telefone: _____
Mail: _____

Objetivo da sua participação:

Sentir-se menos solitário ou isolado;

Mais informação - ganhar uma sensação de controle de situação;

Melhorar as suas capacidades para lidar com as situações;

Ajudar a manter o familiar o mais tempo possível em casa;

Adquirir uma melhor compreensão sobre o que esperar do futuro;

Obter aconselhamento e informações práticas sobre os seus cuidados;

Melhorar a capacidade de cuidar de si;

Reduzir o cansaço, sofrimento e a ansiedade.

Partilhar as suas experiências e ir de encontro às suas **necessidades**

Imagem da capa

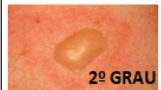
[9b3b4d8cc2165a69a80b0fb2da4f638057396986cb30560ee69d5a129f6a9ff2.jpg \(612x373\) \(ilcdn.fi\)](#)

APÊNDICE II

Folheto de apoio ao cuidador na atuação
face a acidentes domésticos

EM CASO DE QUEIMADURA:

As queimaduras podem apresentar vários graus de gravidade:

 1º GRAU Sinais: Vermelhidão, dor ao toque, ligeiro inchaço. Como atuar: - Passar por água tépida; - Retirar qualquer objeto (anéis, cinto, brincos, colares...); - Proteger zona queimada com pano ou compressa limpa; - Pode aplicar cremes hidratantes indicados para queimaduras (alívio da dor e inflamação); - Nunca aplicar manteigas, óleos ou pomadas caseiras.	 2º GRAU Sinais: Dor intensa, formação de bolhas, possível perda de partes da pele. Como atuar: - Passar por água tépida, por 15 min.; - Limpar a pele afetada; - Secar com pano limpo e cobrir com compressa estéril; - Elevar braços ou pernas quando queimados; - Não furar ou rebentar bolhas; - Não retirar roupa ou substâncias aderentes.	 3º GRAU Sinais: Perda de Pele pode ficar sem dor, pele chamuscada, seca ou com manchas brancas, castanhas ou pretas. Como atuar: - Passar por água tépida, por 20 min.; - Cobrir com pano ou compressa limpa molhada em água; - Se cara queimada, ir verificando problemas na respiração; - Elevar a zona queimada acima da cabeça, se possível; - Procurar ajuda pela linha SNS 24; - Se queimadura extensa, ligar 112.
--	--	---

Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)

Bibliografia:

- ✓ <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/incendios/queimaduras.aspx>
- ✓ REIS, Isabel (2010) Manual de primeiros socorros: situações de urgência nas escolas, jardins de infância e campos de férias. Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. ISBN 978-972-742-330-9
- ✓ Instituto Nacional de Emergência Médica (2012) Manual TAS Emergências de Trauma. 1ª Edição. ISBN 978-989-8646-13-2

Unidade de Cuidados na Comunidade



Apoio ao cuidador na atuação face a acidentes domésticos

Este folheto tem como objetivo capacitar o cuidador para atuar em caso de acidentes domésticos.

Se tiver dúvidas, contacte com a equipa de Enfermagem da UCC

Este folheto vai ajudá-lo a:

Saber atuar perante FERIDAS, EQUIMOSE/HEMATOMA (NÓDOA NEGRA), TRAUMATISMOS, INTOXICAÇÕES E QUEIMADURAS

Saber como atuar perante um acidente doméstico, evita complicações e traz segurança nos seus cuidados.



Este folheto foi realizado pela Enfermeira Estudante Rute Comba do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa em conjunto com a Equipa da UCC



Frente

EM CASO DE FERIDA, O QUE FAZER?

Feridas Superficiais	Feridas Profundas
- Limpar a pele à volta da ferida com água e sabão neutro - Secar a ferida com compressa através de pequenos toques; - Desinfetar com antisséptico. - Depois de limpa, se pequena, deixá-la preferencialmente ao ar ou aplicar uma compressa estéril.	- Mexer o menos possível; - Proteger com compressas limpas e secas em redor do objeto; - Provocada por faca, punhal ou vidro encravado, não retirar o objeto; - Ligar 112, indo para o hospital o mais rápido possível.

Em caso de ferida muito sangrante:

- Se as compressas ficarem com muito sangue, **colocar outras por cima**, sem nunca retirar as primeiras;
- Fazer **compressão** até a hemorragia parar (até 10 minutos), se possível elevar o local/membro.

Em caso do seu familiar tomar de anticoagulantes (AAS, tronalva, clopidogrel, varfing ou outros) contactar médico assistente/SNS 24 ou 112.

EM CASO DE EQUIMOSE/HEMATOMA (NÓDOA NEGRA):

- **Aplicar frio** para diminuir a dor e evitar agravamento da lesão, nas primeiras 24h, por períodos de 10 a 15min, 3 a 4 vezes/dia;
- **Elevar o membro** para evitar o inchaço;
- Só coloque pomadas se recomendado e sem massajar.

EM CASO DE FRATURA/ENTORSE/TRAUMATISMO:

FRATURA	ENTORSE	TRAUMATISMO CABEÇA
• Mantenha o familiar em repouso; • Evite movimentar a região; • Aplique gelo no local; • Imobilize o local; • Se fratura exposta, não tente colocar osso no local; • Ligar 112.	• Evitar o movimento da articulação; • Imobilizar o local; • Elevar o membro lesionado; • Aplicar gelo ou correr água fria sobre a articulação. ➡ 112.	• Mantenha o familiar em repouso; • Aplique gelo; • Estando a hemorragia (se houver); • Envolver o pescoço do familiar com toalha apoiando a cabeça, para evitar movimento para os lados; • Ligar 112.

EM CASO DE INTOXICAÇÃO:

Intoxicação pode ser causada por:

- Medicamentos (em doses mais elevadas que as recomendadas pelo médico) ou alimentos estragados/contaminados;
- Produtos de limpeza (lixívia, tira-gorduras e desentupidores de canos);
- Pesticidas ou fumos (lareiras, salamandras, ...).

Como atuar, no caso de intoxicação por contacto:

- remover o familiar para local arejado;
- lavar abundantemente com água, o local afetado;
- se forem os olhos – após lavagem, aplicar compressa ou pano limpo sobre os mesmos;

Como atuar, no caso de intoxicação por inalação:

- remover o familiar para local arejado;

Como atuar, no caso de intoxicação por ingestão:

- não provocar o vômito;
- não oferecer qualquer tipo de líquido;
- remover familiar para local arejado;
- nunca deixar o familiar sozinho, deixando-o falar, se puder;
- desapegar as roupas e se estiverem contaminadas, retire-as;
- colocar familiar em Posição Lateral de Segurança, de forma a evitar aspiração de vômito;

Ligar 112 ou Centro de Informação Anti-Venenos (CIAV) 800 250 250



Verso

APÊNDICE III

Folheto de apoio ao cuidador na prevenção
de feridas /úlceras por pressão

Como reconhecer uma úlcera?

Se aparecer uma zona avermelhada, nas zonas identificadas como risco, pressione essa zona com o seu dedo durante alguns segundos. Ao retirar o dedo, se ficar branco no local, significa que ainda não há úlcera por pressão, há sim apenas uma irritação da pele por pressão, que deverá passar com a mudança de posição e o alívio de pressão.

O que fazer ?

Se detetar zonas vermelhas que não passam com a mudança de posição, feridas e pequenas bolhas na pele deverá falar com o seu enfermeiro.

Estas feridas provocam dor e diminuição da qualidade de vida; podem provocar o agravamento de outras doenças, podem infetar e levar ao internamento do seu familiar.

SÃO FERIDAS QUE PODEM SER PREVENIDAS E EVITADAS COM O SEU CUIDADO!

Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)

Bibliografia:

- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de boa prática: Cuidados à pessoa com alteração de mobilidade: Posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Cadernos da OE, Série 1, Nº 7
- ✓ Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (2016) Manual do cuidador 4. Prevenção de úlceras por pressão. Governo dos Açores, Direção Regional da Solidariedade Social.
- ✓ Ana Duarte et al. (2014) Manual do Cuidador. ARS Norte, ACES Espinho /Gaia. Internas em formação específica em MGF e equipa multiprofissional da USF Anta.

O que é uma Úlcera por Pressão (UP)

A úlceras por pressão (escaras, "chagas", úlceras de decúbito) são feridas que surgem devido à pressão constante do corpo sobre uma superfície (colchão, almofada, cadeira...). Esta pressão vai impedir a circulação do sangue nesse local, originando a morte dos tecidos e o aparecimento da ferida.

Quais os fatores de Risco que podem originar UP

Podem surgir de fatores exteriores ou do seu próprio familiar:

- Idade avançada;
- Alterações de mobilidade (não conseguir mudar de posição sozinho);
- Alterações de sensibilidade (não sentirem alguma parte do corpo);
- Incontinência (perda de urina e fezes - pode ferir a pele);
- Sonolência (dificuldade ou incapacidade de se posicionar corretamente);
- Medicação (medicação para dormir - dificulta a mobilização)
- Estado emagrecido ou excesso de peso;
- Estado geral de saúde (certas doenças podem ser propensas ao aparecimento de úlceras, por exemplo, as doenças cardíacas, respiratórias, neurológicas, diabetes, entre outras).

Quais os locais mais frequentes que podem surgir as UP?

Os locais mais comuns são as zonas de proeminências ósseas, zonas do esqueleto onde existe pouco tecido por baixo da pele, estando os ossos mais salientes.

Na posição de deitado:

- Cabeça, omoplatas, cotovelos, região sagrada (nadegueira) e calcanhares.



Unidade de Cuidados na Comunidade



Apoio ao cuidador na prevenção de feridas - úlceras por pressão

Este folheto tem como objetivo capacitar o cuidador para prevenir o aparecimento de úlceras por pressão (feridas provocadas por alterações de mobilidade)

Se tiver dúvidas, contacte com a equipa de Enfermagem da UCC de

A ter em consideração:

- Vigilância da pele;
- Reconhecer os locais de proeminências ósseas (mais comuns de aparecimento de UP);
- Necessidade de mudanças de posicionamentos;
 - Conhecer os possíveis fatores de risco;
- Importância de alimentação e hidratação adequada;
- Conforto e bem estar do familiar.

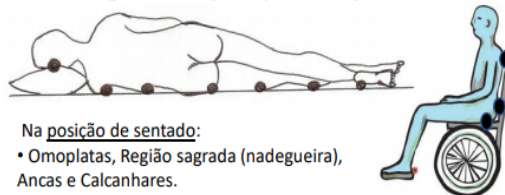
Este folheto foi realizado pela Enfermeira Estudante Rute Comba do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa em conjunto com a Equipa da UCC



Frente

Na posição deitado de lado:

- Orelha, Ombro, Costelas, Cotovelo, Anca, Joelho (parte fora), Tornozelo (parte de fora) e Pé (face lateral)



Na posição de sentado:

- Omoplatas, Região sagrada (nadegueira), Ancas e Calcanhares.

Como prevenir uma úlcera por pressão?

- **Observação da pele** – vigiar a pele diariamente durante a higiene e mudança de posição. Pergunte se tem alguma zona de desconforto ou dor.
- **Cuidados à pele** – manter limpa e bem seca (tendo em atenção às pregas cutâneas) e à necessidade de mudança da fralda. Aplicar creme hidratante e massajar, se não tiver úlcera.
- **Roupa da cama e vestuário** – deve estar limpa, seca e bem esticada. Deve ser lisa, sem costuras, que possam magoar ou marcar a pele e adequadas à temperatura ambiente.
- **Posicionamentos** – alterar a posição de 2/2h, idealmente, evitando zonas de pressão (solicitar /ver folheto posicionamentos).
- **Dispositivos de alívio de pressão** - para aliviar ou diminuir a pressão entre o corpo e a superfície da cama ou cadeira (colchões anti escaras de pressões alternas, almofadas de gel, calcanheiras...).
- **Alimentação e Exercício** - realizar uma alimentação rica e equilibrada, bem como uma hidratação adequada, poderá prevenir que surjam úlceras. Deve ser encorajado o movimento ou os pequenos exercícios, quando o familiar os consegue realizar.



Verso

APÊNDICE IV

Folheto de apoio ao cuidador na realização
de movimentos e posicionamentos na cama

Decúbito Sentado

- **Elevar a cabeça** da cama entre 30 e 60°;
- **Membros superiores** com ombros e cotovelos ligeiramente dobrados, com punhos direitos e palma da mão virada para baixo (com ou sem almofada).
- **Membros inferiores** com anca e joelhos ligeiramente dobrados (com ou sem almofada). Pés apoiados em almofada para não escorregar.



A mudança de posição na cama, deverá ser de acordo com as necessidades individuais do seu familiar.

Estas **recomendações** são de **orientação geral**, podendo não ser confortáveis para o seu familiar e nesse caso, deve adaptar as que proporcionem maior conforto e bem estar.

Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)

Bibliografia:

- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de boa prática: Cuidados à pessoa com alteração de mobilidade: Posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros, Série 1, Número 7
- ✓ Imagens - <https://static.biologia.net/conteudo/imagens/o-esqueleto-humano>

Unidade de Cuidados na Comunidade



Apoio ao cuidador na realização de movimentos e posicionamentos na cama

Este folheto tem como objetivo capacitar o cuidador para movimentar e realizar posicionamentos corretos do familiar na cama.

Se tiver dúvidas, contacte com a equipa de Enfermagem da UCC

Princípios a considerar:

- Conforto e bem estar do familiar;
- Alinhamento do corpo;
- Prevenção de feridas/ulceras por pressão;
- Redução dos problemas articulares e musculares.



Este folheto foi realizado pela Enfermeira Estudante Rute Comba do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa em conjunto com a Equipa da



Frente

Cuidados a ter nos posicionamentos:

- **Preparar** e utilizar o **material** de apoio (almofadas de vários tamanhos) e de transferências (resguardo – desde o ombro aos joelhos).
- **Estimular o familiar a colaborar** na mudança dos posicionamentos, no que conseguir.
- **Alternar posicionamentos** de preferência de 2/2h, para evitar úlceras por pressão/feridas, verificando sempre a pele em cada mudança de posição.
- **Verificar** se não ficou **roupa** enrugada (da cama ou do vestuário) entre o doente e a cama.
- No fim do posicionamento, verificar o **alinhamento corporal** do familiar e corrigir, sempre que necessário.



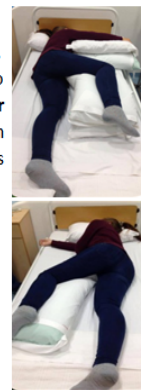
Decúbito Dorsal (deitado de costas)

- Apoiar a **cabeça e ombros** com almofada, evitando tensão e flexão do pescoço.
- **Membros superiores** esticados, braços e punhos ligeiramente dobrados e palma da mão apoiada na cama.
- **Membros inferiores** estendidos com pequena almofada debaixo dos joelhos, para promover o relaxamento dos músculos (não apoiar os músculos das pernas), pode colocar pequena almofada nos tornozelos para elevar os calcanhares e colocar os pés direitos com o auxílio de almofadas.



Decúbito Lateral (deitado de lado dto ou esq.)

- Apoiar **cabeça** em almofada (cuja altura deve ser igual à altura do ombro ao pescoço).
- **Membro superior que fica por baixo**, com o ombro e cotovelo dobrado; **membro superior que fica por cima** apoiado em almofada com braço e palma da mão para baixo e dedos estendidos.
- **Membro inferior que fica por baixo** estendido, apoiado na cama, com joelho ligeiramente dobrado; **membro inferior que fica por cima** sobre almofada de comprimento igual ou maior à dimensão da perna do lado para onde se vai virar a pessoa, com anca e joelho dobrados.



Decúbito Semi-dorsal (semi-deitado dto. ou esq.)

- Apoiar **cabeça** em almofada.
- Colocar almofada a apoiar as **costas**.
- **Membro superior que fica por baixo** com braço esticado e cotovelo dobrado para cima e mão com palma para cima apoiada na cama ou na almofada; **membro superior que fica por cima** posiciona-se com braço para trás, cotovelo ligeiramente dobrado, dedos esticados apoiados na almofada das costas.
- **Membro inferior que fica por baixo**, estendido com anca e joelho ligeiramente dobrados; **membro inferior que fica por cima** esticado, apoiado na totalidade na almofada; posiciona-se o joelho esticado ou ligeiramente dobrado apoiado na almofada.



Verso

APÊNDICE V

Folheto de apoio ao cuidador de familiar com alterações da mobilidade do foro neurológico na realização de posicionamentos na cama

A ter em atenção:

- O **decúbito dorsal (deitado de costas)** é o que se deve evitar, sempre que possível, porque é o que produz mais rigidez/espasticidade.
- O **decúbito para o lado não afetado** é o que melhor diminui a rigidez e permite o conhecimento do corpo como um todo e das partes que o compõem.
- O **decúbito para o lado afetado** estimula a sensibilidade e a capacidade do próprio corpo em avaliar em que posição se encontra, através da carga do peso do corpo.
- A **disposição do quarto**, sempre que possível, deve estar de forma a que o seu familiar receba o **máximo de estímulos do lado afetado**, incentivando-o a olhar para esse lado (televisão, janela) e a realizar tarefas (mesa de apoio com garrafa de água), tal como ao **cuidar dele deve abordá-lo e tocá-lo de preferência pelo lado afetado**.

Estas **recomendações** são de orientação geral, podendo não ser confortáveis para o seu familiar e nesse caso, deve adaptar as que proporcionem maior conforto e bem estar.

Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)

Bibliografia:

- ✓ **Menotta**, Elsa C. (2012) Reabilitar a pessoa com AVC. Contributos para o envelhecer resiliente. Lusociência. ISBN 978-972-8930-78-3
- ✓ Branco, Teresa & Santos, Rui (2010) Reabilitação da pessoa com AVC. **Formasau**. Coimbra. ISBN 978-989-8269-09-6
- ✓ Imagens - [Posicionamento do doente após o AVC \(ajudaavc.net\)](http://posicionamento.do.doente.apos.o.avc.jajudaavc.net)

Cuidados a ter nos posicionamentos:

- **Preparar** e utilizar o **material** de apoio (almofadas de vários tamanhos).
- **Incentivar o familiar a colaborar** na mudança dos posicionamentos.
- **Alternar posicionamentos** de acordo com a tolerância do seu familiar (bem estar e estado da pele) de forma a evitar úlceras por pressão/feridas, **verificando** sempre a pele e se não ficou roupa enrugada entre este e a cama.
- No fim do posicionamento, verificar o **alinhamento corporal** do familiar e corrigir, sempre que necessário.



Decúbito Dorsal (deitado de costas)

- **Cabeça** (de preferência virada para o lado não afetado) e **ombros** apoiados em almofada.
- O **membro superior afetado** deve ficar apoiado desde o ombro, com braço estendido, de forma a palma da mão estar virada para cima e dedos estendidos apoiados na cama ou em almofada.
- O **membro inferior afetado** deve ficar estendido, com pequena almofada debaixo da nádega do lado afetado, de forma a rodar a perna e pé para dentro. Não apoiar o pé.



Unidade de Cuidados na Comunidade



Apoio ao cuidador de familiar com alterações da mobilidade do foro neurológico na realização de posicionamentos na cama

Este folheto tem como objetivo capacitar o cuidador do familiar com alterações de mobilidade decorrentes de doenças neurológicas, para realizar posicionamentos corretos na cama, de forma a evitar rigidez e estimular sensibilidade

Se tiver dúvidas, contacte com a equipa de Enfermagem da UCC

Princípios:

- Conforto e bem estar do familiar;
- Controlo postural e alinhamento do corpo;
- Prevenção de feridas/úlceras por pressão;
- Prevenção de rigidez/espasticidade;
- Aumentar a sensibilidade do lado do corpo afetado.

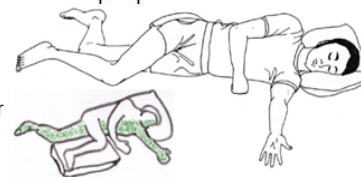
Este folheto foi realizado pela Enfermeira Estudante Rute Comba do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa em conjunto com a Equipa da UCC



Frente

Decúbito Lateral (para o lado afetado)

- **Cabeça** em almofada alta, para contrariar a inclinação lateral.
- O **membro superior afetado** deve ficar com braço levantado e estendido, com punho estendido e com palma da mão para cima, apoiado na cama ou em almofada.
- O **membro inferior afetado** deve ficar com anca e joelho ligeiramente fletido e pé apoiado na cama.
- Pode-se colocar almofada por baixo do membro superior e inferior não afetado para maior conforto.



Decúbito Lateral (para o lado não afetado)

- **Cabeça** com almofada mais baixa.
- O **membro superior afetado** fica apoiado sobre almofada, de modo a que fique com braço e punho estendido e com palma da mão para baixo e dedos estendidos.
- O **membro inferior afetado** deve ficar apoiado sobre uma almofada à frente do menos afetado, com anca e joelho ligeiramente dobrado. O pé fica apoiado na



Verso

APÊNDICE VI

Folheto de apoio ao cuidador na mudança
de roupa e fralda na cama

10 – Colocar familiar deitado de costas e compor a fralda e fixar adesivos à frente.

11 – Mudar a fronha da almofada e colocar roupa por cima do familiar.



12 – Ter atenção ao peso da roupa, se necessário colocar gaiola, tábua ou cartão para retirar peso da ponta dos pés do seu familiar.



Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)

Bibliografia:

- ✓ Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (2016) Manual do cuidador 5. Cuidados à pessoa dependente. Governo dos Açores, Direção Regional da Solidariedade Social.
- ✓ Imagem ilustrativa : PROTEÇÃO P/PÉS-GAIOLA (Google imagens)

Mudança da roupa e fralda na cama

1 – Informar o seu familiar do que vai realizar e estimular o mesmo a que participe nas movimentações na cama, caso consiga colaborar.

2 – Com o familiar deitado de costas, iniciar a higiene sumária dos genitais da parte da frente (abrindo a fralda à frente) e colocando-a para dentro, na parte genital e os adesivos laterais da parte de trás da fralda (para baixo do corpo na região das nádegas).

3 – Virar o familiar para o lado oposto de onde estamos posicionados, levantar as grades, se as tiver. Caso contrário, peça ajuda a alguém para prevenir a queda.

4 – Puxar por trás do familiar a fralda enrolada (da frente) e realizar a higiene da região anal, retirando a fralda e secando a pele.

5 – Vigiar, massajar e proteger a pele, se macerada (“vermelha”, “assada”)

6 – Enrolar a roupa da cama para dentro até ao meio da cama e encostando-a bem à pessoa.



Unidade de Cuidados na Comunidade



Apoio ao cuidador na mudança da roupa e fralda na cama

Este folheto tem como objetivo capacitar o cuidador para a mudança da roupa e fralda na cama, do familiar dependente.

Se tiver dúvidas, contacte com a equipa de Enfermagem da UCC

Antes do procedimento deve assegurar:

Preparação do material necessário

- Lençol
- Resguardo
- Fronha da almofada
- Fralda
- Material de higiene (água tépida, sabão, toalhas)
- Material proteção da pele (creme protetor)
- Saco para o lixo (fralda)

Este folheto foi realizado pela Enfermeira Estudante Rute Comba do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa em conjunto com a Equipa da UCC



Frente

7 – Colocar lençol até meio da cama, enrolando para dentro, bem esticado em toda a superfície da cama e o resguardo por cima da mesma forma, entalando os cantos por baixo do colchão; seguida da fralda aberta (a parte de trás da fralda apoiada nas nádegas do familiar e a parte da frente da fralda, coloca-se para a frente, logo entre as pernas do familiar).



8 – Virar o familiar para o lado oposto, posicionando-o por cima da roupa limpa (colocando grade, se tiver).



9 – Posicionando-se do lado oposto, remover a roupa suja enrolada e puxar a que está limpa, esticando bem.

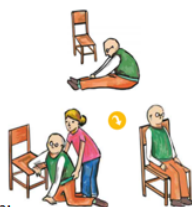
Verso

APÊNDICE VII

Folheto de apoio ao cuidador na prevenção
de quedas

EM CASO DE QUEDA, O QUE FAZER?

- 1ª Tente sentar o familiar no chão.
- 2ª Coloque uma cadeira perto.
- 3ª Ajude a levantar-se, segurando por trás com as duas mãos pelas calças (cós ou cinto).
- 4ª Sente-o para descansar, até ficar tranquilo.



Caso esteja sozinho, o cuidador deve ensiná-lo a:

- 1º Dobrar o corpo, ficar de gatas e gatinhar até mobília segura.
- 2º Colocar as mãos sobre ela e por um pé à frente bem assente no chão. Fazer o esforço para se levantar



Em caso do seu familiar ter uma dor muito intensa e não se conseguir mexer: Não se deve tentar levantá-lo, deve ligar 112 e mantê-lo quente até chegar ajuda. Se cair sozinho, deve ensiná-lo a pedir ajuda (ter sempre telefone com ele) ou fazer barulho com objeto para chamar a atenção dos vizinhos.

As quedas podem ser prevenidas fazendo pequenos ajustes na casa e no estilo de vida.

Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)

Bibliografia:

- ✓ Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (2016) Manual do cuidador 3. Prevenção de quedas em idosos no domicílio. Governo dos Açores, Direção Regional da Solidariedade Social.
- ✓ Ebook: Tropeções, quedas e trambolhões: Livro digital sobre prevenção de quedas – Biblioteca de Literacia em Saúde (sns.gov.pt)

Unidade de Cuidados na Comunidade



Apoio ao cuidador na prevenção de quedas

Este folheto tem como objetivo capacitar o cuidador para estratégias que previnam as quedas em casa.

Se tiver dúvidas, contacte com a equipa de Enfermagem da UCC

A ocorrência de quedas pode originar consequências graves em termos de alteração de mobilidade do seu familiar e de si próprio, tal como são responsáveis por muitas mortes acidentais. É fundamental conhecer as estratégias de prevenção para viver em ambientes seguros e com estilos de vida saudáveis para que se previnam as quedas.

Este folheto vai ajudá-lo a:

Conhecer as causas e os fatores de risco de queda
Como adotar medidas de prevenção de quedas
O que fazer em caso de queda

Este folheto foi realizado pela Enfermeira Estudante Rute Comba do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa em conjunto com a Equipa da UCC



Frente

O QUE PODE CONTRIBUIR PARA UMA QUEDA ?

Fatores do Próprio	Fatores do Meio
• Alteração da marcha/postura • Diminuição da visão, do equilíbrio e/ou da força muscular • Fragilidade/dor/dependência • Doenças (osteoporose, doença cardiovascular...) • Medicação (para urinar e/ou evacuar, para a tensão arterial, para dormir...) • Estado demencial	• Em casa ou no exterior • Chão (irregular, escorregadio, tapetes) • Calçado e roupa • Casa de banho • Mobília • Auxiliares de marcha • Iluminação • Escadas • Animais domésticos

COMO PREVENIR AS QUEDAS?

1- Alimentação adequada

A osteoporose (densidade dos ossos enfraquecida) afeta grande parte dos idosos, pelo que uma alimentação rica em cálcio, bem como em vitamina D, será importante para prevenir esta doença e diminuir o risco de fratura causada por uma queda. Pode ser necessário fazer suplementos, informe-se com o seu médico/enfermeiro.

2 - Exercício Físico

Manter o movimento na pessoa que cuida vai ajudar a ter menor risco de queda. Se existir dificuldade de equilíbrio, os exercícios devem ser realizados sentado ou apoiado, sem provocar dor ou desconforto. Exemplos:

- Sentar-se e levantar-se da cadeira; depois sentado, levantar a perna e esticá-la, uma de cada vez.
- Em pé, poderá levantar as pernas uma de cada vez; dobrar e esticar o joelho (um de cada vez); erguer-se e baixar-se, em pontas dos pés; esticar o tronco com mãos na cintura, para cada um dos lados.

- Uma caminhada regular de 30 minutos também pode ser uma opção.



3 - MANTER A SEGURANÇA DO AMBIENTE

• CHÃO:

- Prefira pisos antiderrapantes; Mantenha o chão livre de objetos; A disposição dos móveis não deve impedir a circulação; Evite tapetes, sempre que possível ou aplique antiderrapantes por baixo, pregue-os ao chão e coloque adesivo nas pontas dos tapetes.

• CALÇADO E ROUPA:

- Os sapatos ou chinelos devem ser fechados e estar presos ao pé; ter solas antiderrapantes; para quem gosta de andar descalço, usar sempre meias antiderrapantes, (não sendo o + recomendado); a roupa não deve estar comprida (calças, camisas dormir) e caída (xailes, cintos dos roupões) para que não tropece.



• CASA DE BANHO:

- Colocar tapetes antiderrapantes na banheira/chuveiro e mantê-los com bom estado de conservação. Use barras de apoio junto da sanita e da banheira/chuveiro. Ter cadeira/banco no chuveiro.



• MOBÍLIA:

- A altura da cama, das cadeiras e sofás devem ter a altura adequada para uma transferência segura, permitindo estar sentado com os dois pés no chão e com joelhos dobrados a 90º. As cadeiras devem ter braços de apoio, e os assentos podem ser compensados com almofadas ou cortar as pernas.



• AUXILIARES DE MARCHA:

- A altura da (bengala, canadiana, andarião,...) deve estar adaptada ao seu familiar, alinhada com as ancas; verificar as borrachas e substituir sempre que apresentem grande desgaste. Nas cadeira de rodas, verifique os pneus e sistema de travagem das cadeiras de rodas. Trave sempre a cadeira de rodas e remova os descansos de pés antes das transferências.

• ILUMINAÇÃO:

- Os interruptores devem estar ao alcance; haver luzes de presença noturna no trajeto quarto/casa de banho; aumente a potência das lâmpadas e ilumine melhor todos os locais; os fios elétricos devem estar presos à parede.

• ESCADAS:

- Coloque corrimão, se possível, dos dois lados; coloque fita adesiva na beira de cada degrau; retire os tapetes; reforce a iluminação.



• Atenção aos ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO, principalmente cães e gatos.

Verso

APÊNDICE VIII

Plano de sessão e sessão de educação para
a saúde sobre mecânica corporal

Plano de Sessão

Tema da sessão: Mecânica Corporal

População-alvo: Cuidadores informais da ECCI

Formadora: Enfermeira Estudante Rute Comba do 11º CMEER da ESEL

Data: 13 de Janeiro de 2021 **Horário:** 15h

Local: Plataforma de videoconferência online através de mail da UCC **Duração:** 45 minutos

Objetivo geral: Capacitar os cuidadores informais para melhorar a sua prestação de cuidados com uso correto da mecânica corporal.

Objetivos específicos:

- Conhecer os componentes essenciais da mecânica corporal.
- Compreender algumas consequências do uso incorreto e fatores que perturbam a mecânica corporal, na sua prestação de cuidados.
- Fornecer conhecimentos em termos de ajudas ou dicas que ajudem a corrigir ou melhorar a sua mecânica corporal no dia a dia, como cuidadores.
- Providenciar um momento de relaxamento aos cuidadores, através de exercícios simples.

ETAPAS	ATIVIDADES PROGRAMÁTICAS	MÉTODOS/TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	RECURSOS DIDÁTICOS	AVALIAÇÃO	TEMPO (MIN)
INTRODUÇÃO	• Apresentação do projeto Capacitar para cuidar e seus objetivos • Apresentação do tema	Expositivo Interrogativo	Plataforma videoconferência online Powerpoint	...	5
DESENVOLVIMENTO	• Conceito de mecânica corporal • Componentes da mecânica corporal • Consequências de uso incorreto • Fatores que perturbam a mecânica corporal • Ajudas ou dicas para melhorar a mecânica corporal	Expositivo Interrogativo	Plataforma videoconferência online Powerpoint	Participação direta online nas questões	25
	• Sessão de exercícios de relaxamento	Demonstrativo Ativo	Plataforma videoconferência online Powerpoint	Observação direta online da participação.	10
CONCLUSÃO	• Síntese • Formulação de questões	Expositivo Interrogativo	Plataforma videoconferência online Powerpoint	Avaliação oral da sessão. Questões e levantamento de próximo tema de interesse dos participantes	5

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE arslivt

Projeto "Capacitar para cuidar" UCC

Sessão de Abertura



Mecânica Corporal

Elaborado por: Enfermeira Estudante Rute Comba do 11º CMEEER da ESEL
Orientador: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Janeiro 2021

Projeto "Capacitar para cuidar"

Apresentação do projeto

Sessões para o cuidador?

Cuidar de mim

→

Cuidar melhor do outro

Chore se AJUDAR

RIA sem se sentir culpado



Projeto "Capacitar para cuidar"

Objetivo da sua participação

Sentir-se menos solitário ou isolado;	Mais informação - ganhar uma sensação de controle de situação;	Melhorar as suas capacidades para lidar com as situações;
Ajudar a manter o familiar o mais tempo possível em casa;	Adquirir uma melhor compreensão sobre o que esperar do futuro;	Obter aconselhamento e informações práticas;
Melhorar a capacidade de cuidar do seu familiar;	Reduzir o sofrimento, cansaço e a ansiedade;	Ir de encontro às suas necessidades.

Projeto "Capacitar para cuidar"

1ª Sessão

Mecânica corporal – como ter cuidado com o esforço físico...



Projeto "Capacitar para cuidar"

Sumário

- Definição do conceito de mecânica corporal
- Consequências do uso incorreto da mecânica corporal;
- Componentes da mecânica corporal- equilíbrio e postura;
- Fatores que perturbam a mecânica corporal;
- Ajudas /Dicas para melhorar a mecânica corporal.

Projeto "Capacitar para cuidar"

Mecânica Corporal

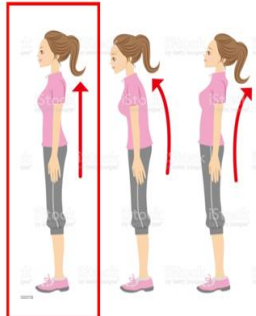


Projeto "Capacitar para cuidar"

Mecânica Corporal

ALINHAMENTO CORPORAL

- Segmentos corporais colocados respeitando a sua anatomia e fisiologia;
- Diminui a força sobre as articulações, tendões, ligamentos e músculos;
- Mais estabilidade;
- A coluna vertebral é o "eixo" de um bom alinhamento.



POSTURA

- Posição do corpo com mínimo de sobrecarga das estruturas para o máximo de eficiência na utilização do corpo.

Projeto "Capacitar para cuidar"

Mecânica Corporal



Posição do corpo em que o peso se encontra dividido equitativamente pela superfície de apoio e que permite manter a postura correta.

- Base de sustentação
- Centro de Gravidade
- Linha de Gravidade

Mecânica Corporal – Uso incorreto

Projeto "Capacitar para cuidar"

Fadiga

Dor

Lesões

saudebemestar.pt

9

Equilíbrio e Postura

Projeto "Capacitar para cuidar"

BASE DE SUSTENTAÇÃO

- Área onde a pessoa está apoiada;
- Quanto maior, maior a estabilidade alcançada;
- Os pés devem estar virados no sentido do movimento.

10

Equilíbrio e Postura

Projeto "Capacitar para cuidar"

CENTRO DE GRAVIDADE

- Zona mais pesada do corpo;
- Ponto exato em que o peso da parte superior do corpo é igual ao da parte inferior;
- Localiza-se abaixo da zona umbigo /2ª vertebra sagrada;
- A proximidade à base de sustentação determina a estabilidade do equilíbrio.

11

Equilíbrio e Postura

Projeto "Capacitar para cuidar"

LINHA DE GRAVIDADE

- É uma linha imaginária traçada perpendicularmente ao centro de gravidade do objeto.
- Quando a linha de gravidade cai dentro da base de sustentação, obtém-se maior estabilidade.

12

Equilíbrio e Postura

Projeto "Capacitar para cuidar"

Equilíbrio

Desequilíbrio

13

Mecânica corporal: que fatores perturbam?

Projeto "Capacitar para cuidar"

Inclinação do tronco (mais de 10 graus)

Transporte de cargas/ Mobilização de pesos

14

Mecânica Corporal – que dicas?

Projeto "Capacitar para cuidar"

15

Mecânica Corporal: que dicas?

Projeto "Capacitar para cuidar"

Ambiente Seguro

Roupa larga e confortável

Calçado fechado

Planejar o movimento e esforço

16

APÊNDICE IX

Plano de sessão e sessão de educação para
a saúde sobre acidentes domésticos

Plano de Sessão

Tema da sessão: Acidentes Domésticos

População-alvo: Cuidadores informais da ECCI

Formadora: Enfermeira Estudante Rute Comba do 11º CMEER da ESEL

Data: 4 de Fevereiro de 2021 **Horário:** 15h

Local: Plataforma de videoconferência online através de mail da UCC **Duração:** 45 minutos

Objetivo geral: Capacitar os cuidadores informais para melhorar a sua prestação de cuidados após um acidente doméstico.

Objetivos específicos:

- Saber como atuar perante uma ferida (superficial, profunda ou sangrante), equimose/hematoma, fratura, entorse ou traumatismo na cabeça.
- Conhecer os procedimentos a ter perante uma intoxicação (contacto, inalação ou ingestão)
- Identificar o tipo de queimaduras (1º, 2º ou 3º grau) e como atuar.
- Providenciar um momento de relaxamento aos cuidadores, através de exercícios simples.

ETAPAS	ATIVIDADES PROGRAMÁTICAS	MÉTODOS/TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	RECURSOS DIDÁTICOS	AVALIAÇÃO	TEMPO (MIN)
INTRODUÇÃO	• Apresentação do tema	Expositivo	Plataforma videoconferência online Powerpoint	...	5
DESENVOLVIMENTO	• Conhecimento sobre forma de atuar em caso de: - Feridas superficiais, profundas ou muito sangrantes; - Equimose/hematoma; - Fratura ou entorse; - Traumatismo na cabeça; - Intoxicação (contacto, inalação ou ingestão); - Posição Lateral de Segurança; - Queimadura (1º, 2º e 3º grau).	Expositivo Interrogativo	Plataforma videoconferência online Powerpoint	Participação direta online (conhecer pré-adquiridos). Validação da informação nova.	25
	• Sessão de exercícios de relaxamento	Demonstrativo Ativo	Plataforma videoconferência online Powerpoint	Observação direta online da participação.	10
CONCLUSÃO	• Síntese • Formulação de questões	Expositivo Interrogativo	Plataforma videoconferência online Powerpoint	Avaliação oral da sessão. Levantamento de próximo tema de interesse	5

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | arslvt | Projeto "Capacitar para cuidar" UCC

2ª Sessão



Acidentes domésticos

Elaborado por: Enfermeira Estudante Rute Comba do 11º CMEEER da ESEL
Orientador: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Fevereiro 2021

Sessão "Capacitar para cuidar"

Sumário

- Aprendizagem de como atuar em caso de:

				
Feridas	Equimose Hematoma (Nódulos negros)	Fratura, Entorse ou Traumatismo	Intoxicação	Queimaduras

2

Projeto "Capacitar para cuidar"

Feridas

Feridas Superficiais	Feridas Profundas
 - Limpar a pele à volta da ferida com água e sabão neutro; - Secar a ferida com compressa através de pequenos toques; - Desinfetar com antisséptico. - Depois de limpa, se pequena, deixá-la preferencialmente ao ar ou aplicar uma compressa estéril.	 - Mexer o menos possível; - Proteger com compressas limpas e secas em redor do objeto; - Provocada por faca, punhal ou vidro encravado, não retirar o objeto; - Ligar 112 ou transportar para o hospital o mais rápido possível.

3

Projeto "Capacitar para cuidar"

Feridas

Em caso de ferida muito sangrante:

- Se as compressas ficarem com muito sangue, **colocar outras por cima, sem nunca retirar as primeiras**;
- Fazer **compressão** até a hemorragia parar (até 10 minutos), se possível elevar o local/membro.



• Em caso do seu familiar tomar de **anticoagulantes (AAS, tromalyt, clopidogrel, varfine ou outros)** contactar **médico assistente/SNS 24 ou 112**.

4

Projeto "Capacitar para cuidar"

Equimose/Hematoma

- Aplicar **frio** para diminuir a dor e evitar agravamento da lesão, nas primeiras 24h, por **períodos de 10 a 15min**, 3 a 4 vezes/dia;
- Elevar o membro para evitar o inchaço;
- Só coloque pomadas se recomendado e sem massajar.




O hematoma ou equimose começa com uma cor avermelhada

Em torno de 2 dias, muda para uma cor preta-arroxada

Em torno de 7 dias, muda para uma cor verde-amarelada até sumir completamente por volta de 20 dias

5

Projeto "Capacitar para cuidar"

Fratura ou Entorse

Fratura	Entorse
 • Mantenha familiar em repouso; • Evite movimentar a região; • Aplique gelo no local; • Imobilize o local; • Se fratura exposta, não tente colocar osso no lugar; • Ligar 112 ou transportar para o hospital o mais rápido possível	 • Evitar o movimento da articulação; • Imobilizar o local; • Elevar membro lesionado; • Aplicar gelo ou água fria sobre a articulação; • Ligar 112 ou transportar para o hospital o mais rápido possível.



6

Projeto "Capacitar para cuidar"

Traumatismo na Cabeça



Mantenha o familiar em repouso;

Aplique gelo;

Estanque a hemorragia (se houver);

Envolva o pescoço do familiar com toalha apoiando a cabeça, para evitar movimentos para os lados;

Ligar 112

7

Projeto "Capacitar para cuidar"

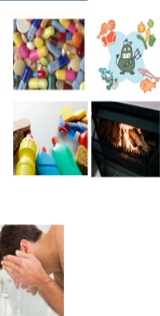
Intoxicação

Intoxicação pode ser causada por:

- Medicamentos ou alimentos estragados/contaminados;
- Produtos de limpeza (lixívia, tira-gorduras e desentupidores de canos);
- Pesticidas ou fumos (lareiras, salamandras, ...)

Como atuar, no caso de **intoxicação por contacto**:

- remover o familiar para local seguro e arejado;
- retirar roupas contaminadas, se for o caso;
- lavar abundantemente com água, o local afetado;
- se forem os olhos – após lavagem, aplicar compressa ou pano limpo sobre os mesmos.



8

Projeto "Capacitar para cuidar"

Intoxicação

Como atuar, no caso de **intoxicação por inalação**:

- remover o familiar para local seguro e arejado;
- observar o local do acidente para poder transmitir informação sobre o local e detalhes do que observou;
- tentar perguntar ao familiar mais detalhes.

Como atuar, no caso de **intoxicação por ingestão**:

- não provocar o vômito;
- não oferecer qualquer tipo de líquido;
- remover familiar para local arejado;
- nunca deixar o familiar sozinho, deixando-o falar, se puder;
- despertar as roupas e se estiverem contaminadas, retire-as;
- colocar familiar em **Posição Lateral de Segurança**, de forma a evitar aspiração de vômito;



9

Projeto "Capacitar para cuidar"

Intoxicação



Posição Lateral de Segurança

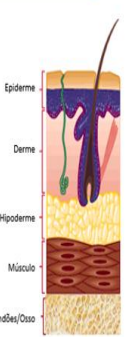
Ligar 112 ou
INEM
800 250 250
CIAV
Centro de Informação Anti-Venenos

10

Projeto "Capacitar para cuidar"

Queimaduras

Avaliação da queimadura	
1º Grau	1º Grau: Epidérmica
2º Grau	2º Grau: Superficial Parcial
	Profunda Parcial
3º Grau	3º Grau: Completa
	Completa +



11

Projeto "Capacitar para cuidar"

Queimaduras

Queimadura 1º Grau

Sinais: Vermelhidão, dor ao toque, ligeiro inchaço.

Como atuar:

- Passar por água tépida;
- Retirar qualquer objeto (anéis, cinto, brincos, colares...);
- Proteger zona queimada com pano ou compressa limpa;
- Pode aplicar cremes hidratantes indicados para queimaduras (alívio da dor e inflamação);
- Nunca aplicar manteigas, óleos ou pomadas caseiras.



12

Queimaduras

Queimadura 2º Grau

Sinais: Dor intensa, formação de bolhas, possível perda de partes da pele.

Como atuar:

- Passar por água tépida durante 20 minutos;
- Limpar a pele afetada;
- Secar com pano limpo e cobrir com compressa estéril;
- Elevar braços ou pernas, quando queimados;
- Não furar ou reventar bolhas;
- Não retirar roupa ou substâncias aderentes;
- Pedir observação a um profissional de saúde.



Queimaduras

Queimadura de 3º Grau

Sinais: Perda de Pele pode ficar sem dor, pele chamuscada, seca ou com manchas brancas, castanhas ou pretas.

Como atuar:

- Passar por água tépida durante 20 minutos;
- Cobrir com pano ou compressa limpo, molhado em água;
- Se cara queimada, ir verificando problemas na respiração;
- Elevar a zona queimada acima da cabeça, se possível;
- Procurar ajuda pela linha SNS 24;
- Se queimadura extensa, ligar 112.



Ideias gerais

Saber como atuar perante um acidente doméstico, evita complicações e traz segurança nos seus cuidados.

Em caso de dúvida, procurar ajuda pela linha SNS 24



São muitos os desafios que terá pela frente, mas com a atitude certa você estará preparado para todos eles.

**Conhecimento é uma importante arma
no seu cuidar!**

QUESTÕES?



Referências Bibliográficas

- ✓ Instituto Nacional de Emergência Médica (2012) Manual TAS. Emergências de Trauma. 1ª Edição. ISBN 978-989-8646-13-2
- ✓ Reis, Isabel (2010) Manual de primeiros socorros : situações de urgência nas escolas, jardins de infância e campos de férias. Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular. ISBN 978-972-742-330-9

[illegible]

Elaborado por: Enfermeira Estudante Rute Comba do 11º CMEER da ESEL
Orientador: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Fevereiro 2021

APÊNDICE X

Consentimento informado para a realização
e divulgação dos vídeos

MINUTA DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento, não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido(a). Verifique se todas as informações estão corretas e demore o tempo que considerar necessário para o seu preenchimento e reflexão. Se tudo estiver conforme e claro para si, e se estiver de acordo com o que lhe é proposto e foi informado, então assine o documento.

O consentimento informado, esclarecido e livre traduz-se numa importante manifestação da vontade, que se destina a respeitar o direito da pessoa a decidir sobre a sua colaboração, sendo fundamental que haja adequada informação para que seja verdadeiramente esclarecido(a) e informado(a). Deverá o mesmo ser prestado pelo próprio sempre que este se encontre capaz de dar o seu consentimento, consciente, livre e esclarecido.

_____ (nome do utente), _____ (estado civil), Residente em _____, titular do Bilhete de identidade/ Cartão de Cidadão nº _____, Válido até ____/____/____ (na falta de outro documento de identificação preencher os dados referentes ao passaporte nº _____, emitido por _____ (País), Válido até ____/____/____, NIF _____, Cartão de utente SNS nº _____ Beneficiário do Subsistema nº _____ (se for o caso, identificar subsistema e respetivo nº de beneficiário), NISS _____, declaro que:

Fui informado(a) que face ao meu estado de saúde e dependência de terceiros (existência de pessoa que me cuida informalmente) e de acordo com as opções terapêuticas e intervenções de apoio de Enfermagem de Reabilitação adequadas à sua situação, é-me proposta a participação no Projeto “Capacitar para cuidar” da Unidade de Cuidados na Comunidade de _____ do ACES _____.

Para esta participação, sobre determinados procedimentos relacionados com a prestação de cuidados nas atividades de vida diárias e exercícios recomendados pelos Enfermeiros de Reabilitação necessários à minha situação de saúde, foi-me elucidada a finalidade e objetivos desta participação, no sentido de poder autorizar a filmagem dos mesmos, para a própria visualização do que está recomendado e para a posterior partilha com outros utentes/cuidadores que possam beneficiar de esclarecimento e aumento de competências nessa mesma área de cuidados, no âmbito da capacitação do próprio e do cuidador informal.

¹ Devem, nomeadamente ser descritos ao doente, de forma clara e perceptível, os cuidados, tratamentos ou procedimentos propostos, sua finalidade, objetivo e duração, possíveis complicações e ou efeitos secundários e eventuais alternativas.

ACES [REDACTED]
UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE [REDACTED]

No decurso da minha participação, realizar-se-á a criação de pequenos vídeos que representem a prestação de cuidados nas atividades de vida diárias ou realização de exercícios terapêuticos, sempre elaborado conjuntamente comigo, e/ou com o meu representante (legal ou outro),², caso me encontre impossibilitado ou com notórias impossibilidades em me manifestar e entender o que for proposto, e que me será descrito e explicado (ou ao meu representante nas situações atrás descritas), previamente à realização dos mesmos vídeos e intervenções aí previstas.

Fui também informada/o de ter total liberdade para recusar a participação proposta e/ou de poder, a qualquer momento, não autorizar e/ou retirar o consentimento para esta participação, bem como de, a todo o tempo poder solicitar mais informação e/ou esclarecer dúvidas junto dos profissionais de saúde que integram a equipa.

Os meus dados pessoais, incluindo dados de saúde, serão tratados sobre sigilo no domínio do serviço nacional de saúde, para a sua exclusiva e estrita utilização, no sentido de apenas servir como instrumento para outros utentes/cuidadores e/ou participação em trabalhos académicos/científicos e investigação relacionados com a divulgação de instrumentos de capacitação da prestação de cuidados e tratamentos de saúde do ACES [REDACTED]. O responsável pelo tratamento é o Agrupamento de Centros de Saúde [REDACTED] (ACES), estando ciente de que posso aceder e retificar os meus dados mediante solicitação por escrito nesse sentido ao ACES [REDACTED] - UCC [REDACTED].

Para a partilha dos referidos vídeos, sob a forma anonimizada dou expressa autorização: (assinalar qual a opção)

☐ Sim

☐ Não

De forma livre e esclarecida, e para os devidos efeitos,

☐ Declaro consentir na minha participação nos termos acima enunciados.

☐ Declaro que recuso a participação aqui proposta, apesar de ter sido informada/o da sua adequação ao meu estado de saúde e situação de dependência de outros.

☐ Motivos de Recusa: _____

_____, _____ de _____ de 20____³

O Utente: _____

(assinatura conforme BI/CC/Passaporte, devendo juntar cópia)

² Quando o doente não esteja declarado judicialmente como incapaz, devendo ser ouvida a opinião de familiares ou acompanhantes que sejam reconhecidos como cuidadores habituais. ³ A preencher pelo Utente/Representante, indicando o local e data em que foi prestado o consentimento

O representante do Utente: _____

(assinatura conforme BI/CC/Passaporte, devendo juntar cópia)

_____(nome), _____(estado civil), residente em _____, titular do B.I./C.C. nº _____, Válido até ____/____/_____(na falta de outro documento de identificação preencher os dados referentes ao passaporte nº _____, emitido por _____(País), Válido até ____/____/____.

Contactos: _____ (Telemóvel/telefone fixo) / _____(email)

Grau de Parentesco ou tipo de representação: _____ - _____

O Profissional⁴

____/____/____

(Identificar a entidade)

Este documento é composto por 3 páginas, tendo a última sido assinada e as anteriores rubricadas por todos os intervenientes, sendo feito em duplicado, uma cópia é entregue ao utente/representante e a outra arquivada no processo clínico do primeiro.

⁴ Assinatura legível do profissional que presta a informação e obtém o consentimento do utente.

APÊNDICE XI

Entrevista da escala da sobrecarga do
cuidador



Entrevista da Escala de Sobrecarga do Cuidador

Segue-se uma série de perguntas em relação aos sentimentos e ideias que as pessoas, por vezes, têm quando cuidam de um familiar doente.

Por favor assinale, para cada pergunta, com uma cruz (X) no quadrado à frente, a resposta que melhor indique a frequência com que se sente desta forma ou tem esses pensamentos (nunca, quase nunca, às vezes, muitas vezes, quase sempre).

Não existem respostas certas ou erradas, só interessa a que melhor se aplica a si próprio(a).

Muito Obrigado.

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

Cuidador : _____	Idade: _____
Nome de quem cuida: _____	Idade: _____
Grau de parentesco: _____	Data de preenchimento: ____/____/____

APÊNDICE XII

Estudo de caso de utente na ECCI

**11º Curso de Mestrado na área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação**

Estágio com Relatório

Estudo de Caso de utente na ECCI

Rute Neto Duque Santa Comba

**Lisboa
fevereiro 2021**

**11º Curso de Mestrado na área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação**

Estágio com Relatório

Estudo de Caso de utente na ECCI

Rute Neto Duque Santa Comba

Docente Orientador: Professor Doutor Miguel Serra

**Lisboa
fevereiro 2021**

ABREVIATURAS

APA – American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Cp. – Comprimido

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Saúde de Lisboa

MIF – Medida de Independência Funcional

MRC – Medical Research Council

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

TA – Tensão Arterial

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
1– IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA EM ESTUDO.....	5
1.1 – HISTÓRIA DE SAÚDE.....	5
1.1.1 – Antecedentes de saúde pessoal e familiar.....	5
1.1.2 – Vigilância de saúde.....	5
1.1.3 – História de doença atual.....	6
1.2 – CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE SUPORTE SOCIAL E FAMILIAR.....	8
2 – AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	10
2.1 – EXAME FÍSICO.....	10
2.2 – EXAME NEUROLÓGICO.....	11
2.3 – AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA.....	16
2.4 – AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO CARDIACA.....	16
2.5 – AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE.....	17
2.6 – AVALIAÇÃO DA INTEGRIDADE CUTÂNEA.....	19
2.7 – AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO DA ALIMENTAÇÃO.....	19
2.8 – AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO DA ELIMINAÇÃO.....	19
2.9 – AVALIAÇÃO DA SEXUALIDADE.....	20
2.10 – AVALIAÇÃO DO ESTADO EMOCIONAL.....	20
3 – PLANO DE INTERVENÇÃO ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	21
3.1 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM.....	21
3.2 – OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO DE ER	22
3.3 – PLANO DE CUIDADOS ESPECIALIZADO DE ER.....	23
4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, este estudo de caso insere-se no âmbito das atividades propostas. A sua elaboração tem como intuito descrever, analisar e compreender a situação de saúde de uma senhora com diagnóstico principal de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Para este estudo de caso, foi considerada a prática de cuidados estabelecida com a senhora Rosa, bem como a consulta do processo clínico, autores de referência para compreensão e análise da situação, bem como a aplicação de escalas.

Tal como preconizado no Código Deontológico do Enfermeiro é função do profissional de enfermagem garantir o direito à intimidade dos clientes, pelo que durante este trabalho é garantido o anonimato dos dados (Lei nº 156/2015, artigo 106º, p.8103), pelo que o nome da utente utilizado é fictício.

O AVC é uma das principais causas de incapacidade temporária e de incapacidade definitiva, comprometendo a independência na realização das atividades de vida diária. Dentro das incapacidades resultantes, podem verificar-se problemas relacionados com a comunicação oral, alterações motoras, complicações respiratórias e isolamento social (Goulart, Almeida, Silva, Oenning, & Lagni, 2016). Neste sentido, é possível afirmar que o AVC é uma das principais causas de morbilidade, mas também de incapacidade e invalidez (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Este estudo de caso é dividido em quatro capítulos e respetivos subcapítulos. Inicia-se pela identificação do cliente (história de saúde e caracterização da rede de suporte social e familiar), segue-se pela avaliação de Enfermagem de Reabilitação (exame físico, exame neurológico e as respetivas avaliações), depois o plano de intervenção especializado de enfermagem de reabilitação (diagnósticos de enfermagem, objetivos de intervenção e plano de cuidados), considerações finais e referências bibliográficas, segundo as normas American Psychological Association (APA) descritas no guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações (Godinho, 2020) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

1 – IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA EM ESTUDO

Dados Gerais:

Nome: M. R. C. **Prefere ser tratado por:** Rosa

Data de Nascimento: 06/02/1954

Idade: 66 anos

Sexo: Feminino

Raça: Leucodérmico

Estado Civil: Casada

Nacionalidade: Portuguesa

Naturalidade: Sacavém

Residência: Sacavém

Profissão: Reformada em maio 2020 (anteriormente empregada de limpezas)

Agregado Familiar: Reside em apartamento com esposo (72 anos) e neta (13 anos)

Escolaridade: 4ª classe

1.1- HISTÓRIA DE SAÚDE

1.1.1 – Antecedentes de saúde pessoal e familiar

Doenças de infância – Sarampo (por duas vezes), Varicela, Parotidite.

Apendicetomia aos 17 anos. Asma brônquica, Hipertensão Arterial.

História familiar de avó materna e mãe com problemas cardíacos (não sabe especificar) e pai com doença de Parkinson (todos falecidos à data da entrevista).

Hábitos aditivos: nega consumos lícitos ou ilícitos

Alergias: nega alergias do foro alimentar e medicamentoso

Vacinação: em dia

1.1.2 – Vigilância de saúde

Habitualmente revela que descurava muito a sua situação de saúde, apesar de ter médico de família na Unidade de Saúde Familiar e respetiva enfermeira de família, só recorrendo sobretudo para receituário.

1.1.3 – História de doença atual

Motivo do internamento

A senhora R. foi vítima de queda na rua, no dia 28 de junho, após ativação da Via Verde AVC, foi transportada para o Hospital de São José onde ficou internada por diminuição de força muscular no membro superior direito e queda com traumatismo crânio encefálico por AVC.

Resumo do internamento

Apresentou como diagnóstico médico principal AVC hemorrágico (hematoma talâmico esquerdo com rotura para sistema ventricular sem hidrocefalia) diagnosticado após queda na rua, por episódio súbito de diminuição da força muscular membro superior à direita, Ao exame neurológico na admissão na urgência, destacava-se parésia facial central direita, hemiparésia direita com força muscular 2 no membro superior direito e 3 no membro inferior direito, hemihipostesia direita e disartria moderada.

Internada na Unidade Cérebro Vascular, fez ecodopler dos vasos do pescoço, ecodopler transcraniano, ecocardiograma transtorácico e tomografia axial computadorizada crânio encefálica a 30 de junho e a 1 de julho, este último assinalando discreta acentuação do halo de edema de hematoma talâmico esquerdo, sinais de hemorragia intraventricular.

Por estabilidade clínica e a pedido da família, que recusou transferência para o hospital da área de residência, ficou internada no serviço de medicina a 2 julho, iniciando sessões de fisioterapia durante a totalidade do internamento com ligeira melhoria da capacidade motora e cognitiva.

Não se verificaram outras intercorrências, nomeadamente infeções nosocomiais. Ao 24º dia, foi transferida para o Hospital Curry Cabral para o serviço de Medicina Física e Reabilitação para manter fisioterapia, terapia da fala e terapia ocupacional. Teve alta a 2 outubro para o domicílio.

Terapêutica atual - de dia 13 de outubro ao momento atual.

Losartan+Hidroclorotiazida 50+25mg 1 Cp. almoço

Bisoprolol 2,5mg 1 Cp. almoço

Montelucaste 10mg 1 Cp. pequeno almoço

Brometo de Glicopirronio 49 microgramas inalador manhã

Omeprazol 40 mg 1 Cp. em jejum

Alprazolam 0,5mg (SOS) foi recomendado fazer 1 Cp. dia manhã

Paracetamol 1000mg SOS e/ou Ibuprofeno 400mg SOS (se dores)

Admissão na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)

Utente referenciado para a ECCI pela equipa de gestão de altas do Centro Hospitalar de Lisboa Central para reabilitação, sobretudo com indicação para treino de marcha e treino de Atividade de Vida Diária (AVD).

Realizada primeira visita domiciliária de admissão na ECCI a 12 de outubro de 2020.

Dos registos na admissão, relata-se:

“utente encontrava-se na companhia do marido e neta, com quem vive. Habitação com boas condições de higiene e habitabilidade, (...) apresenta fâcies triste e com discurso negativista, refere que não queria reformar-se e ao reformar-se ficou doente (...). Tem apoio para higiene e limpeza da casa, cuidador informal – esposo, (...). Consciente e orientada, (...). Integridade cutânea, Pele e mucosas coradas e hidratadas (...). Sem alterações respiratórias, murmúrio vesicular mantido bilateralmente (...) Alimentação com mão esquerda, faz 4 refeições por dia. Não referia disfagia, mas foi alertada para os sinais de aspiração de conteúdo alimentar. Dependente na higiene pessoal e vestir-se, Locomoção com apoio bilateral ou cadeira de rodas. Eliminação vesical no WC e intestinal regular diário, (...) Sono e repouso sem alterações, mas refere que não dorme a noite toda, mas que já era assim antes deste episódio de doença. (...) Não referia dor, apenas refere parestesias no MI direito. Hemodinamicamente estável, com tendência para a hipertensão, (...) Usa óculos. (...) Tem cadeira de rodas, cadeira de banho e poliban, foi proposta a aquisição de barras de apoio para poliban e sanita. (...) Cumpre esquema terapêutico com gestão/preparação realizada pelo marido. As expectativas família/utente são: recuperar mais autonomia e sobretudo conseguir andar para voltar a ir ao café com o esposo, a umas dezenas de metros na sua rua”.

Parâmetros vitais a 12 de outubro de 2020 - Tensão Arterial (TA) 147/93 mmhg; frequência cardíaca 78 b/minuto; temperatura axilar – 35,3°C; frequência respiratória: 20 c/minuto.

Escala Glasgow -15; **Escala Morse** – 40 (Risco Médio), **Escala Braden** – 13 (Risco Moderado), **Mobilidade/Amplitude articular** mantida, **Força muscular** (Medical Research Council- MRC) – à direita (3), à esquerda (5); **Tónus muscular** (Escala Ashworth Modificada) alterado no MS e MI direito, avaliado em 1.

Avaliação do Equilíbrio: Sentado: diminuído; De Pé/Ortostático: Estático e Dinâmico sem equilíbrio; **Avaliação de Marcha:** Sem marcha eficaz, necessita de apoio bilateral; **Índice de Barthel** – 20/100 - dependência total

1.2 – CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE SUPORTE SOCIAL E FAMILIAR

As informações que cito, tiveram como base uma entrevista à senhora Rosa, seu esposo e a observação direta.

Suporte Social

Reside no concelho de Loures, em apartamento situado num R/C de uma moradia de 3 andares, numa zona antiga, com saneamento básico e boas condições de higiene e habitabilidade, possuindo 3 degraus de acesso ao R/C. A casa tem 2 quartos, cozinha, sala de estar, casa de banho. É de pequenas dimensões, mas foi adaptada para no regresso a casa conseguir circular com cadeira de rodas, apesar de ter ainda alguma mobília pendurada nas paredes do corredor que impede a circulação livre de perigos, quando circula atualmente com quadripé (sobretudo na zona da cabeça), para ela e para quem a ajuda na locomoção.

Na zona que reside, tem acesso a recursos comunitários, havendo por perto lojas de comércio, clínicas, escolas, com boa rede de transportes (autocarros frequentes), perto de um cemitério.

Tem suporte social de uma instituição de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) Casas de Motoristas Portugueses contratualizada para cuidados de higiene diários no polibã (1 x dia) e limpeza da casa (2 a 3 x semana). Os restantes cuidados são prestados pelo cuidador informal - esposo.

Quanto aos recursos financeiros, aparentemente são suficientes para satisfazerem as necessidades de autocuidado.

Suporte familiar

Vive com o esposo, seu principal cuidador e com a neta de 13 anos (em sua guarda parental).

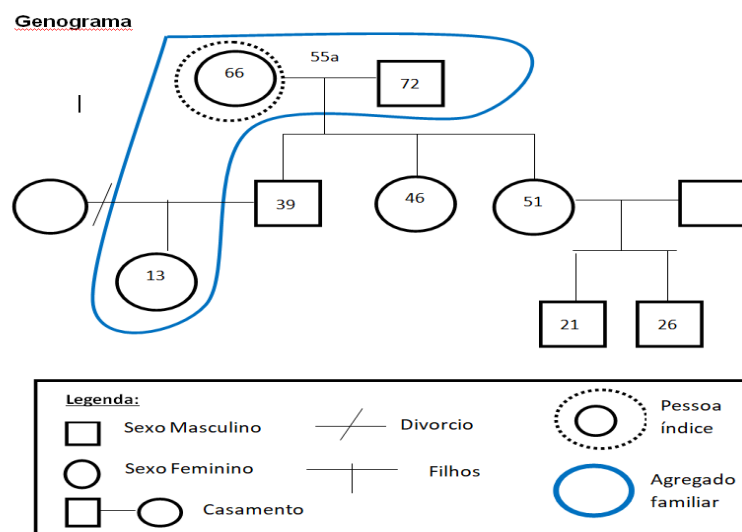
Tem três filhos, duas filhas (51 e 46 anos) e um filho (39 anos). A mais velha, casada e com dois filhos, vive em Mafra (é a que consegue dar mais apoio na aquisição de bens, necessidades e deslocações a consultas) e outra no Algarve, tem também um filho com quem não tem relação próxima (mas é o pai da neta que vive na sua casa).

As relações familiares manifestam-se boas com as filhas e com os netos, havendo maior proximidade com a filha mais velha e a neta que vive em casa.

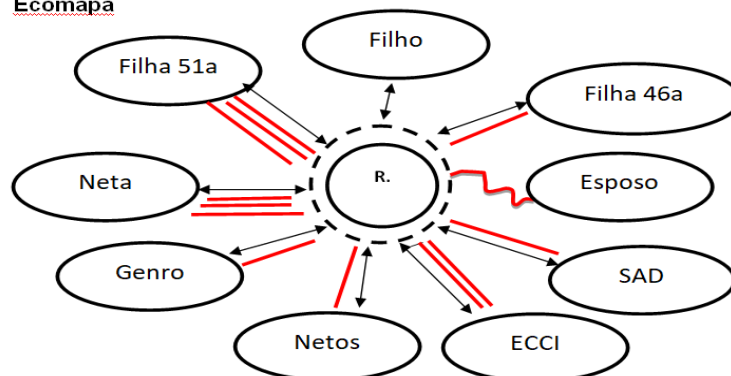
A relação com o esposo relata-a com algum conflito, que já existia antes do AVC, mas agora como está dependente dele, lhe traz sentimentos de tristeza, porque antigamente “conseguiu sair e ia trabalhar e esquecia os problemas”. (SIC)

Tem algumas amigas do trabalho e vizinhas, que vai conversando pelo telefone.

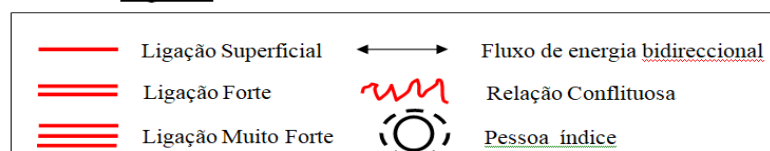
Em termos de avaliação da escala de sobrecarga do cuidador, quando aplicada a escala no dia 14 de dezembro revelou um resultado de 53 - sobrecarga ligeira, apesar do esposo manifestar períodos de cansaço e que lhe seria importante “um fim de semana livre”, em que a esposa pudesse ir para a casa da filha.



Ecomapa



Legenda:



2 – AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A primeira visita domiciliária, no âmbito deste ensino clínico, a esta senhora realizou-se no dia 25 de novembro de 2020 e a avaliação que se descreve seguidamente reporta ao dia 27 de novembro de 2020, comparando os resultados desde a admissão na ECCI (a 12 de outubro de 2020).

2.1 – EXAME FÍSICO

De acordo com a observação cefalo-caudal, observou-se:

Senhora vígil, comunicativa e positivamente recetiva à presença de mais um enfermeiro. Tem idade aparente correspondente à idade real.

Cabeça de dimensões normais, proporcional ao resto do corpo, sem anomalias, lesões ou cicatrizes. **Cabelo** de comprimento médio, castanho e limpo, que preenche uniformemente a cabeça.

Face de tamanho normal, pele corada e hidratada. Apresenta **acuidade visual** mantida com uso de prótese ocular (hipermetropia). Fendas palpebrais sem alterações. Pele e mucosas coradas e hidratadas. A nível do **pavilhão auricular**, refere acuidade auditiva mantida. Apresenta **fossas nasais** simétricas, sem compromisso respiratório. Apresenta os **lábios faciais** com pele seca e com pequena ferida (já com crosta) no lábio inferior à direita, **dentição** mantida com prótese parcial de 3 dentes em cima, cavidade oral com mucosas íntegras e coradas. **Úvula** centrada. **Língua** íntegra e hidratada, sem desvio à protusão ou limitações na mobilidade. Não apresenta desvios de comissura labial ou apagamento do sulco nasogeniano.

Pescoço simétrico e sem lesões. A nível do **tórax**, expansão torácica simétrica e regular. **Abdómen** simétrico, não distendido, mole.

Refere integridade cutânea mantida em todo o corpo (não se procedendo à observação visual do mesmo, face ao respeito pela privacidade e confiança).

A nível motor, apresenta hemiparésia à direita. **Membro superior** direito, com ligeira flexão dos dedos e punho à direita. **Membro inferior direito** com ligeira inversão do pé direito com presença de hálux valgo. Unhas de ambos os pés com presença de micoses. Membro superior e inferior esquerdo sem alterações.

Sem presença de cateteres ou dispositivos.

Sinais vitais (a 25 de novembro de 2020): TA – 110/61mmhg; Frequência cardíaca – 75 b/m; temperatura axilar – 36°C; Frequência respiratória – 18 ciclos/min. Dor – 0 (escala numérica);

Peso – 62kg, Altura – 160cm, Índice de massa corporal: 24.2 - Peso normal

2.2 – EXAME NEUROLÓGICO

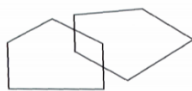
Estado Mental

A senhora Rosa está vígil e orientada autopsíquica (em relação a si e aos outros) e alopsíquicamente (em relação ao tempo e ao espaço). Escala de Glasgow – 15

Escala de Coma de Glasgow			Pontuação
Abertura dos olhos	Espontânea	4	4
	Ao comando verbal	3	
	À dor	2	
	Fechados	1	
Resposta Motora	Obedece a comandos	6	6
	Localiza a dor	5	
	Flexão retirada à dor	4	
	Flexão anormal à dor	3	
	Extensão à dor	2	
	Não mexe	1	
Resposta Verbal	Orientada	5	5
	Confusa	4	
	Palavras inapropriadas	3	
	Sons incompreensíveis	2	
	Nenhuma	1	
Totais (O+M+V)			15

(fonte: www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf)

Mini Mental State Examination (MMSE) – 26 (sem défice cognitivo, considerando os 4 anos de escolaridade), apresenta **memória imediata e recente mantida**, apenas falhou um dos 3 objetos nomeados passados 5 minutos. Não foi possível responder de forma escrita ao ponto 5 e) e ao ponto 6 face à sua incapacidade de escrita, apesar de já conseguir realizar o seu nome, de forma mais perceptível.

Mini Mental State Examination (MMSE)			
1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta) Em que ano estamos? _____ Em que mês estamos? _____ Em que dia do mês estamos? _____ Em que dia da semana estamos? _____ Em que estação do ano estamos? _____ Em que país estamos? _____ Em que distrito vive? _____ Em que terra vive? _____ Em que casa estamos? _____ Em que andar estamos? _____		Nota: 5 Nota: 5	c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos. Pegue com a mão direita _____ Dobre ao meio _____ Coloque onde deve _____ Nota: 3 d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase ilegível: "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase. Fêchou os olhos _____ Nota: 1 e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. Frase: _____ Nota: 0
2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida) "Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor". Péra _____ Gato _____ Bola _____		Nota: 3 Nota: 3	6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.) Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.  Cópia: _____ nota 0
3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas) "Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar". 27_ 24_ 21_ 18_ 15_		Nota: 5	TOTAL (Máximo 30 pontos) Nota: 26
4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta) "Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar". Péra _____ Gato _____ Bola _____		Nota: 2	
5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta) a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos: Relógio _____ Lápis _____ b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"		Nota: 1 Nota: 1	Considera-se com défice cognitivo: • analfabetos ≤ 15 pontos • 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 • com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

(fonte: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2503/6/Mini-Exame%20do%20Estado%20Mental.pdf>)

Quanto à **memória remota** também está **mantida**, quanto à descrição de episódios da vida e seus problemas de saúde.

Apresenta alteração na linguagem, apesar do discurso fluente e espontâneo, com afasia anômica, nomeia o que se questiona (9 em 10 – apesar da dificuldade em encontrar o nome correto do objeto), repete o que se diz e mantém capacidade de leitura. Escrita com alteração face à incapacidade de grafia motora da mão direita.

Negligência hemi-espacial unilateral- ainda apresenta por vezes inadequação à direita, esquecendo-se sobretudo do membro superior direito.

Pares Cranianos

I Olfativo – sem alteração da percepção do cheiro.

II Ótico – acuidade visual – diminuída por hipermetropia (necessita de prótese ocular); sem alteração dos campos visuais.

III Oculomotor, IV Patético, VI Motor Ocular Externo – apresenta simetria das fendas palpebrais, sem diplopia, apresenta midríase reativa à luz, diâmetro de 3mm em ambas as pupilas e simetria dos movimentos oculares.

V Trigêmeo – hipoestesia à direita (nos 3 ramos faciais - regiões frontal, malar e mandibular), com dificuldade em sentir o algodão; sensibilidade térmica e dolorosa na face (nos 3 ramos faciais); reflexo corneano sem alteração; movimentos de mastigação sem alteração.

VII Facial - sem alteração, face simétrica.

VIII Estado Acústico – Audição, sem alteração em som ambiente (apenas foi realizado com estalar dos dedos, não se realizou prova de Rinne ou Weber); Equilíbrio sentado – estático e dinâmico eficaz; equilíbrio de pé/ortostático – estático eficaz, dinâmico diminuído.

IX Glossofaríngeo e X Vago – sem alteração da voz, sem alteração da percepção do sabor doce ou salgado, apresenta reflexo do vômito.

XI Espinhal – rotação da cabeça, com diminuição da amplitude na rotação para a direita (60 em 70°). Elevação dos ombros sem alteração.

XII Grande Hipoglosso – sem desvio da língua à protusão, nem outras assimetrias.

Sensibilidade

Sensibilidade superficial:

- tátil: hemihipoestesia à direita;
- térmica e dolorosa: hemicorpo direito diminuída (mais reduzida na extremidade distal – pés e mãos do que nas extremidades proximais dos membros); hemicorpo esquerdo mantida;

Sensibilidade profunda:

- vibratória (não avaliada)
- à pressão – diminuída no hemicorpo à direita, mantida no hemicorpo à esquerda
- cinética postural – sem alteração
- dolorosa profunda – sem alteração (sem dor)

Coordenação motora

A senhora Rosa consegue realizar os movimentos da prova dedo/nariz, dedo/dedo e a prova calcanhar/joelho (com alguma descoordenação motora nesta última prova, face ao início do movimento, mas acabando por o concretizar no final). Consegue realizar a prova dos movimentos alternados (Diadococinesia).

Motricidade

Os segmentos e movimentos da senhora Rosa, foram avaliados segundo classificação da escala da força muscular (Medical Research Council) e a escala de Ashworth modificada.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR – Medical Research Council (MRC Scale, 1943)	
Não apresenta movimento muscular nem articular. Não se observa contração muscular – paralisia total	0
Não usa o músculo para mover a articulação: Percebem-se apenas pequenas contrações musculares, mas sem movimento	1
Amplitude completa de movimento, mas sem vencer a gravidade	2
Amplitude completa do movimento, vence a gravidade, mas não uma resistência mínima adicional	3
Amplitude completa do movimento, vence a gravidade com alguma resistência adicional	4
Amplitude normal e completa dos movimentos – força normal	5

ESCALA DE ESPASTICIDADE DE ASHWORTH (modificada)	
Grau	Observações Clínicas
0	Tonus muscular normal
1	Ligeiro aumento do tonus muscular, manifestado por tensão momentânea ou resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular, quando a região afectada é movida em flexão ou extensão
1+	Ligeiro aumento do tonus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos da metade da amplitude de movimento restante
2	Aumento mais acentuado do tonus muscular durante a maioria da amplitude de movimento, mas as partes afectadas são facilmente movidas
3	Aumento considerável do tonus muscular, movimento passivo difícil
4	Partes afectadas rígidas, na flexão ou na extensão

Os valores avaliados estão representados nesta tabela:

Avaliação da força muscular, tônus muscular e amplitude articular										
Segmento		Membro superior direito/esquerdo					Membro inferior direito/esquerdo			
Movimento	Cabeça/ pescoço	Escapulo- umeral	Cotovelo	Antebraço	Punho	Dedos	Coxo- femural	Joelho	Tíbio- társica	Dedos
Flexão	4/5 1/1 45°	4/5 1/0 160°/180°	4/5 1/0 150°/150°	-	3/5 1/0 70°/80°	3/4 1+/0 NC	4/5 1/0 120°/120°	4/5 1/0 135°/135°	-	3/5 2/0 NC
Extensão	4/5 1/1 55°	4/5 1/0 0°/0°	4/5 1/0 0°/0°	-	3/5 1/0 60°/70°	3/4 1+/0 NC	4/5 1/0 0°/0°	4/5 1/0 0°/0°	-	3/5 2/0 NC
Flexão lateral esquerda	5/5 1/1 40°	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Flexão lateral direita	4/5 1/1 40°	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rotação esquerda/externa	5/5 1/1 70°	4/5 1/0 70°/90°	-	-	-	-	3/5 1/0 35°/35°	-	-	-
Rotação direita/interna	4/5 1/1 60°	4/5 1/0 70°/70°	-	-	-	-	3/5 1/0 45°/45°	-	-	-
Abdução	-	4/5 1/0 180°/180°	-	-	-	2/4 2/0 C/NC	3/5 1/0 45°/45°	-	-	2/5 2/0 C/NC
Adução	-	4/5 1/0 50°/50°	-	-	-	3/4 1/0 NC	3/5 1/0 30°/30°	-	-	3/5 1/0 NC
Circundação	-	-	-	-	3/5 1/0 NC	3/4 1/0 NC	-	-	-	-
Supinação	-	-	-	4/5 1/0 80°/80°	-	-	-	-	-	-
Pronação	-	-	-	4/5 1/0 80°/80°	-	-	-	-	-	-
Desvio cubital	-	-	-	-	3/5 1/0 20°/30°	-	-	-	-	-
Desvio radial	-	-	-	-	3/5 1/0 10°/20°	-	-	-	-	-
Oponência polegar	-	-	-	-	-	3/5 2/0 NC	-	-	-	-
Dorsiflexão	-	-	-	-	-	-	-	-	3/5 1/0 10/20	-
Flexão plantar	-	-	-	-	-	-	-	-	3/5 1/0 40/50	-
Inversão	-	-	-	-	-	-	-	-	3/5 1/0 30/30	-
Eversão	-	-	-	-	-	-	-	-	3/5 1/0 10/20	-

Força muscular (lado direito/lado esquerdo) – 1º valor apresentado;

Tônus muscular (lado direito/lado esquerdo) – 2º valor apresentado;

Amplitude articular – 3º valor apresentado, NC- Não comprometida; C- Comprometida

A senhora Rosa apresenta ainda alterações graves na motricidade fina, na sua mão direita, e dificuldade em realizar algumas tarefas como técnica de pinça (apertar molas), equilíbrio de dados, técnica de pegar na caneta/escrita; deslocar objetos de dimensão pequena numa mesa.

Equilíbrio

Segundo a escala de avaliação de equilíbrio – Índice de Tinetti, a senhora Rosa apresenta resultados de equilíbrio 8/16; marcha 6/12; e a conjugação de equilíbrio e marcha **14/28**, significando Alto Risco de Queda, (valores menores que 19 implica 5 vezes maior risco de queda).

1. Equilíbrio sentado	Escorrega Equilibrado	0 () 1 (X)
2. Levantando	Incapaz Usa os braços Sem os braços	0 () 1 (X) 2 ()
3. Tentativas de levantar	Incapaz Mais de uma tentativa Única tentativa	0 () 1 () 2 (X)
4. Assim que levanta (primeiros 5 segundos)	Desequilibrado Estável, mas usa suporte Estável sem suporte	0 () 1 (X) 2 ()
5. Equilíbrio em pé	Desequilibrado Suporte ou base de sustentação > 12 cm Sem suporte e base estreita	0 () 1 (X) 2 ()
6. Teste dos três tempos*	Começa a cair Agarra ou balança (braços) Equilibrado	0 (X) 1 () 2 ()
7. Olhos fechados (mesma posição do item 6)	Desequilibrado, instável Equilibrado	0 () 1 (X)
8. Girando 360°	Passos descontínuos Passos contínuos Instável (desequilíbrios) Estável (equilibrado)	0 () 1 () 0 (X) 1 ()
9. Sentando	Inseguro (erra a distância, cai na cadeira) Usa os braços ou movimentação abrupta Seguro, movimentação suave	0 () 1 (X) 2 ()

FONTE: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pp. 615, 2002
 * Examinador empurra levemente o esterno do paciente, que deve ficar de pés juntos.

10. Início da marcha	Hesitação ou várias tentativas para iniciar Sem hesitação	0 () 1 (X)
11. Comprimento e altura dos passos	a) Pé Direito - não ultrapassa o pé esquerdo - ultrapassa o pé esquerdo - não sai completamente do chão - sai completamente do chão b) Pé Esquerdo - não ultrapassa o pé direito - ultrapassa o pé direito - não sai completamente do chão - sai completamente do chão	0 () 1 (X) 0 (X) 1 () 0 () 1 (X) 0 () 1 (X)
12. Simetria dos passos	Passos diferentes Passos semelhantes	0 (X) 1 ()
13. Continuidade dos passos	Paradas ou passos descontínuos Passos contínuos	0 (X) 1 ()
14. Direção	Desvio nítido Desvio leve ou moderado ou uso de apoio Linha reta sem apoio (bengala ou andador)	0 () 1 (X) 2 ()
15. Tronco	Balanço grave ou uso de apoio Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços Sem flexão, balanço, não usa os braços ou apoio	0 (X) 1 () 2 ()
16. Distância dos tornozelos	Tornozelos separados Tornozelos quase se tocam enquanto anda	0 () 1 (X)

FONTE: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pp. 615, 2002

Legenda de indicadores de risco:

Tinetti score: <= 18 - Alto risco; 19 a 23 - Risco Moderado; >= 24 - Baixo Risco

Tipo de marcha

O tipo de marcha no momento é **Marcha Hemiparética** e é realizada no momento com quadripé e apoio lateral de terceira pessoa, à admissão era sem marcha eficaz, necessitando de apoio bilateral.

De acordo com a Escala de Morse (Norma nº 008/2019, 2019), a senhora Rosa apresenta um score de 50, que se encontra no nível de médio risco, mas considerando o equilíbrio anteriormente avaliado no índice de Tinetti, considera-se

importante a implementação medidas preventivas de quedas, face à dependência moderada a severa.

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 ⊗ 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15 ⊗
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarrilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 ⊗ 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 ⊗ 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilidade Dependente de ajuda	0 10 20 ⊗
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 ⊗ 15

Nível de Risco:

Sem risco (0 a <=24)

Médio risco (<= 25 e <=50) ⊗

Alto risco (>= 51)

2.3 – AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

A senhora Rosa apresenta-se eupneica em ar ambiente, sem cianose periférica, tórax simétrico e normal (estática), sem deformidades visíveis, amplitude média e simétrica, respiração mista com ritmo regular de 18 ciclos/minuto.

Auscultação pulmonar – murmúrio vesicular mantido, sem ruídos adventícios. Reflexo da tosse presente, mas sem tosse ou secreções.

Apresenta antecedentes de asma brônquica, refere que com a medicação (montelucaste comprimidos e brometo de glicopirronio inalador) que realiza tem estado controlada e sem crises ou alterações respiratórias.

A avaliação da dispneia, segundo a escala de Borg modificada não revela nenhuma presença de dispneia – valor 0; classifica-se no grau 3 de acordo com a Medical Research Council (MRC), ou seja, anda mais devagar que as outras pessoas (...) necessidade de parar para respirar quando no seu passo normal, que também revela o mesmo valor na escala adaptada da plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – GESTCARE.

2.4 – AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO CARDÍACA

A senhora Rosa tem estado estável relativamente à sua função cardíaca, com tensões arteriais estáveis – entre os 110/100mmhg de sistólica e 60/70mmhg de diastólica. As suas frequências cardíacas também rondam valores entre os 70/80 b/minuto. Tem aparelho próprio e todos os dias avalia a sua tensão arterial. À

admissão não estava a tomar o anti-hipertensor, mas depois da visita do médico da ECCI e com a instituição do Losartan+Hidroclorotiazida, atingiu valores estáveis. Pulso rítmico.

2.5 – AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE

Relativamente à realização das AVD e comparativamente ao Índice de Barthel (Norma 54/2011, 2011) a avaliação na data de admissão no dia 12 de outubro era de dependência total (20/100), e neste momento nota-se uma redução do valor de dependência para 55/100 - **dependência moderada**:

Alimentação: Precisa de ajuda para cortar os alimentos - 5;

Transferências: Precisa de alguma ajuda - 10

Toalete: Dependente, necessita de alguma ajuda - 0

Utilização do WC: Precisa de alguma ajuda - 5

Banho: Dependente, necessita de alguma ajuda - 0

Mobilidade: Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda – 10;

Subir e Descer Escadas: Precisa de ajuda - 5;

Vestir: Com ajuda - 5;

Controlo Intestinal: Controla perfeitamente, sem acidentes - 10;

Controlo Urinário: Acidente ocasional (máximo 1 x semana)- 5;

Classificação dos resultados:

0 a 20 – dependência total; 21 a 40 – dependência severa; 41 a 60 – dependência moderada; 61 a 100 – dependência leve.

Segundo a Tabela Nacional da Funcionalidade, que faz parte da plataforma da RNCCI (GESTCARE) os cálculos reportados pela mesma avaliação, relatam valores de 129 em 38 questões, o que faz média de 3, revelando predominância de **muita dificuldade**.

Mobilidade e Autocuidados – 48 (13 questões)

Competências Gerais – 30 (8 questões)

Competências Específicas – 25 (8 questões)

Sociabilidade - 14 (6 questões)

Manipulação e manuseio – 12 (3 questões)

Resultados:	Sem dificuldade	A maioria das vezes	Com alguma dificuldade	Com muita dificuldade	É incapaz
	0	1	2	3	4
	0-4%	5-24%	25-49%	50-95%	96-100%

De acordo com a Medida de Independência Funcional (MIF) (Norma 54/2011, 2011), a senhora R. apresenta resultados de **dependência moderada (70)**.

Autocuidado	
A. Alimentação	3
B. Higiene Pessoal	2
C. Banho	1
D. Vestir metade superior	2
E. Vestir metade inferior	2
F. Uso de sanita	2
Controlo de Esfíncteres	
G. Bexiga	6
H. Intestino	7
Transferências	
I. Leito. Cadeira de Rodas. Cadeira	3
J. Sanita	3
K. Banheira. Duche	3
Locomoção	
L. Marcha. Cadeira de Rodas	2
M. Escadas	1
Score Sub-Total Motor	37
Comunicação	
N. Compreensão	7
O. Expressão	7
Consciência exterior	
P. Interação social	7
Q. Resolução de problemas	5
R. Memória	7
Score Sub-Total Cognitivo	33
Score Total Motor e Cognitivo	70

Legendas classificação

1. Ajuda total (pessoa <25%)
2. Ajuda máxima (pessoa >25%)
3. Ajuda moderada (pessoa > 50%)
4. Ajuda mínima (pessoa >75%)
5. Supervisão
6. Independência modificada por dispositivo
7. Independência completa (em segurança e tempo)

Resultados:

Incapacidade Leve: > 80 pontos

Incapacidade Moderada : 40 a 80 pontos

Incapacidade Grave: < 40 pontos

Em relação à Escala de Lawton & Body, relativa às Atividades Instrumentais de Vida Diária, a senhora R. também apresenta **dependência parcial (12)**:

Itens / Opções	Pac.
1. Telefone	
- capaz de ver os números, discar, receber e fazer ligações sem ajuda.	(3)
-capaz de responder o telefone, mas necessita de um telefone especial ou de ajuda para encontrar os números ou para discar. completamente	(2)
incapaz no uso do telefone.	(1)
2. Viagens	
- capaz de dirigir seu próprio carro ou viajar sozinho de ônibus ou táxi.	(3)
- capaz de viajar exclusivamente acompanhado.	(2)
- completamente incapaz de viajar.	(1)
3. Compras	
- capaz de fazer compras, se fornecido transporte.	(3)
- capaz de fazer compras, exclusivamente acompanhado.	(2)
- completamente incapaz de fazer compras.	(1)
4. Preparo de Refeições	
- capaz de planejar e cozinhar refeições completas.	(3)
- capaz de preparar pequenas refeições, mas incapaz de cozinhar refeições completas sozinho. .	(2)
- completamente incapaz de preparar qualquer refeição.	(1)
5. Trabalho Doméstico	
- capaz de realizar trabalho doméstico pesado (como esfregar o chão).	(3)
- capaz de realizar trabalho doméstico leve, mas necessita de ajuda nas tarefas pesadas.	(2)
- completamente incapaz de realizar qualquer trabalho doméstico.	(1)
6. Medicamentos	
- capaz de tomar os remédios na dose certa e na hora certa.	(3)
- capaz de tomar remédios, mas necessita de lembretes ou de alguém que os prepare.	(2)
- completamente incapaz de tomar remédios sozinho.	(1)
7. Dinheiro	
- capaz de administrar necessidades de compra, preencher cheques e pagar contas.	(3)
- capaz de administrar necessidades de compra diária, mas necessita de ajuda com cheques e no pagamento de contas.	(2)
- completamente incapaz de administrar dinheiro.	(1)
Total	12

Classificação

- ☐ Dependência total = ≤ 5 (P_{25})
☒ Dependência parcial = $>5 < 21$ ($>P_{25} < P_{100}$)
☐ Independência = 21 (P_{100})

(fonte: www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf)

2.6 – AVALIAÇÃO DA INTEGRIDADE CUTÂNEA

Em termos de integridade cutânea, não apresenta sinais de úlcera por pressão, nem alterações da mesma em toda a superfície corporal.

Segundo a Escala de Braden, (Norma 17/2011, 2011) a senhora R. apresenta **baixo risco** (valor 16) comparativamente ao valor de 13 – alto risco na admissão.

Percepção sensorial: Muito limitado – 2;

Humidade: Pele raramente húmida - 4;

Atividade: Anda ocasionalmente – 3;

Mobilidade: Muito limitado - 2;

Nutrição: Adequada – 3;

Fricção e forças de deslizamento: Problema potencial – 2.

Classificação dos resultados: Sem risco – 19 a 23; Baixo risco – 15 a 18, risco moderado -13 a 14; alto risco – 10 a 12 e risco elevado – abaixo de 9.

2.7 – AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO DE ALIMENTAÇÃO

Em relação à alimentação, a senhora Rosa não apresenta nenhuma alteração na deglutição, precisa de ajuda na preparação e confeção do seu prato (pelo seu cuidador), mas depois consegue comer sozinha (dieta geral) fazendo uso da sua mão esquerda. Apesar de não referir disfagia, foi alertada para os sinais de aspiração de conteúdo alimentar, e frequentemente é feito reforço para os mesmos e para exercícios faciais e higiene oral. Faz 4 refeições por dia, ingere pelo menos 1,5 litros de água por dia. Tem prótese parcial de 3 dentes no maxilar superior.

2.8 – AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO DA ELIMINAÇÃO

A senhora Rosa é continente em termos de eliminação vesical e intestinal, embora durante o período noturno, esporadicamente pode ocorrer uma acidente ocasional, em termos vesicais, porque não quer incomodar o esposo para ir fazer uso da sanita. Não refere outras perdas urinárias, sem queixas urinárias.

Tem evacuado sem dificuldade, entre um a dois dias de frequência, características moles.

2.9 – AVALIAÇÃO DA SEXUALIDADE

Refere que mantém relações íntimas com o esposo, apesar de relatar conflitos entre os dois, que os afasta de afetos, na maioria das vezes.

2.10 – AVALIAÇÃO DO ESTADO EMOCIONAL

Em relação ao estado emocional, aquando da entrevista informal, a senhora R. manifestou sinais de tristeza em metade do tempo, face ao sentimento de dependência que o AVC lhe trouxe, trazendo-lhe episódios de ansiedade/nervosismo provocadas pela tensão de estar dependente do seu esposo e da relação que já era conflituosa. Foi já articulado encaminhamento para psicóloga da ECCI, para acompanhamento.

Tem expectativas de conseguir recuperar alguma da sua funcionalidade para se autocuidar com menos dependência do seu esposo em casa, sobretudo nalgumas actividades de vida diária, apesar de ter aceitado que para a marcha, precisará ainda muito tempo de ajuda. Tem força de vontade, apesar de reconhecer que por vezes precisa de “tomar outro comprimido à noite para estar melhor” (SOS de Alprazolam).

Mantem algumas atividade de recreação, como ler e fazer sopa de letras que gosta, tem realizado um esforço para tentar voltar a escrever, já conseguindo melhorar a grafia do seu nome. Gostava, no passado, de fazer croché e tricô. Ocupa o tempo tentando realizar o máximo de exercícios para melhorar a sua funcionalidade, sobretudo com os pesos e o ciclômetro, bem como com bola de estimulação sensorial.

3 – PLANO DE INTERVENÇÃO ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

3.1 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Com base na avaliação de Enfermagem de Reabilitação (ER), já descrita no anterior capítulo deste estudo de caso, foram levantados vários focos de enfermagem prioritários das principais necessidades de intervenção, de acordo com a aplicação dos resultados das escalas e do que a pessoa refere como objetivo a atingir.

Os respetivos diagnósticos terão por base o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015), a Teoria de Orem (Tomey & Alligood, 2002) e a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPÉ) (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015).

A planificação dos cuidados especializados de ER destes respetivos diagnósticos está compreendida entre o dia 27 de novembro de 2020 e a última visita a dia 10 de fevereiro de 2021.

Equilíbrio corporal – Índice de Tinetti 14/28 – Alto Risco.

Movimento muscular – MRC valores mínimos de 2 (regiões distais do hemicorpo direito) contra 4 (região proximal), que se alteraram em relação à admissão (3 à direita e 5 à esquerda. A salientar que se avaliou diminuição da força muscular a nível distal no membro superior esquerdo.

Espasticidade – Escala de Ashworth modificada (que apresenta valores entre os 1 e os 2 – nas regiões distais do hemicorpo direito).

Autocuidado – Vestuário dependente em grau moderado – Escala Barthel: 55/100 - dependência moderada; (vestir – 5); MIF: 70 - Incapacidade moderada; (vestir-se- 2). Expressão verbal da pessoa que gostava de realizar pelo menos este autocuidado autonomamente.

Andar comprometido com auxiliar de marcha – Escala de Barthel 55/100 – dependência moderada (Mobilização – 10; escadas - 5); Índice de Tinetti 14/28 – Alto Risco (marcha 6/12); MIF: 70 - Incapacidade moderada (locomoção – 2, escadas – 1); Escala de Morse: 50 – médio risco

Déficé Sensorial comprometido – sensibilidade tátil, térmica e dolorosa diminuída no hemicorpo direito e consequente presença de inadequação esporádica do hemicorpo à direita.

Papel do prestador de cuidados comprometido – Presença de escala de sobrecarga do cuidador com valor de 53 – sobrecarga ligeira.

5.2 – OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO DE ER

- Prevenir e corrigir os defeitos posturais;
- Manter e aumentar amplitudes articulares e musculares;
- Manter e aumentar a força muscular;
- Prevenir espasticidade;
- Estimular e aumentar a sensibilidade, reduzindo o esquecimento unilateral do hemicorpo mais afetado.
- Capacitar a pessoa para aumentar a funcionalidade nos autocuidados (treinar técnicas de realização da AVD, sobretudo no vestuário e treino de marcha com auxiliar – quadripé);
- Capacitar o cuidador informal para os autocuidados, sobretudo nos níveis de maior dependência da pessoa que cuida nas mobilizações (andar com auxiliar de marcha), reforço dos exercícios musculares e articulares, prevenção de acidentes/quedas; minimização de complicações decorrentes de alterações da doença neurológica e prevenir a sobrecarga no seus cuidados.

5.3 – PLANO DE CUIDADOS ESPECIALIZADO DE ER

Diagnóstico de enfermagem	Plano de enfermagem	Objetivos de Enfermagem	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Equilíbrio corporal: - Equilíbrio corporal comprometido em grau de alto risco (Tinetti 14/28) - Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio. Requisitos de AC: desvio de saúde	Meta: Que a pessoa recupere o equilíbrio estático e dinâmico em pé Sistema de Enfermagem: parcialmente compensatório e de apoio educação Método de ajuda: orientar e direcionar; ensinar; agir ou fazer pelo outro	- Reeducar o mecanismo do reflexo postural; - Inibir a espasticidade; - Corrigir postura corporal; - Estimular a sensibilidade postural ao fazer carga no membro superior e inferior;	- Proporcionar ambiente calmo e seguro; - Solicitar a colaboração da pessoa; - Avaliar equilíbrio corporal; - Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal; - Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal (linha média; base sustentação, centro de massa); - Avaliar a capacidade para executar a técnica de equilíbrio corporal; - Executar técnica de treino de equilíbrio (assistir na execução de exercícios no leito e em pé, como por ex. ponte, rolar, como movimentos de lateralização, rotação e flexão da cabeça e pescoço; e movimentos dos membros inferiores (alternância de carga, apoio unipodal) em séries de 10x3; - Instruir sobre exercício que poderá realizar apoiada em pé (alternância de carga, apoio unipodal, movimentos dos membros inferiores) em séries de 10x3; - Treinar a técnica de equilíbrio corporal, se apoiada, sempre que possível; - Estimular a manter o equilíbrio corporal (correção postural); - Monitorizar equilíbrio corporal através do índice de Tinetti.	27/11/2020 No início da intervenção - equilíbrio sentado estático e dinâmico, - equilíbrio ortostático estático eficaz, mas diminuído no dinâmico. 14/12/2020 Mantido ensino/treino de equilíbrio na posição de pé dinâmico, conseguindo mantê-lo com olhos fechados. Evidenciou-se progressão do desempenho e foi reforçado o elogio. 09/01/2021 Equilíbrio em pé dinâmico melhorado. 10/02/2021 Índice Tinetti (19/28) – risco moderado. Mantem reforço positivo da execução da técnica e progressos alcançados.

Diagnóstico de enfermagem	Plano de enfermagem	Objetivos de Enfermagem	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Movimento muscular: - Movimento muscular diminuído, (MRC de 2 a 4 à direita e 4 a 5 à esquerda). - Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular. Requisito de AC: desvio de saúde	Meta: Que a pessoa melhore a força muscular. Sistema de Enfermagem: parcialmente compensatório e de apoio educação de apoio educação Método de ajuda: orientar e direcionar; ensinar; agir ou fazer pelo outro	- Manter e aumentar a força muscular; - Prevenir espasticidade;	- Gerir ambiente físico; - Solicitar colaboração da pessoa; - Avaliar força muscular (escala MRC); - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido e resistido; - Executar a técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido com dispositivo (ciclômetro); - Avaliar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular (elaborado e fornecido folheto informativo); - Avaliar capacidade de executar técnicas de exercício muscular e articular; - Instruir sobre técnica de exercício muscular e articular (auto mobilizações, mobilizações ativas e/ou resistidas, exercício de fortalecimento muscular/de motricidade fina): exercícios de cabeça/pescoço com flexão/extensão, rotação e lateralização direita e esquerda; exercícios em ambos os membros superiores e inferiores, começando pela flexão/extensão dos dedos, abdução/adução dedos, oponência do polegar, flexão/extensão punho, desvio radial/cubital do punho, supinação/pronação antebraço, flexão/extensão cotovelo; flexão/extensão escapulo-umeral, abdução/adução escapulo-umeral, rotação interna/externa escapulo-umeral; circundação escapulo-umeral; depois flexão e extensão dos dedos dos pés, abdução/adução dos dedos dos pés,	27/11/2020 No início da intervenção, mostrou colaboração positiva na realização de todos os exercícios ativo assistidos e resistidos; e nos que deve realizar ao longo do dia. 14/12/2020 Mantem o interesse em realizar o máximo de exercícios que possa potenciar a sua funcionalidade e força muscular, incentivada a treinar também o fortalecimento muscular do lado esquerdo para melhorar de forma global e prevenir espasticidade Aceitou participar na filmagem da realização dos mesmos para capacitação dos cuidadores informais, bem como de pessoas com alterações de mobilidade.

			dorsiflexão/flexão plantar do pé, inversão/eversão do pé, flexão/extensão do joelho; flexão/extensão da articulação coxofemoral, abdução/adução da coxofemoral; rotação interna/externa da coxofemoral que podem realizar-se também com pesos de 1kg para fortalecimento muscular); exercício de treino de motricidade fina (pegar em molas, empilhar dados, escrita, transferências de pequenos objetos na mesa com a mão direita) em séries de 10x3 cada; -Treinar sobre técnica de exercício muscular e articular (automobilizações, mobilizações ativas, mobilizações ativas resistidas, exercícios de fortalecimento muscular, exercícios de motricidade fina) de todos os movimentos já descritos anteriormente; - Estimular o prestador de cuidados a incentivar a realização dos exercícios, sempre que possível (fornecer folheto informativo); - Monitorizar força muscular (escala MRC).	09/01/2021 Mantem fortalecimento muscular e foi iniciado ensino de capacitação dos mesmos exercícios ao prestador de cuidados, auxiliando nos que a pessoa não consegue realizar corretamente sozinha (flexão/extensão dos dedos, abdução/adução dedos, oposição do polegar, flexão/extensão punho, desvio radial/cubital do punho) e estimulando com supervisão os outros (entregue folheto informativo realizado, referente a mobilizações em doente do foro neurológico). 10/02/2021 Prestador de cuidados consegue executar os exercícios ensinados e reforçar o incentivo aos que a pessoa consegue executar. Força muscular melhorada à direita (grau 3 a 4) e normal à esquerda.
--	--	--	---	---

Diagnóstico de enfermagem	Plano de enfermagem	Objetivos de Enfermagem	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Espasticidade: - Espasticidade em grau reduzido a moderado – Escala de Ashworth modificada (que apresenta valores entre os 1 e os 2 – nas regiões distais do hemicorpo direito). - Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular. - Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade. Requisitos de AC: desvio de saúde	Meta: Que a pessoa melhore o tônus muscular. Sistema de Enfermagem: parcialmente compensatório e de apoio educação Método de ajuda: orientar e direcionar; ensinar; agir ou fazer pelo outro	- Manter e aumentar amplitudes articulares e musculares; - Manter e aumentar a força muscular; - Prevenir espasticidade.	- Gerir ambiente físico; - Solicitar colaboração à pessoa; - Avaliar tônus muscular (escala de ashworth modificada); - Executar exercício muscular e articular ativo-assistido e resistido; - Executar técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade (ter atenção para colocar a mão com dedos em flexão, bem como o punho, que tem mais tendência ao padrão flexor); - Incentivar execução de exercício muscular e articular, sobretudo para contrariar padrão de espasticidade (insistindo sobretudo nos dedos das mãos e punho); - Monitorizar espasticidade através de escala de ashworth modificada; - Avaliar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular; - Avaliar o conhecimento sobre técnica de posicionamento (ensinar sobre o padrão anti-espástico) à pessoa e ao cuidador prestador de cuidados; - Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tentar posicionar em padrão inibitório de espasticidade; - Capacitar o prestador de cuidados para incentivo à correção do posicionamento espásticos no seu familiar.	27/11/2020 Apresenta aumento do tônus muscular sobretudo nas extremidades distais do hemicorpo direito. 14/12/2020 Ligeira melhoria do tônus muscular, reforçada positivamente do esforço que tem realizado ao manter exercícios. 09/01/2021 Mantem execução dos exercícios e inicia-se capacitação ao prestador de cuidados dos mesmos e seus benefícios, de forma a reduzir a espasticidade (folheto informativo realizado). 10/2/2021 Prestador de cuidados mais competente no incentivo e correcções posturais. Escala Ashworth – 1 (região distal à direita).

Diagnóstico de enfermagem	Plano de enfermagem	Objetivos de Enfermagem	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Autocuidado – Vestuário: - Dependência no autocuidado vestir em grau moderado – Escala Barthel: 55/100 - dependência moderada; (vestir – 5); MIF: 70 - Incapacidade moderada; (vestir-se- 2). - Potencial para melhorar técnica de adaptação para autocuidado vestuário. - Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para adaptação do autocuidado vestuário. Requisito de AC: Universais	Meta: Que a pessoa seja capaz de vestir e despir a parte superior e inferior do vestuário e reduza a sua dependência no autocuidado vestir. Sistema de Enfermagem: parcialmente compensatório e de apoio educação. Método de ajuda: orientar e direcionar; ensinar; agir ou fazer pelo outro	- Promover o autocuidado; - Promover independência neste autocuidado; - Prevenir o declínio funcional.	- Proporcionar ambiente calmo; - Solicitar colaboração da pessoa, respeitando privacidade; - Ensinar técnica de autocuidado vestir e despir ao cliente: vestir primeiro o membro superior ou inferior direito e em seguida o membro superior ou inferior esquerdo, despir em último o lado direito; - Instruir estratégias adaptativas para o autocuidado vestir-se (escolher roupa larga e confortável, de preferência sem botões, fechos); - Treinar utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado vestuário; - Encorajar a pessoa a utilizar sapatos confortáveis, rasos e antiderrapantes que dê para calçar enfiando o pé (com elásticos, velcro) até para dar suporte na marcha e evitar a posição livre de inversão do pé direito; - Gerir a energia despendida pela pessoa; - Reforçar importância da autonomia no autocuidado; - Monitorizar autocuidado vestir-se, através das escalas; - Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados para a técnica de adaptação do autocuidado vestuário; - Incentivar o prestador de cuidados a deixar realizar a técnica do autocuidado, ajudando só quando não consegue.	27/11/2020 Necessita de ajuda para vestir e despir em grau moderado, recorrendo ao cuidador no que não consegue realizar. Expressa que deseja realizar esta atividade autonomamente. 14/12/2020 Já consegue vestir e despir parte superior com menos ajuda, ainda com dificuldade na parte inferior. Tem colocado o calçado (tênis) ainda com alguma ajuda. 09/01/2021 Melhorou a capacidade de autocuidado no vestuário (parte superior e inferior), com ajuda mini-ma, também no calçado. 10/02/2021 Consegue vestir-se – MIF 81- dependência leve (vestir-se a 7/4 - precisa de ajuda mínima no calçado). Reforçado o elogio do que consegue realizar autonomamente.

Diagnóstico de enfermagem	Plano de enfermagem	Objetivos de Enfermagem	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Andar comprometido com auxiliar de marcha: - Dependência moderada – Escala de Barthel 55/100 – (Mobilização – 10, Escadas - 0); Índice de Tinetti 14/28 – Alto Risco (marcha 5/12); MIF: 70 - Incapacidade moderada (locomção – 2, escadas – 1); - Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha-quadripé. - Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir a andar com auxiliar de marcha. Requisito de AC: desvio de saúde	Meta: Que a pessoa consiga andar com auxiliar de marcha e apoio de terceiros, de forma correta. Sistema de Enfermagem: de Apoio e Educação Método de ajuda: orientar e direcionar; ensinar; agir ou fazer pelo outro	- Prevenir complicações da imobilidade; - Prevenir a rigidez articular e a perda de massa muscular; -Instruir e treinar a andar com produto de apoio: quadripé.	- Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática, através do índice de Tinetti; - Avaliar o risco de queda, através da Escala de Morse; - Monitorizar a força muscular através da Escala da Medical Research Council; - Avaliar conhecimento sobre andar com o auxiliar de marcha; - Instruir sobre o andar com auxiliar de marcha (primeiro o quadripé, depois a perna direita, com pé bem apoiado e por fim a perna esquerda); - Avaliar capacidade para andar com quadripé; - Treinar o andar com auxiliar de marcha e apoio do cuidador do lado direito; - Manter exercícios musculares e articulares de fortalecimento muscular; - Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre o andar com quadripé. - Capacitar o prestador de cuidados para o apoio na pessoa no andar com quadripé (apoando lado direito e realizar técnica correta); - Reforçar fatores de risco para prevenção de quedas e respetivas estratégias (fornecer folheto informativo). - Monitorizar dependência no andar através de escalas.	27/11/2020 Marcha hemiparética no interior do domicílio, querendo andar rápido e esquecendo-se de afastar pé direito da linha média e de apoiar bem o respetivo pé. 14/12/2020 Melhorou o apoio do pé e afastamento da linha média; treinou o subir e descer escadas com quadripé e foi à rua (pas-seio de calçada). Ainda se esquece da ordem correta dos 3 pontos (quadripé, perna direita e perna esquerda) nas escadas. 09/01/2021 Ida à rua com o apoio do prestador de cuidados e com quadripé. Supervisão da técnica de marcha/subir e descer escadas com orientação. Fornecido folheto realizado sobre prevenção de quedas. 10/02/2021 Prestador de cuidados consegue treinar marcha com a pessoa corretamente.MIF 81 e Barthel 70 – dependência leve. Tinetti – 19/28 risco moderado.Força muscular à direita (grau 3 a 4) e normal à esquerda.

Diagnóstico de enfermagem	Plano de enfermagem	Objetivos de Enfermagem	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Déficite Sensorial: - Déficite sensorial comprometido - Sensibilidade tátil, térmica e dolorosa diminuída no hemicorpo direito, com presença de inadequação esporádico à direita. - Potencial para melhorar o conhecimento sobre o déficit sensorial. - Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados sobre prevenção de complicações pelo déficit sensorial. Requisito de AC: desvio de saúde	Meta: Que a pessoa consiga melhorar a sensibilidade e reconhecimento do hemicorpo direito. Sistema de Enfermagem: de Apoio e Educação Método de ajuda: orientar e direcionar; ensinar.	- Estimular e melhorar a sensibilidade e percepção do lado direito do corpo. - Evitar a ocorrência de complicações decorridas do déficit sensorial.	- Avaliar a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa; - Instruir a estimulação sensitiva (com uso de dispositivo - escova cabelo, bola de bicos silicone, materiais de várias texturas) do membro superior direito; - Estimular percepção sensorial com o toque ou massagem; - Incentivar a execução do exercício muscular e articular (automobilizações, exercícios de motricidade fina do membro superior direito); - Orientar na técnica de adaptação (como estimular a pele do lado comprometido sem causar lesões cutâneas, pela fricção, calor ou frio, pressão); - Avaliar conhecimento sobre estratégias adaptativas ao déficit sensorial (abordagem da pessoa pelo hemicorpo direito, sempre que possível, facilitação cruzada, prevenção de acidentes/lesões cutâneas); - Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para usar medidas de prevenção de complicações pelo déficit sensorial; - Capacitar prestador de cuidados no uso de medidas de prevenção de acidentes ou lesões cutâneas (elaborado e fornecido folheto informativo); - Dar reforço positivo ao que consegue realizar e quando se lembra de ir buscar o braço que “ficou esquecido”; - Reavaliação da sensibilidade tátil.	27/11/2020 Sensibilidade à direita diminuída (tátil, térmica e dolorosa) nos vários segmentos do corpo, frequente esquecimento sobretudo do membro superior direito. 14/12/2020 Hemihipoestesia à direita, com melhoria na sensibilidade térmica e dolorosa nos segmentos proximais, mantendo indicação para o treino sensitivo sobretudo nas regiões distais (mão e antebraço). 09/01/2021 Hipoestesia à direita. Reduziu as situações de esquecimento do membro superior direito sobretudo nas mobilizações no leito e sentada na sala. 10/02/2021 Reforço positivo da redução do esquecimento do braço direito e estimulação sensorial. Hipoestesia somente no braço à direita.

Diagnóstico de enfermagem	Plano de enfermagem	Objetivos de Enfermagem	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Papel do prestador de cuidados comprometido Presença de escala de sobrecarga do cuidador com valor de 53 – sobrecarga ligeira.	Meta: Que o prestador de cuidados consiga melhorar o seu bem estar no cuidado. Sistema de Enfermagem: Sistema de Apoio e Educação	- Prevenir burnout do prestador de cuidados; - Fornecer estratégias para evitar e lidar com a sobrecarga dos cuidados; - Identificar necessidades e situações de stress do prestador de cuidados	- Avaliar a escala de sobrecarga do cuidador; - Dar reforço positivo do seu desempenho perante o familiar; - Apoiar no seu processo de transição de papeis (sobretudo porque passou a ter o trabalho doméstico em casa); - Esclarecer as dúvidas que possa ter (medicação, exercícios, alimentação); - Melhorar as suas capacidades para lidar com as situações; - Providenciar aconselhamento e informações práticas sobre os seus cuidados (fornecer folhetos de apoio ao cuidador); - Identificar as suas necessidades e as situações de stress; - Encaminhar para apoio psiocológico; - Procurar fazer perceber o estado emocional da esposa, que se sente triste por estar dependente; - Aconselhar a procura de soluções para certas dificuldades com que se depara; - Incentivar a capacidade de cuidar de si (ter momentos de lazer e descanso, sempre que possível, solicitando ajuda de outros familiares, por. ex.). - Providenciar momentos de partilha das suas experiências com outros cuidadores; - Monitorizar escala de sobrecarga do cuidador, no momento da alta.	27/11/2020 Não se conhece o nível de sobrecarga do cuidador – aplicar escala. 14/12/2020 Após preenchimento da escala (para conhecer o seu nível de “cansaço” como cuidador), teve abertura para referir que gostaria de ter um fim de semana livre, que os filhos vissem o que é cuidar 24 horas da mãe e o ajudas-sem mais ou lhe dessem algum tempo para ele. Fortalecidas estratégias de coping e apoio nas competências no cuidar. 09/01/2021 Conseguido mais apoio dos filhos, providenciou-se ajuda na sua vigilância de saúde (tinha exames para fazer, que adiava sempre). 10/02/2021 Já tem exames programados, pondera mais horas de apoio na limpeza da casa para alívio de tarefas domésticas.

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste estudo de caso foram mobilizadas referências, com base em evidência científica, perante a situação clínica e o plano de cuidados elaborado.

Em relação ao diagnóstico médico principal que a senhora apresentou, o AVC hemorrágico caracteriza-se pelo extravasamento de sangue no tecido cerebral, devido a uma rutura vascular “tendo como fatores predisponentes, a hipertensão arterial, (...) e os traumatismos crânio-encefálicos” que vem de encontro a antecedentes de saúde desta senhora (Menoita, Sousa, Alvo & Marques-Vieira, 2012, p. 16).

A localização talâmica esquerda, pode levar a vários sintomas sensoriais e motores de um lado do corpo, mas também afetação de funções neuropsicológicas, como consciência, atenção, humor, memória, linguagem e pensamento abstrato/categórico (Maeshima & Osawa, 2018). Nesta situação, há ocorrem alterações em termos de défice sensorial e motor do hemicorpo direito, em termos de linguagem (afasia anómica) e de humor (deprimido), não havendo registos de outras alterações no exame neurológico. A sua afasia (dificuldade de nomear) corresponde assim, citando Karussis et al aos dados de incidência de afasia devido à hemorragia no tálamo esquerdo de 87,5% e citando De Witte et al., 72,2% com problemas de nomeação (Maeshima & Osawa, 2018).

No desempenho do exercício profissional e das suas competências, o Enfermeiro especialista de ER tem como objetivo principal a promoção da autonomia, recuperação da máxima funcionalidade/independência e a reintegração familiar e social da pessoa com AVC, recorrendo a várias estratégias adaptativas e à capacitação do cuidador no seu novo papel de transição, como é o caso deste esposo da senhora em estudo.

O plano de cuidados assentou, desta forma, em atividades terapêuticas, baseadas em exercícios direcionados para a estimulação do movimento em determinada parte do corpo ou em articulações específicas, de acordo com os défices diagnosticados e validados pelas escalas aplicadas (Menoita et al., 2012), bem como na recuperação de treino de AVD, que assentassem na motivação e capacidade da senhora em estudo.

De acordo com Menoita et al. (2012), o plano de intervenção de ER face à senhora em estudo deve ser iniciada com mobilizações ativas, ativas-assistidas, ativas-resistidas de forma a proporcionar os movimentos próprios de cada articulação,

inicialmente no leito, e depois sentado e em pé. Cada mobilização deve ser realizada duas a três vezes por dia, repetindo no mínimo dez vezes cada movimento. Deve realizar treino de equilíbrio, estático e dinâmico, corrigir alterações posturais, iniciar a marcha com auxiliar de marcha, neste caso quadripé e apoio de cuidador. Posteriormente com maior coordenação e equilíbrio, poderá começar o treino de subir e descer escadas.

A reabilitação deve privilegiar tanto o lado afetado como o lado não afetado.

De destacar que o plano de cuidados especializado de ER foi estabelecido de acordo com os objetivos da pessoa em estudo e do seu cuidador informal em parceria, de forma a manter a motivação e recuperação das capacidades da pessoa e prevenção de complicações.

Em termos de intervenção, houve uma significativa alteração evidenciada pelos resultados das escalas, que são mencionados nas avaliações do plano de cuidados especializados de ER. Em termos de funcionalidade, passou-se de uma dependência moderada para uma dependência leve (Barthel de 55/100 para 70/100); de incapacidade moderada para incapacidade leve (MIF de 70 para 81). Em termos de autocuidado vestuário, a pessoa ficou como desejava, autónoma no vestir superior e na parte inferior (apenas ajuda mínima com algum calçado). Houve melhoria na força muscular do hemicorpo direito de grau 2 a 4, para grau 3 a 4 e no hemicorpo esquerdo de grau 4 a 5 para normal e redução do grau de espasticidade de grau 1 a 2 no hemicorpo direito para grau 1.

Através de uma relação interpessoal, com a pessoa e seu cuidador informal, os enfermeiros têm capacidade para “agir, saber e cuidar das pessoas, de forma a satisfazer as necessidades de autocuidado terapêutico” (p. 216), devendo o processo de enfermagem ter o objetivo de fornecer orientações para os resultados (plano) com base no diagnóstico da necessidade de cuidados, bem como para a sua concretização (Tomey & Alligood, 2002).

Neste sentido, para dar respostas aos requisitos de autocuidado da teoria de Orem (universais e desvios de saúde), os diagnósticos levantados, a sua planificação perante a pessoa e seu cuidador foi assente sobretudo no sistema parcialmente compensatório (quando se substitui a pessoa apenas no que não é capaz de realizar por si só); e no sistema de apoio-educação (quando a pessoa é capaz de realizar o autocuidado, apesar de necessitar de ensino e supervisão) na realização das atividades (Tomey & Alligood, 2002).

Incluiu-se o papel do prestador de cuidados, atendendo que a pessoa com AVC e o seu cuidador devem ser inseridos “no plano de cuidados, com ações de escuta ativa, acolhimento e diálogo, entre outros fatores importantes para humanização da assistência”. (Costa, Gomes, Viana, Martins, & Macêdo-Costa, 2016, p. 938), bem como estratégias que possam reduzir fatores negativos e melhorar a qualidade de cuidados oferecida à pessoa que necessita.

O cuidador que sofre mudanças na sua rotina, deve ser alvo de capacitação e de intervenção para evitar sobrecarga, perante as suas necessidades na prestação de cuidados e dessa forma conseguir melhorar as suas competências no cuidar do seu familiar, não descurando o seu próprio cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2015). *CIPE Versão 2015: Classificação internacional para a prática de enfermagem - edição portuguesa*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Lusodidacta.
- Costa, T.F., Gomes, T.M., Viana, L.R.C., Martins, K.P. & Macêdo-Costa, K.N.F. (2016). Acidente vascular encefálico: características do paciente e qualidade de vida de cuidadores *Revista Brasileira de Enfermagem*. 69(5):877-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0064>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Godinho, N. (2020). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações*. Norma APA. Centro de Documentação e biblioteca. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Novembro.
- Goulart, B., Almeida, C., Silva, M., Oenning, N. & Lagni, V. (2016). Caracterização de acidente vascular cerebral com enfoque em distúrbios da comunicação oral em pacientes de um hospital regional. *Audiology - Communication Research*, Volume 21, 1-6. **Doi:**10.1590/2317-6431-2015-1603
- Lei n.º 156/2015. (2015) *Procede à segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, Série I* (Nº 181 de 16 de setembro de 2015). 8059 – 8105.
ELI:<https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Ordem dos Enfermeiros (2015) *Padrão Documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação*. Colégio da especialidade de enfermagem de Reabilitação. Porto.

Maeshima, S. & Osawa, A. (2018) Thalamic Lesions and Aphasia or Neglect. *Current neurology and neuroscience reports*. Rep 18, 39.
<https://doi.org/10.1007/s11910-018-0844-4>

Menoita, E. C., Sousa, L. M., Alvo, I. B. P. & Marques-Vieira, C. M. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC*. Contributos para um Envelhecer Resiliente. Loures. Lusociência.

Norma nº 017/2011. (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica* (Braden Q). Direção Geral da Saúde. 19/05/2011

Norma nº 054/2011. (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Direção Geral da Saúde: 29/12/2011

Norma nº 008/2019. (2019) *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Direção Geral de Saúde. 09/12/2019

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (Modelos e teorias de enfermagem). 5a edição. Loures. Lusociência.

Sites:

- www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf
- [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2503/6/Mini-exame%20do%20Estado%20Mental .pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2503/6/Mini-exame%20do%20Estado%20Mental.pdf)
- www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

APÊNDICE XII

Estudo de caso de utente na UMDR

**11º Curso de Mestrado na área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação**

Estágio com Relatório

Estudo de Caso de utente na UMDR

Rute Neto Duque Santa Comba

**11º Curso de Mestrado na área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação**

Estágio com Relatório

Estudo de Caso de utente na UMDR

Rute Neto Duque Santa Comba

Docente Orientador: Professor Doutor Miguel Serra

**Lisboa
abril 2021**

ABREVIATURAS

APA – American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

Cp. – Comprimido

ER – Enfermagem de Reabilitação

ERPI – Equipamento Residencial para Idosos

ESEL – Escola Superior de Saúde de Lisboa

FC – Frequências Cardíacas

MIF – Medida de Independência Funcional

MMSE – Mini Mental State Examination

MRC – Medical Research Council

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNG – Sonda Nasogástrica

TA – Tensão Arterial

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TNF - Tabela Nacional da Funcionalidade

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UP – Úlcera por Pressão

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
1– IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA EM ESTUDO.....	5
1.1 – HISTÓRIA DE SAÚDE.....	5
1.1.1 – Antecedentes de saúde pessoal e familiar.....	5
1.1.2 – História de doença atual.....	5
1.2 – CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE SUPORTE SOCIAL E FAMILIAR.....	7
2 – AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	9
2.1 – EXAME FÍSICO.....	9
2.2 – EXAME NEUROLÓGICO.....	10
2.3 – AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA.....	15
2.4 – AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO CARDIACA.....	15
2.5 – AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE.....	16
2.6 – AVALIAÇÃO DA INTEGRIDADE CUTÂNEA.....	18
2.7 – AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO DA ALIMENTAÇÃO.....	19
2.8 – AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO DA ELIMINAÇÃO.....	20
2.9 – AVALIAÇÃO DO ESTADO EMOCIONAL.....	20
3 – PLANO DE INTERVENÇÃO ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	22
3.1 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM.....	21
3.2 – OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO DE ER	23
3.3 – PLANO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ER.....	24
4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, este estudo de caso insere-se no âmbito das atividades propostas. A sua elaboração tem como objetivos: descrever, analisar e compreender a situação de saúde de um senhor com diagnóstico principal de Acidente Vascular Cerebral (AVC), tendo por base uma pesquisa científica que conduza a um incremento de conhecimentos sobre o tema em causa, oferecendo a oportunidade de construir um conjunto de diagnósticos e intervenções que visem a melhoria do estado de saúde do senhor.

Para este estudo de caso, foi considerado a prática de cuidados estabelecida com o senhor, bem como a consulta do processo clínico, autores de referência para compreensão e análise da situação, bem como a aplicação de escalas. É função do profissional de enfermagem garantir o direito à intimidade dos clientes, pelo que neste trabalho é garantido o anonimato dos dados, tal como preconizado no Código Deontológico do Enfermeiro (Lei nº 156/2015, artigo 106º, p.8103), pelo que o nome utilizado é fictício.

O AVC é uma das principais causas de morbilidade, incapacidade e invalidez, que priva as pessoas de forma precoce, de anos de produtividade e de qualidade de vida (Direção Geral da Saúde, 2017), considerando que podem apresentar “défices neurológicos e incapacidades (...) significativas ao nível físico, sensorial, cognitivo, de linguagem e visuais a longo prazo, que podem conduzir a uma diminuição da capacidade funcional em realizar várias atividades (...), como vestir-se, alimentar-se e caminhar, entre outras” (Rocha, Bravo, Sousa, Mesquita, & Pestana, 2020).

Este estudo de caso é dividido em quatro capítulos e respetivos subcapítulos. Começa pela identificação do utente (história de saúde e caracterização da rede de suporte social e familiar), segue-se pela avaliação de Enfermagem de Reabilitação (exame físico, exame neurológico e as respetivas avaliações), depois o plano de intervenção especializado de enfermagem de reabilitação (diagnósticos de enfermagem, objetivos de intervenção e plano de cuidados), considerações finais e referências bibliográficas, segundo as normas APA descritas no guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações (Godinho, 2020) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

1 – IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA EM ESTUDO

Dados Gerais:

Nome: E. J. N. M. **Prefere ser tratado por:** Elísio

Data de Nascimento: 16/10/1936

Idade: 84 anos

Sexo: Masculino

Raça: Leucodérmico

Estado Civil: Viúvo (mas não sabe que a esposa faleceu recentemente)

Nacionalidade: Portuguesa

Naturalidade: Alentejo

Residência: Barreiro

Profissão: Reformado (escriturário da função pública)

Agregado Familiar: Residia sozinho, esposa estava institucionalizada em lar

Escolaridade: 4ª classe

1.1 – HISTÓRIA DE SAÚDE

1.1.1 – Antecedentes de saúde pessoal e familiar

Doenças de infância – desconhecidas, não consegue mencionar.

Hipertensão Arterial, Fibrilhação Auricular Crónica. Adenoma Suprarrenal. Quistos renais bilaterais. Diverticulose.

Hábitos aditivos: desconhecem-se consumos lícitos ou ilícitos.

Alergias: desconhecem-se alergias do foro alimentar e medicamentoso.

3.1.2 – História de doença atual

Motivo do internamento

Por quadro de afasia, no dia 30 de outubro de 2020 foi levado ao hospital pelos bombeiros, acompanhado pelo filho. Estava vígil, colaborante dentro das suas possibilidades, mobilizava os 4 membros, mas não comunicava. Ficou internado no serviço de medicina interna do hospital do Barreiro.

Resumo do internamento hospitalar

Apresentou como diagnóstico médico principal AVC isquémico, cortico-subcortical fronto-insular esquerdo, sem indicação para trombólise.

Por contacto com doente positivo, realizou teste de PCR a SARS-CoV-2 e por estar positivo foi transferido para área dedicada a Covid, no dia 10 de dezembro.

Durante o internamento até janeiro de 2021, destacou-se as seguintes intercorrências: Pneumonia por SARS-CoV-2; Infecções do trato urinário, Colecistite aguda (sem necessidade de cirurgia, apesar de tratamento antibiótico e avaliação imagiológica). Fez Tomografia Axial Computorizada (TAC) e Angio TAC Crânio Encefálico, análises clínicas, TAC abdominal, Rx tórax e TAC torácico.

Em início de janeiro de 2021, por estabilidade clínica e para manutenção de reabilitação física que iniciou no internamento, solicitada integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCCI) – Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) onde se encontra até à data presente.

Admissão na UMDR no dia 11 de janeiro de 2021 (registos na unidade):

Doente vígil, mas muito confuso, com episódio de agitação psico-motora. (...) Tensão Arterial (TA) estável, com Frequências Cardíacas (FC) controladas. Apirético. Mucosas descoradas e desidratadas. Eupneico em ar ambiente. Auscultação pulmonar com roncos dispersos; com presença de sonda nasogástrica (SNG) e algaliado cronicamente. Úlcera por Pressão (UP) na região sacro grau 4. (...) Plano – reabilitação motora com vista a aquisição de mobilidade de autonomia; desalgaliação, treino de deglutição com vista a retirada da SNG.

Terapêutica atual -

Digoxina 0,125mg 1 Cp. ao jantar;

Apixabano 2,5mg 1 Cp. p. almoço e 1 Cp. ao jantar;

Esomeprazol 40 mg 1 Cp. em jejum;

Risperidona 1mg 1 Cp. ao deitar;

Quetiapina 25mg 1 Cp. ao jantar;

Atorvastatina 40mg 1 Cp. ao jantar;

Tansulosina 0, 4mg 1 Cp. ao jantar;

Paracetamol 1000mg 1 Cp. SOS (se dores)

Histórico de terapêutica:

De 14/1 a 19/1 – fez amoxicilina + ácido clavulânico 11ml de 12/12h; de 6/2 a 17/2 – fez cefuroxima 500mg de 12/12h; de 17/2 a 22/2 – fez flavoxato 1 Cp. 3x dia; a 19/2 parou bisoprolol 5mg 1 Cp./dia, iniciou digoxina.

Parâmetros vitais a 11 de janeiro de 2021 - Tensão Arterial (TA) 148/63 mmhg; frequência cardíaca 93 p/m; temperatura axilar – 35,9°C; frequência respiratória: 14-16 c/m, sem dor.

Escala Glasgow -14; **Escala Morse** – 40 (Risco Médio), **Escala Braden** – 14 (Risco Moderado), **Tabela Nacional da Funcionalidade** (TNF) – 135 (muita dificuldade/incapaz); **Força muscular** (Medical Research Council – MRC - modificada) – à direita (4), normal à esquerda; **Tónus muscular** normal, **Amplitude articular** mantida.

1.2 – CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE SUPORTE SOCIAL E FAMILIAR

As informações que cito, tiveram como base os registos da avaliação social na plataforma da RNCCI e entrevista ao filho do senhor Elísio, no dia 11/03/2021 na referida UMDR.

Suporte Social

Reside no concelho de Barreiro, num apartamento situado num 3º andar de um prédio sem elevador, com saneamento básico e boas condições de higiene e habitabilidade.

Utente previamente autónomo, residia só, em domicílio próprio. Foi cuidador da esposa durante 4 anos, mas a mesma foi recentemente institucionalizada (por quatro meses antes do internamento do senhor Elísio). Tem um filho, que vive em Torres Vedras.

O filho do utente mostra preocupação relativamente ao processo de reabilitação e pós-alta. Refere que continua a procurar e inscreveu o utente em Equipamento Residencial para Idosos (ERPI), no entanto até ao momento como não tem vaga assegurada para a alta (prevista para 09/04/2021).

Na entrada na UMDR, em discussão do caso em equipa multidisciplinar - atendendo ao elevado grau de dependência de terceiros para os cuidados (utente alimentado por SNG; cuidados de higiene com ajuda moderada; levante/ transferências com ajuda; UP na região sacro) e atendendo ao facto do utente residir só e filho não ter capacidade para prestar os cuidados necessários permanentemente, equipa propôs-lhe referenciação para Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM), apesar do filho referir estar a efetuar diligências para encontrar resposta de ERPI. A

19/03/2021, filho concordou e seguiu a proposta para ULDM, apesar de estar à espera de vaga para ERPI.

Suporte familiar

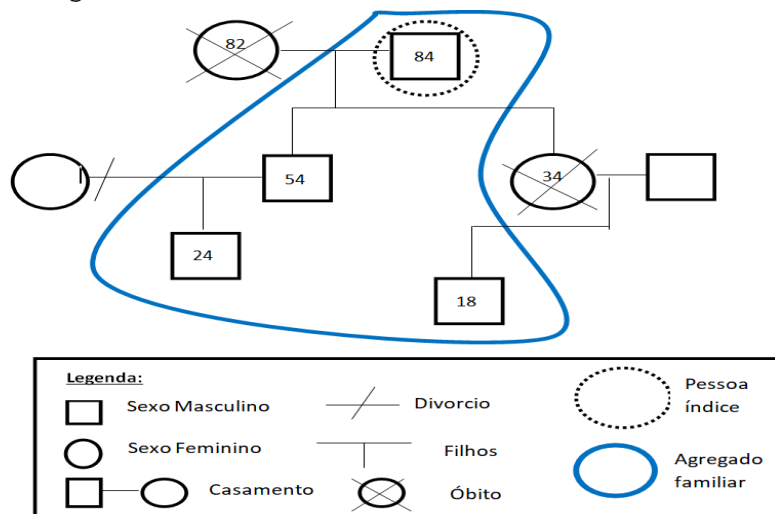
Utente que residia só, neste momento está viúvo (sem conhecimento dessa situação, por opção do filho). A esposa faleceu já depois do internamento do pai.

Teve outra filha, que faleceu aos 34 anos, mas no momento só o filho é o cuidador de referência, que é profissionalmente ativo e não consegue providenciar o acompanhamento necessário à nova situação de saúde do pai, no regresso à própria casa. Tem dois netos, um deles que trabalha em cabo Verde (filho do cuidador) e o outro filho da filha que faleceu, com 18 anos e é estudante.

Face à situação de pandemia, o agendamento e acompanhamento das visitas presenciais, é possível realizar-se uma vez por semana, sobre marcação prévia.

Felizmente foi possível contacto com este filho, de forma a aferir a história e nomes dos familiares próximos, atendendo que o senhor Elísio não consegue precisar os mesmos, com a sua alteração de memória.

Genograma



2 – AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A primeira avaliação de Enfermagem de Reabilitação (ER), no âmbito deste ensino clínico, a este senhor realizou-se no dia 2 de março, a avaliação semanal descreve o período de 2 de março a 15 de abril de 2021.

2.1 – EXAME FÍSICO

A 2 de Março de 2021, de acordo com a observação cefalo-caudal, observou-se:

Senhor sonolento, mas facilmente despertável a estímulos verbais. Apresenta-se aparentemente com menor idade à idade real.

Cabeça de dimensões normais, proporcional ao resto do corpo, sem anomalias, com cicatriz (2cm) na região parietal central. **Cabelo** de comprimento curto, grisalho e limpo, sendo calvo na região fronto-parietal.

Face de tamanho normal, com discreta assimetria facial, pele descorada mas hidratada. Apresenta **acuidade visual** mantida com uso prévio de prótese ocular (hipermetropia e miopia). A nível do **pavilhão auricular**, pele íntegra com acuidade auditiva diminuída bilateralmente. Apresenta **fossas nasais** simétricas, sem compromisso respiratório (presença de SNG na narina direita). Ligeiro apagamento do **sulco nasogeniano** à direita e discreto desvio de **comissura labial**. **Dentição** com ausência de várias peças dentárias. A **língua** apresenta-se íntegra e hidratada, sem desvios à protusão e outros movimentos. **Úvula** com ligeiro desvio à esquerda.

Pescoço simétrico, sem lesões. Ligeira depressão da articulação escapulo-umeral à direita.

A nível do **tórax**, expansão torácica simétrica e regular. **Abdómen** simétrico, não distendido, mole.

Apresenta UP na região sacro, grau 4, cujas dimensões são de 6/8 cm, com 95% tecido granulação e 5% de tecido de fibrina, prévia à admissão na UMDR.

Região genital sem alterações.

Membros superiores e inferiores com hemiparésia à direita, mas sem alterações no hemicorpo esquerdo. Limitação das amplitudes de ambos os joelhos (10º na extensão. Ligeira depressão da articulação escapulo-umeral direita.

Sinais vitais:

Data	2/3	5/3	12/3	19/3	25/3	1/4	8/4	15/4
TA (mmhg)	95/69	95/63	106/59	105/71	121/71	110/67	105/59	105/61
FC (p/min)	82	93	60	70	68	62	85	66
Saturação O2	98%	96%	97%	97%	96%	98	98	99
Temperatura	36.3	36.6	36.4	36.3	36	36.2	36	36.4
Dor	3	4	1	0	0	0	0	0

Apresentou episódios esporádicos de dor, cuja origem se localizava à região da UP sacro, nos posicionamentos que causavam pressão, sobretudo nas primeiras semanas de acompanhamento.

2.2– EXAME NEUROLÓGICO

Estado Mental

No início do acompanhamento, o senhor E. apresentava-se sonolento, mas facilmente despertável a estímulos verbais. Orientado na pessoa, mas desorientado nas outras dimensões (alopsíquicamente), com pontuação de 14 na Escala de Glasgow. A partir de 19/3, apresentou-se vígil, com resposta verbal orientada, com pontuação de 15 – Escala de Glasgow até ao momento do fim do acompanhamento.

Escala de Coma de Glasgow			Pontuação 2/3	Pontuação 19/3
Abertura dos olhos	Espontânea	4	4	4
	Ao comando verbal	3		
	À dor	2		
	Fechados	1		
Resposta Motora	Obedece a comandos	6	6	6
	Localiza a dor	5		
	Flexão retirada à dor	4		
	Flexão anormal à dor	3		
	Extensão à dor	2		
	Não mexe	1		
Resposta Verbal	Orientada	5	4	5
	Confusa	4		
	Palavras inapropriadas	3		
	Sons incompreensíveis	2		
	Nenhuma	1		
Totais (O+M+V)			14	15

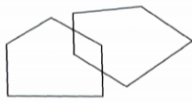
(fonte: www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf)

No início da intervenção, apresentava alteração na **linguagem** - afasia, o seu discurso é fluente, compreensão ligeiramente alterada, alteração na nomeação (3 em 10) e alteração na repetição (5 em 10). Capacidade de leitura. Escrita com alteração (palavras por vezes impercetíveis).

No último momento de avaliação – mantém alteração da linguagem - afasia, apenas com alteração na nomeação (9 em 10) mas francamente melhorada, sem alteração na repetição, compreensão melhorada e discurso fluente.

Capacidade de leitura e escrita (nome, palavras ditadas, cópias simples, livros).

Na aplicação do Mini Mental State Examination (MMSE), a 5 de março, revelava 6/30 (com défice cognitivo, considerando os 4 anos de escolaridade), com alteração de **memória imediata, recente e remota**.

Mini Mental State Examination (MMSE)	
1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta) Em que ano estamos? _____ Em que mês estamos? _____ Em que dia do mês estamos? _____ Em que dia da semana estamos? _____ Em que estação do ano estamos? _____ Nota: 1/5 Em que país estamos? _____ Em que distrito vive? _____ Em que terra vive? _____ Em que casa estamos? _____ Em que andar estamos? _____ Nota: 0/3	c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos. Pegue com a mão direita _____ Dobre ao meio _____ Coloque onde deve _____ Nota: 1/2 d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase. Fechou os olhos _____ Nota: 0/0 e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. _____ Nota: 0/1
2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida) "Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor". Péra _____ Gato _____ Bola _____ Nota: 2/3	6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.) Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação. nota: 0/1  Cópia: 
3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas) "Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar". 27_ 24_ 21_ 18_ 15_ _____ Nota: 0/3	5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta) a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos: Relógio _____ Lápis _____ Nota: 1/2 b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA" Nota: 1/1
TOTAL (Máximo 30 pontos) Nota: 6/23 Considera-se com défice cognitivo: • analfabetos ≤ 15 pontos • 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 • com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27	

(fonte: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2503/6/Mini-Exame%20do%20Estado%20Mental.pdf>)

No final do acompanhamento, no dia 14 de abril, à repetição do MMSE, revelou um resultado de **23/30**, com evidente melhoria nos resultados, não apresentando défice cognitivo (considerando os 4 anos de escolaridade) ao fim de 5 semanas de estimulação da linguagem e cognição.

As notas mencionadas no MMSE revelam à esquerda o valor inicial e à direita o valor final.

Ocorreu melhoria da memória imediata e remota, quanto à curta, apresenta ainda ligeira alteração.

Pares Cranianos:

Dia Pares craneanos	2/3	5/3	12/3	19/3	25/3	1/4	8/4	15/4
I – Olfactivo	NT	NT	NT	NT	M	M	M	M
II - Ótico	M(1)	M(1)	M	M	M	M	M	M
III – Oculomotor IV – Patético VI – Motor Ocular externo	M	M	M	M	M	M	M	M
V - Trigémeo	A(2)	A(2)	M	M	M	M	M	M
VII – Facial	A(3)	A(3)	A(3)	A(3)	A(3)	A(3)	A(3)	A(3)
VIII – Estado Acústico	M	M	M	M	M	M	M	M
IX - Glossofaríngeo XII – Hipoglosso	A(4)	A(4)	A(4)	A(4)	A(4)	A(4)	A(4)	A(4)
X Vago	M	M	M	M	M	M	M	M
XI Espinhal	M	M	M	M	M	M	M	M
1 - Acuidade visual diminuída (uso prótese ocular prévio). Reflexo de ameaça diminuído à direita. 2 - Hipoestesia à direita nos 3 ramos faciais. 3 - Ligeira parésia facial central, com ligeiro apagamento do sulco nasogeniano à direita e discreto desvio da comissura labial (ao sorriso forçado) - Grau 2 - Escala House-Brackmann 4 - Úvula com ligeiro desvio para o lado esquerdo.								
NT – Não testado; M – Mantido; A - Alterado								

Sensibilidade

Sensibilidade superficial:

- tátil: hipoestesia à direita nos ramos faciais até dia 5/3, depois dessa data está mantida; restante sensibilidade do hemisfério direito e esquerdo mantida;

- térmica e dolorosa: hemisfério direito e esquerdo mantida;

Sensibilidade profunda: vibratória (não avaliada); à pressão - sem alteração; cinética postural – sem alteração; dolorosa profunda – sem alteração (sem dor).

Coordenação motora

Ao início da intervenção o Senhor E. conseguia realizar os movimentos da prova dedo/nariz e dedo/dedo, mas não a prova do calcanhar/joelho.

No final do acompanhamento, apresenta boa coordenação motora.

Motoricidade

A força muscular do senhor Elísio foi avaliada nos vários segmentos, segundo classificação da escala da força muscular (MRC modificada) e estão representados nesta tabela:

Data (Ano 2021):		2/3		12/3		19/3		25/3		1/4		8/4		15/4	
		D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	D	E
Cabeça e pescoço		5/5		5/5		5/5		5/5		5/5		5/5		5/5	
Membro superior	Escapulo-umeral	4/5	5/5	4/5	5/5	4+/5	5/5	4+/5	5/5	4+/5	5/5	4+/5	5/5	4+/5	5/5
	Cotovelo	4/5	5/5	4/5	5/5	4+/5	5/5	4+/5	5/5	4+/5	5/5	4+/5	5/5	4+/5	5/5
	Antebraço	4/5	5/5	4/5	5/5	4+/5	5/5	4+/5	5/5	4+/5	5/5	4+/5	5/5	4+/5	5/5
	Punho	4/5	5/5	4/5	5/5	4+/5	5/5	4+/5	5/5	4+/5	5/5	4+/5	5/5	4+/5	5/5
	Dedos	4/5	5/5	4/5	5/5	4+/5	5/5	4+/5	5/5	4+/5	5/5	4+/5	5/5	4+/5	5/5
Membro inferior	Coxo-femoral	4/5	5/5	4/5	5/5	4+/5	5/5	4+/5	5/5	4+/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Joelho	4/5	5/5	4/5	5/5	4+/5	5/5	4+/5	5/5	4+/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Tibiotársica	4/5	5/5	4/5	5/5	4+/5	5/5	4+/5	5/5	4+/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
	Dedos	4/5	5/5	4/5	5/5	4+/5	5/5	4+/5	5/5	4+/5	5/5	5/5	5/5	5/5	5/5
D – Direita; E – Esquerda.															

O senhor Elísio apresentou hemiparésia à direita no início do acompanhamento, com força muscular grau 4. Sem alterações do tônus muscular. Apresenta ligeira alteração da amplitude articular do joelho em 10° (não conseguindo realizar a extensão completa - 0°), sem outras alterações. Apresenta motricidade fina mantida. No final do acompanhamento, apresentou apenas monoparésia à direita, com força muscular melhorada para grau 4+, recuperando no membro inferior, para força muscular normal (5). Sem alterações do hemicorpo à esquerda. Contudo, continua a apresentar alguns períodos mais evidentes de cansaço a médios esforços, possivelmente por status pós – SARS-Cov-2.

Equilíbrio

Segundo a escala de avaliação de equilíbrio – Índice de Tinetti, no dia 2 de Março, o senhor E. apresentava resultados de equilíbrio 7/16; marcha 7/12; e a conjugação de equilíbrio e marcha **14/28**, significando Alto Risco de Queda, (valores menores que 19 implica 5 vezes maior risco de queda).

No final do acompanhamento, mostra resultados de equilíbrio 14/16; marcha 9/12; e a conjugação de equilíbrio e marcha **23/28**, significando Risco Moderado.

1ª/2ª

Quadro 2a. Escala de Avaliação do Equilíbrio - Índice de Tinetti

1. Equilíbrio sentado	Escorrega Equilibrado	0 () 1 ()
2. Levantando	Incapaz Usa os braços Sem os braços	0 () 1 () 2 ()
3. Tentativas de levantar	Incapaz Mais de uma tentativa Única tentativa	0 () 1 () 2 ()
4. Assim que levanta (primeiros 5 segundos)	Desequilibrado Estável, mas usa suporte Estável sem suporte	0 () 1 () 2 ()
5. Equilíbrio em pé	Desequilibrado Suporte ou base de sustentação > 12 cm Sem suporte e base estreita	0 () 1 () 2 ()
6. Teste dos três tempos*	Começa a cair Agarra ou balança (braços) Equilibrado	0 () 1 () 2 ()
7. Olhos fechados (mesma posição do item 6)	Desequilibrado, instável Equilibrado	0 () 1 ()
8. Girando 360°	Passos descontínuos Passos contínuos Instável (desequilíbrios) Estável (equilibrado)	0 () 1 () 0 () 1 ()
9. Sentando	Inseguro (erra a distância, cai na cadeira) Usa os braços ou movimentação abrupta Seguro, movimentação suave	0 () 1 () 2 ()

FONTE: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pp. 615, 2002
* Examinador empurra levemente o esterno do paciente, que deve ficar de pés juntos.

1ª/2ª

Quadro 2b. Escala de Avaliação da Marcha - Índice de Tinetti

10. Início da marcha	Hesitação ou várias tentativas para iniciar Sem hesitação	0 () 1 ()
11. Comprimento e altura dos passos	a) Pé Direito - não ultrapassa o pé esquerdo - ultrapassa o pé esquerdo - não sai completamente do chão - sai completamente do chão b) Pé Esquerdo - não ultrapassa o pé direito - ultrapassa o pé direito - não sai completamente do chão - sai completamente do chão	0 () 1 () 0 () 1 () 0 () 1 () 0 () 1 ()
12. Simetria dos passos	Passos diferentes Passos semelhantes	0 () 1 ()
13. Continuidade dos passos	Paradas ou passos descontínuos Passos contínuos	0 () 1 ()
14. Direção	Desvio nítido Desvio leve ou moderado ou uso de apoio Linha reta sem apoio (bengala ou andador)	0 () 1 () 2 ()
15. Tronco	Balanço grave ou uso de apoio Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços Sem flexão, balanço, não usa os braços ou apoio	0 () 1 () 2 ()
16. Distância dos tornozelos	Tornozelos separados Tornozelos quase se tocam enquanto anda	0 () 1 ()

FONTE: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pp. 615, 2002

Legenda de Indicadores de Risco:

Tinetti score: <= 18 Alto risco; 19 a 23 = Risco moderado; >= 24 Baixo risco

Marcha

A marcha realizada iniciou-se a 5/3 com apoio de andarilho e apoio unilateral de terceira pessoa, na admissão era sem marcha eficaz. A partir de 25/3, passou a realizar-se com apoio unilateral e posteriormente a 8/4, com uso de auxiliar de marcha – bengala, apenas com supervisão/orientação verbal ao lado.

De acordo com a Escala de Morse (Norma nº 008/2019, 2019), o senhor Elísio à admissão na UMDR apresentava médio risco de quedas (score 50) pelo fato de estar acamado, mas na avaliação de 5/3 com início do treino de marcha, apresenta um score de 65, que se encontra no nível de alto risco, que no final da avaliação se converteu para um score de 45 - nível de médio risco, apesar de necessitar de supervisão, face ao esquecimento das suas limitações e necessidade de reforço do treino e uso correto da bengala.

Item	Pontuação
1. História de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	⊗ 0 ⊗ 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 ⊗ 15 ⊗
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andador Apoia-se no mobiliário para andar	0 ⊗ 15 ⊗ 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	⊗ 0 ⊗ 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilidade Dependente de ajuda	0 ⊗ 10 ⊗ 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 ⊗ 15 ⊗

Nível de Risco:

Sem risco (0 a <=24)

Médio risco (<= 25 e <=50)

Alto risco (>= 51)

2.3 – AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

O senhor Elísio apresenta-se eupneico em ar ambiente, sem cianose periférica, tórax simétrico e normal (estática), sem deformidades visíveis, amplitude média e simétrica, respiração torácica com ritmo regular de 16 a 18 ciclos/min.

Auscultação pulmonar – murmúrio vesicular mantido, sem ruídos adventícios.

Reflexo da tosse presente, mas sem tosse ou presença de secreções.

Apenas no dia 11/3, na auscultação pulmonar antes do levantar, apresentava murmúrio vesicular com presença de roncos no terço médio do pulmão bilateralmente, mas facilmente revertem com exercícios de reeducação funcional respiratória, deambulação e tosse dirigida.

A avaliação da dispneia, segundo a escala de Borg modificada não revela nenhuma presença de dispneia – valor 0; de acordo com a MRC, classifica-se no grau 3, ou seja, anda mais devagar que as outras pessoas (...) necessidade de parar para respirar quando no seu passo normal, que também revela o mesmo valor na escala adaptada da plataforma da RNCCI – GESTCARE.

2.4 – AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO CARDÍACA

O senhor Elísio apesar de antecedentes de hipertensão arterial e fibrilhação auricular crónica, com a medicação instituída tem estado estável relativamente à sua função cardíaca, com TA e frequências cardíacas estáveis já descritas nos sinais vitais.

2.5 – AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE

Relativamente à realização das Atividades de Vida Diárias (AVD) e ao Índice de Barthel (Norma nº 54/2011, 2011), na avaliação inicial – apresentava dependência total (15/100), e no momento do final do acompanhamento, apresenta dependência leve (95/100), contudo a necessidade de reforço na orientação verbal das tarefas a realizar é ainda fundamental, conseguindo-a realizar autonomamente posteriormente.

		2021							
		2/3	5/3	12/3	19/3	25/3	1/4	8/4	15/4
Higiene Pessoal	0 – Necessita de ajuda 5 – Independente	0	0	0	0	5	5	5	5
Evacuar	0 – Incontinente 5 – Episódios ocasionais de incontinência 10 – Contínente	0	0	0	5	5	10	10	10
Urinar	0 – Incontinente ou algaliado 5 – Episódios ocasionais de incontinência 10 – Contínente	0	0	0	5	5	10	10	10
Uso do Sanitário	0 – Dependente 5 – Necessita de alguma ajuda 10 – Independente	0	0	0	5	10	10	10	10
Alimentar-se	0 – Dependente 5 – Necessita de ajuda 10 – Independente	0	5	5	5	10	10	10	10
Transferências	0 – Dependente, não tem equilíbrio 5 – Necessita de grande ajuda 10 – Necessita de pequena ajuda 15 – Independente	10	10	15	15	15	15	15	15
Mobilidade	0 – Imobilizado 5 – Independente em cadeira de rodas 10 – Anda com ajuda de uma pessoa 15 – Independente	5	10	10	10	10	10	15	15
Vestir-se	0 – Dependente 5 – Necessita de ajuda 10 – Independente	0	0	5	5	5	5	10	10
Escadas	0 – Dependente 5 – Necessita de ajuda ou supervisão 10 – Independente	0	0	0	5	5	5	5	5
Banho	0 – Dependente 5 – Independente	0	0	0	0	0	5	5	5
Total		15	25	35	55	70	85	95	95

Classificação dos resultados:

0 a 20 – dependência total; 21 a 40 – dependência severa; 41 a 60 – dependência moderada; 61 a 100 – dependência leve.

Segundo a Tabela Nacional da Funcionalidade, que faz parte da plataforma da RNCCI (GESTCARE) a avaliação de dia 5/3, relata valores de 122 em 38 questões, o que faz média de 3, revelando **muita dificuldade**.

Na última avaliação, no dia 15/4, os valores reportam 73 em 38 questões, o que perfaz uma média de 2, revelando que mostra **com alguma dificuldade**:

Data	5/3/2021	15/4/2021
Mobilidade e autocuidados (13 questões)	42	23
Competências Gerais (8 questões)	30	25
Competências Específicas (8 questões)	28	13
Sociabilidade (6 questões)	14	11
Manipulação e manuseio (3 questões)	8	1
Totais	122	73

De acordo com a Medida de Independência Funcional (MIF), no início apresentava uma **incapacidade grave (40)** e na última avaliação apresenta uma **incapacidade leve (106)**, necessitando de ajuda mínima ou supervisão na sua funcionalidade.

Datas (Ano 2021)	2/3	5/3	12/3	19/3	25/3	1/4	8/4	15/4
AUTO-CUIDADOS:								
A – Alimentação	1	1	4	5	5	7	7	7
B – Arranjar-se	1	1	1	3	4	5	5	5
C – Banho (lavar o corpo)	1	1	3	4	5	5	5	6
D – Vestir metade superior	1	1	3	4	4	5	7	7
E – Vestir metade inferior	1	1	3	4	4	5	7	7
F – Utilização da sanita	1	1	1	4	5	6	6	6
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES:								
G – Vesical	1	1	1	3	5	6	6	6
H – Intestinal	1	1	1	3	5	7	7	7
MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIAS:								
I – Cama, Cadeira, Cadeira de rodas	4	4	5	5	5	5	6	6
J – Sanitário	3	3	4	5	5	5	7	7
K – Banheira, Duche	3	3	4	5	5	5	7	7
LOCOMOÇÃO:								
L - <u>Marcha</u> /Cadeira de rodas	3	3	4	4	4	5	5	5
M - Escadas	1	1	4	4	4	4	4	4
1 – SCORE SUB-TOTAL (A-M)	22	22	38	53	60	70	79	80
COMUNICAÇÃO:								
N – Compreensão (auditiva/visual)	6	6	6	6	6	6	6	6
O – Expressão (vocal/não vocal)	7	7	7	7	7	7	7	7
COGNIÇÃO SOCIAL:								
P – Interação Social	3	3	3	3	4	5	5	5
Q – Resolução de problemas	1	1	2	3	3	4	4	4
R – Memória	1	1	3	3	4	4	4	4
2 – SCORE SUB-TOTAL COGNITIVO (N-R)	18	18	21	22	24	26	26	26
TOTAL (1+ 2)	40	40	59	75	84	96	105	106
Legendas de classificação:			Resultados: Incapacidade Leve: > 80 pontos					

1. Ajuda total (pessoa <25%) 2. Ajuda máxima (pessoa >25%) 3. Ajuda moderada (pessoa > 50%) 4. Ajuda mínima (pessoa >75%) 5. Supervisão 6. Independência modificada por dispositivo 7. Independência completa (em segurança e tempo)	Incapacidade Moderada: 40 a 80 pontos Incapacidade Grave: < 40 pontos
--	--

2.6 – AVALIAÇÃO DA INTEGRIDADE CUTÂNEA

Este senhor apresenta UP de grau 4, na região sacro central, a necessitar de tratamentos diários, pela localização anatómica.

A 2 de março, as características da UP apresentam loca de 3 a 4 cm profundidade, 6/8 cm diâmetro, formal oval com 95% tecido de granulação e 5% de tecido de fibrina, exsudado sero-hemático. Tratamento com Octenidina + Fenoxietanol e aplicação de apósito de carbometilcelulose com prata, aplicação de compressas secas e fixação com adesivo.

No dia 15 de abril, as características da UP apresentam uma loca de 1 a 2 cm de profundidade, 5/6 cm diâmetro, forma oval com 100% tecido de granulação, sob o mesmo tratamento, o que mostra uma evolução bastante favorável.

Segundo a Escala de Braden, o senhor Elísio apresentava na admissão (risco moderado), na avaliação do início de acompanhamento, a 2 de março apresentava baixo risco (16) e no final do acompanhamento, apresenta-se sem risco (20).

Contudo as medidas, para recuperação da UP existente tem que ser mantidas.

	11/01/2021	02/03/2021	14/04/2021
Percepção sensorial	2. Muito limitada	3. Ligeiramente limitada	4. Nenhuma limitação
Atividade	2. Sentado	2. Sentado	3. Deambula ocasionalmente
Nutrição:	3. Adequada	3. Adequada	3. Adequada
Humidade	3. Pele ocasionalmente húmida	3. Pele ocasionalmente húmida	4. Rara
Mobilidade	2. Muito limitada	3. Ligeiramente limitada	4. Sem limitação
Fricção e forças de deslizamento	2. Problema potencial	2. Problema potencial	2. Problema potencial
Totais	14	16	20

Classificação dos resultados: Sem risco – 19 a 23; Baixo risco – 15 a 18, risco moderado -13 a 14; alto risco – 10 a 12 e risco elevado – abaixo de 9.

2.7 – AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO DE ALIMENTAÇÃO

Em relação à alimentação, a 2 de março, o senhor Elísio apresentava presença de SNG que já vinha prévia do internamento, cuja indicação era avaliar possibilidade de retirar a mesma.

No dia 4/3, na presença da enfermeira orientadora, iniciou-se o treino indireto com saliva (terapia indireta) e só depois de considerado seguro se iniciou com alimentos (terapia direta), de acordo com Braga (2017).

Realizada avaliação prévia da deglutição (informação clínica, estado mental, linguagem, postura, capacidade de fazer apneia voluntária, observação de movimento faríngeo no deglutir da saliva, eficácia da tosse, padrão respiratório, reflexos, auscultação cervical, oximetria, avaliação dos pares cranianos).

Foram proporcionadas todas as condições necessárias (posicionamento sentado a 90°, ambiente tranquilo, equipamento de aspiração, colaboração do senhor E. na tarefa a realizar, auscultação pulmonar e cervical, oximetria), para a avaliação de deglutição com teste de 5ml água 3x, registando-se deglutição sem dificuldade, sem alterações da voz, sem aumento de saliva e sem tosse involuntária.

Na ingestão de 50ml água, apresentou ligeiro pigarreio no final da ingestão, sugestiva de disfagia para líquidos.

Ingeriu posteriormente água com espessante (consistência de néctar) 5ml 3x também sem alterações, nem sinais silenciosos de aspiração. Seguiu-se a ingestão de sopa e fruta passada (consistência pastosa), com ajuda total, sem alterações, pelo que foi articulado com nutricionista e terapeuta da fala, o início de dieta de consistência néctar (pastosa na instituição) para a reeducação na deglutição. Decidiu-se manter a presença da SNG para reforço da alimentação e hidratação.

Apresentou dificuldade com sólidos, não conseguindo ingerir comprimido analgésico no final do almoço, retendo o mesmo na cavidade bucal.

Para dar continuidade à reeducação da deglutição, iniciadas técnicas posturais (flexão cervical), estimulação sensitiva (mudança no sabor, temperatura), exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular (lábios, língua, mandíbula, bochechas), bem como os cuidados transversais (posicionamento antes e depois, ambiente, alimentação no campo visual, higiene oral, utilização de copo apropriado para disfagia, dar tempo para a alimentação e reforçar a técnica correta da colher na boca no lado são, supervisionando todo o procedimento).

De acordo com Braga (2017), a reeducação da deglutição, foi mantida nas competências da enfermeira especialista de ER, havendo a manutenção da SNG para os restantes elementos de enfermagem.

Por manter duas semanas de ausência de sinais de disfagia/aspiração, conseguindo comer pela própria mão, dieta de consistência pastosa, sob supervisão, decidiu-se retirar a SNG no dia 23/3, mantendo a vigilância e as condições necessárias para evitar aspiração. No período posterior à remoção da SNG precisou de orientação verbal para a técnica de deglutição correta, face a tendência em sorver a dieta da colher, em vez de colocar na boca, bem como colocar mais comida, antes de engolir o que possuía na cavidade oral. A partir do dia 1 de abril, conseguiu alimentar-se autonomamente, apesar de ter que manter dieta de consistência pastosa, mole, com uso de espessante nos líquidos.

Em termos de paladar, foi mostrando evidência de distinguir amargo de doce, salgado de insonso, bem como identificação dos sabores, peixe, carne, fruta..., bem como da sensação térmica, do frio e quente.

2.8 – AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO DA ELIMINAÇÃO

A dia 2 de março, o senhor Elísio usava fralda - incontinente em termos de eliminação vesical e intestinal. Evacuava, entre um a três dias de frequência.

Iniciado a 17/3, treino vesical, no sentido de ir à sanita com ajuda, estimulando rotinas para a função de eliminação. No dia 19/3 já conseguia referir que precisava de ir à sanita. No dia 25/3, consegue com ajuda mínima e supervisão (para evitar queda) usar a sanita sozinho, tendo o cuidado de querer limpar a mesma antes de se sentar e limpando-se no final da eliminação.

2.9 – AVALIAÇÃO DO ESTADO EMOCIONAL

Em relação ao estado emocional, ao início de acompanhamento, aquando da entrevista informal, o senhor Elísio apresentou alteração da linguagem – afasia.

Apresentava dismnésia, não conseguindo identificar nomes, recordações da sua vida, profissão, família, entre outros. Relatava episódios de vida esporádicos (sem capacidade de conexão temporal) que o marcaram, com alguma labilidade emocional, pelo fato de manifestar sinais de tristeza pelas perdas, "por não ter casa e bens" (SIC), apesar de não conseguir identificar o local onde está.

Não conseguia expressar as suas expectativas e quando confrontado com a estimulação cognitiva, fortalecimento muscular ou outro tipo de exercício terapêutico, a primeira reacção é não querer colaborar, questionando “para quê esse propósito?”, mas acaba por o realizar posteriormente.

Ao longo do internamento foi melhorando o seu estado emocional, começando a reconhecer o próprio filho nas poucas visitas possíveis que recebeu, estando mais colaborante ao sentir que conseguia realizar certas tarefas autonomamente, apesar de nem sempre consciente das suas limitações ou riscos.

Considera que a esposa ainda está no lar onde a visitava antes de ser internado, porque ainda não foi informado do seu falecimento (apesar do filho ter solicitado ajuda à psicóloga para o transmitir, mas decidido aguardar melhoria na capacidade de memória). Não foi avaliada a sexualidade até ao momento, neste senhor.

Pouco a pouco com estimulação cognitiva, melhorou a capacidade de falar das recordações da sua vida, explicando o período temporal em que se sucederam, conseguindo referir o nome dos filhos, da esposa e dos netos, bem como as suas profissões.

Ainda apresenta algumas queixas emocionais, de ansiedade relacionada aa assuntos pendentes, como a venda do seu carro, a sua esposa no lar e os lapsos de memórias que relaciona com o que não consegue dizer (dificuldade na nomeação).

3 – PLANO DE INTERVENÇÃO ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

3.1 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Com base na avaliação de enfermagem de reabilitação, já descrita no anterior capítulo deste estudo de caso, foram levantados vários focos de enfermagem prioritários das principais necessidades de intervenção, de acordo com a aplicação dos resultados das escalas.

Os respetivos diagnósticos terão por base o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2015), a Teoria de Orem (Tomey & Alligood, 2002) e a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2015).

A planificação dos cuidados especializados de ER destes respetivos diagnósticos está compreendida entre o dia 2 de março e o fim de acompanhamento no dia 15 de abril de 2021.

Equilíbrio corporal comprometido – Índice de Tinetti 14/28 – Alto Risco

Movimento muscular comprometido – MRC valores mínimos de 4 (hemicorpo direito).

Parésia facial presente – parésia facial central presente - ligeiro apagamento do sulco nasogeniano e discreto desvio da comissura labial – Grau 2 na escala de House-Brackmann.

Deglutição comprometida - com presença de SNG.

Autocuidado – Higiene dependente em grau elevado – Escala Barthel: 15/100 - dependência grave (higiene pessoal – 0 e banho – 0); MIF: 40 - Incapacidade grave (banho - 1).

Autocuidado – Vestuário dependente em grau elevado – Escala Barthel: 15/100 - dependência grave (vestir – 0); MIF: 40 - Incapacidade grave (vestir-se- 1).

Andar comprometido com auxiliar de marcha – Escala de Barthel 15/100 – dependência grave (Mobilização – 5); Índice de Tinetti 14/28 – Alto Risco (marcha 7/12); MIF: 40 - Incapacidade grave (locomoção – 3, escadas – 1); Escala de Morse: 65 – alto risco. Amplitude alterada dos joelhos bilateralmente – (10º na extensão)

Ulcera de pressão presente - Grau 4, na região sacro central.

Comunicação Comprometida – Afasia.

3.2 – OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO DE ER

- Prevenir e corrigir os defeitos posturais;
- Manter e aumentar amplitudes articulares e musculares;
- Manter e aumentar a força muscular;
- Prevenir espasticidade;
- Treinar o equilíbrio corporal;
- Estimular e aumentar a sensibilidade alterada – hipostesia nos ramos faciais à direita;
- Reeducação da deglutição;
- Capacitar a pessoa para aumentar a funcionalidade nos autocuidados (treinar técnicas de realização da AVD, sobretudo na alimentação, higiene, vestuário, eliminação e mobilização – treino de marcha);
- Estimulação cognitiva da linguagem e da memória.

3.3 – PLANO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ER

Diagnóstico de enfermagem	Plano de enfermagem	Objetivos de Enfermagem	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Equilíbrio corporal: • Equilíbrio corporal comprometido em grau de alto risco (Tinetti 14/28) • Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnica de equilíbrio. Requisitos de AC: desvio de saúde	Meta: Que a pessoa recupere o equilíbrio estático e dinâmico em pé. Sistema de Enfermagem: parcialmente compensatório e de apoio educação Método de ajuda: orientar e direcionar; ensinar; agir ou fazer pelo outro.	- Reeducar o mecanismo do reflexo postural; - Corrigir postura corporal; - Estimular a sensibilidade postural ao fazer carga no membro superior e inferior;	- Proporcionar ambiente calmo e seguro; - Solicitar a colaboração da pessoa; - Avaliar equilíbrio corporal; - Avaliar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal; - Ensinar sobre técnica de equilíbrio corporal (linha média; base sustentação, centro de massa); - Avaliar a capacidade para executar a técnica de equilíbrio corporal; - Executar técnica de treino de equilíbrio (assistir na execução de exercícios no leito, como por ex.: ponte com ou sem oscilação pélvica, rolamento; sentado e em pé - movimentos de lateralização, rotação e flexão da cabeça e pescoço; rotação do tronco, movimentos dos membros inferiores -alternância de carga, apoio unipodal, apoio bipodal) em séries de 10; - Treinar a técnica de equilíbrio corporal, apoiado, sempre que possível; - Estimular a manter o equilíbrio corporal (correção postural); - Introduzir treino proprioceptivo (através da marcha com vários obstáculos); - Monitorizar equilíbrio corporal através do índice de Tinetti.	2/3/2021 - Equilíbrio sentado estático e dinâmico eficaz; equilíbrio ortostático estático (necessita de ajuda mínima) e dinâmico diminuído (quando aplicada força antero-posterior) a melhorar. 05/3/2021 - Equilíbrio ortostático estático (necessita de supervisão) e dinâmico diminuído (quando aplicada força antero-posterior) a melhorar. 12/3/2021 - Equilíbrio ortostático estático (sem apoio) e dinâmico (com ajuda mínima) 19/03/2021 - Equilíbrio ortostático dinâmico (mantém necessidade de ajuda mínima). 25/3/2021 - Equilíbrio ortostático dinâmico (mantem necessidade de ajuda mínima, começa a compensar desequilíbrio quando aplicada força antero-posterior) - mantém treino. 1/4/2021 - Equilíbrio ortostático dinâmico melhorado. 8/4/2021 - Equilíbrio ortostático dinâmico-eficaz. Inicia treino proprioceptivo de marcha no pátio do jardim da capela com vários obstáculos. 15/4/2021 – Equilíbrio ortostático dinâmico-eficaz. Índice Tinetti – 23/28 – modificou-se para risco moderado.

Diagnóstico de enfermagem	Plano de enfermagem	Objetivos de Enfermagem	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Movimento muscular: • Movimento muscular diminuído, (MRC modificada de 4 à direita). • Potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular. Requisito de AC: desvio de saúde	Meta: Que a pessoa melhore a força muscular. Sistema de Enfermagem: parcialmente compensatório e de apoio educação. Método de ajuda: orientar e direcionar; ensinar; agir ou fazer pelo outro.	- Manter e aumentar a força muscular; - Prevenir espasticidade;	- Gerir ambiente físico; - Solicitar colaboração da pessoa; - Avaliar força muscular; - Executar técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido e resistido; - Avaliar capacidade de executar técnicas; - Instruir e assistir sobre técnica de exercício muscular e articular (auto mobilizações, mobilizações ativas e/ou resistidas, exercício de fortalecimento muscular): exercícios de cabeça/pescoço com flexão/extensão, rotação/lateralização direita e esquerda; exercícios nos membros superiores: flexão/extensão escapulo-umeral; abdução/adução escapulo-umeral, rotação interna/externa escapulo-umeral; flexão/extensão cotovelo; supinação/pronação antebraço; desvio radial/cubital do punho; flexão/ extensão do punho; flexão/extensão dos dedos, abdução/ adução; dedos oponência do polegar e nos membros inferiores: flexão/extensão da articulação coxofemoral; flexão/ extensão do joelho; abdução/adução da coxofemoral; rotação interna/externa da coxofemoral; flexão/extensão dos dedos dos pés, dorsiflexão/flexão plantar do pé, inversão/eversão do pé, em séries de 10 cada; - Vigiar tônus muscular (esc.Ashworth modificada); - Monitorizar força muscular (escala MRC modificada).	2/3/2021 – No início da intervenção mostrava renitência em colaborar nos exercícios, mas acabava por participar ativamente depois de perceber o movimento. Sem alterações do tônus muscular. 05/3/2021 - Colabora nos exercícios de fortalecimento muscular, mas só se orientado para os que deve realizar. 12/3/2021 - Só realiza os exercícios das mobilizações ativo assistidas e resistidas, se forem fornecidas orientações nesse sentido. Caso contrário não as realiza autonomamente ou esquece-se de manter o exercício solicitado. 19/03/2021 - Melhoria da força muscular – grau 4+ (MRC modificada), mantém exercícios e incentivo sob orientação verbal e toque. 25/03/2021 - Mantém exercícios e incentivo sob orientação verbal, reforço nos exercícios musculares extensores da perna. 1/4/2021 - Mantém exercícios. Reforço nos exercícios musculares extensores da perna e maior aplicação de resistência. 8/4/2021 – Apresenta melhoria da força muscular no membro inferior direito com força muscular, de grau 5 – normal. 15/4/2021 - Mantem melhorias, monoparésia de grau 4+ (MRC modificada) à direita, força normal no restante corpo.

Diagnóstico de enfermagem	Plano de enfermagem	Objetivos de Enfermagem	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Parésia: • Parésia facial central presente - ligeiro apagamento do sulco nasogeniano à direita e discreto desvio da comissura labial; Grau 2 na Escala de House-Brackmann. • Hipoestesia à direita nos 3 ramos faciais; dolorosa e térmica mantida. Requisito de AC: desvio de saúde	Meta: Que a pessoa consiga recuperar da parésia e melhorar a sensibilidade tátil alterada na hemiface à direita. Sistema de Enfermagem: de Apoio e Educação Método de ajuda: orientar e direcionar; ensinar;	- Estimular e recuperar a sensibilidade da face à direita. - Reduzir a assimetria facial, se possível.	- Vigiar parésia (observar apagamento do sulco nasogeniano, desvio da comissura labial, diminuição do movimento muscular da face e movimentação dos lábios), - Aplicar escala House-Brackmann; - Avaliar a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa na face; - Providenciar a estimulação sensitiva e a percepção sensorial (através de massagem ou toque) da face; - Ensinar e orientar para realizar técnica de exercício muscular e articular (abrir e fechar olhos, enrugar testa, encher boca de ar com lábios fechados, fazer beijinhos, movimentar língua para fora e para os lados, empurrar bochecha com a língua dos dois lados, colocar língua nos dentes do maxilar superior, sorrir com lábios fechados e sorrir mostrando os dentes) - Monitorizar sensibilidade tátil, térmica e dolorosa na face. - Avaliar parésia através da Escala de House-Brackmann.	2/3/2021 - Avaliação neurológica. – Parésia facial central – apagamento do sulco nasogeniano à direita e discreto desvio da comissura labial. Fecha bem os olhos, sem alteração das fendas palpebrais e enrugação a frente. Hipoestesia da hemiface à direita. Iniciada massagem facial (para estimulação sensorial) e exercícios de musculatura facial e mobilidade da língua. 5/3/2021 - Sensibilidade tátil nos 3 ramos faciais melhorada, mantêm-se massagem e exercícios de musculatura facial. 12/3/2021 - Sensibilidade nos 3 ramos faciais mantida (tátil, dolorosa e térmica) bilateralmente. Mantêm-se exercícios musculatura facial. 19/03/2021 - Mantêm-se exercícios. 25/03/2021 - Mantêm-se exercícios. 1/04/2021 - Mantêm-se exercícios 8/04/2021 - Mantêm-se exercícios 15/04/2021 - Sensibilidade nos 3 ramos faciais mantida (tátil, dolorosa e térmica) bilateralmente. Mantem-se exercícios musculatura facial. Sem alterações no desvio da comissura labial (mesmo ao sorriso forçado). Mantêm grau 2 na escala de House-Brackmann

Diagnóstico de enfermagem	Plano de enfermagem	Objetivos de Enfermagem	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Deglutição: Deglutição comprometida – com presença de SNG Requisitos de AC: Desvio de saúde	Meta: Que a pessoa consiga alimentar-se oralmente, caso não apresente sinais de disfagia. Sistema de Enfermagem: parcialmente compensatório e de apoio educação. Método de ajuda: orientar e direcionar; ensinar; agir ou fazer pelo outro.	- Reeducar a deglutição; - Promover o autocuidado: beber e comer; - Vigiar sinais de disfagia e sinais silenciosos de aspiração; - Prevenir complicações	- Gerir ambiente físico, calmo e tranquilo, sem distrações; - Solicitar colaboração à pessoa, explicando o procedimento; - Executar todas as tarefas no campo visual da pessoa; - Assegurar condições de segurança (presença de aspirador de secreções, controlo postural posicionamento correto - fowler a 90º); - Avaliar a capacidade de deglutição (alterações na voz; alteração na articulação das palavras, deglute própria saliva, movimentação língua e lábios, possui reflexo de vômito, mantém controlo postural da cabeça, sente os alimentos na boca, simetria facial, deglute alimentos líquidos, pastosos e sólidos, reflexo de deglutição presente); - Monitorizar deglutição; - Treinar e supervisionar a deglutição, com a consistência adaptada (pastosa) ou líquidos com espessante de consistência nectar; - Instruir e orientar exercícios de deglutição – resistência muscular (lábios, língua, bochechas, mandíbula); técnicas posturais (flexão); - Vigiar auscultação pulmonar, auscultação cervical, saturações de O2 antes e no final da alimentação;	2/3/2021 – Presença de SNG. Avaliação - Parésia facial central, sem alterações da mobilidade da língua e palato mole, movimentação dos músculos de mastigação; reflexo da tosse e de vômito mantido, sem presença de saliva ou secreções orais. Sugerida avaliação da deglutição para retirar a SNG, conforme informação clínica planeada na admissão. 4/3/2021 - Avaliação da deglutição. Disfagia a líquidos, necessita de consistência néctar, inicia dieta pastosa, com sucesso e sem alterações- sem sinais de disfagia/ silenciosos de aspiração. 5/3/2021- Ingeriu dieta pastosa às refeições, sem sinais de disfagia ou sinais silenciosos de aspiração e com sucesso. Mantém SNG para reforço hidratação. 12/3/2021 - Ingeriu dieta pastosa, com a sua própria mão, sem sinais de disfagia ou silenciosos de aspiração. Necessidade de supervisionar e corrigir a técnica, tendência a colocar nova colher, sem engolir primeiro ou sorver da colher. Consegue realizar a sua própria higiene oral e bochechar com colutório ou água, com supervisão, desde que fornecidos os materiais necessários e orientações verbais. 19/03/2021 - Mantém dieta pastosa, sem sinais de disfagia/silenciosos de aspiração, pela sua própria mão. Ainda com SNG.

			-Providenciar higiene oral no final da alimentação; - Verificar sensibilidade sensorial, bem como questionar paladar face aos sabores da dieta. - Articulação com terapeuta da fala e nutricionista, bem como aos enfermeiros e assistentes operacionais da unidade acerca da evolução da reeducação da deglutição, bem como necessidade de vigilância/supervisão da técnica. - Manter vigilância da alimentação, no sentido de corrigir algumas más técnicas que possam implicar possíveis complicações. - Colocar prótese dentária, se possível.	25/03/2021 Após duas semanas sem alterações na deglutição de dieta de consistência pastosa, removida a 23/3 a SNG, com indicação de manter acompanhamento /vigilância na deglutição a todas as refeições. Evidência de melhoria no paladar. Supervisão da alimentação conjunta com terapeuta da fala, a 24/3. 1/04/2021- Mantem alimentação autónoma. Tendência a sorver a sopa da colher, incentivado a colocar a colher dentro da boca e não sorver. 8/04/2021- Mantem alimentação de forma autónoma. Consegue colocar a prótese dentária superior, a inferior já não está adaptada à gengiva (ambas são complementares das peças dentárias ausentes, não são totais). Reforçada a indicação aos enfermeiros que passa a usar a prótese durante o dia. Reforçado a necessidade dos cuidados de higiene oral. 15/04/2021 – Mantem alimentação de consistência pastosa e uso de espessante nos líquidos, de forma autónoma. Tem o cuidado de realizar higiene oral com escova de dentes e pasta e bochecho, ou apenas bochechando com água e lavando a prótese.
--	--	--	--	--

Diagnóstico de enfermagem	Plano de enfermagem	Objetivos de Enfermagem	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Autocuidado – Higiene: • Dependência no auto cuidado - Escala Barthel: 15/100 - dependência grave (Higiene pessoal – 0 e banho - 0); MIF: 40 - Incapacidade grave (Banho - 1) • Potencial para melhorar técnica de adaptação para autocuidado higiene Requisito de AC: Universais	Meta: Que a pessoa seja capaz de realizar ou colaborar na sua higiene pessoal e banho e reduza a sua dependência no autocuidado higiene. Sistema de Enfermagem: parcialmente compensatório e de apoio educação. Método de ajuda: orientar e direcionar; ensinar; agir ou fazer pelo outro	- Promover o autocuidado; - Promover independência neste autocuidado; - Prevenir o declínio funcional.	- Proporcionar ambiente calmo e privado; - Solicitar colaboração da pessoa; - Avaliar a capacidade para realizar autocuidado higiene (abrir torneiras, verificar temperatura da água, lavar e secar todas as partes do corpo) - Fornecer o material necessário (manápu-la, água, sabão, toalhas); - Orientar a preparação da água, solicitando a verificação da temperatura da mesma a seu gosto; - Ensinar técnica de autocuidado higiene, começando pelas mãos e face, seguindo o resto do corpo, deixando os genitais para o final; - Orientar a pessoa a realizar a técnica de higiene, substituindo-a no que não consegue realizar, mas informando a zona que se vai lavar; - Orientar a pessoa sobre a técnica no secar do corpo, substituindo-a no que não consegue realizar; - Gerir a energia despendida pela pessoa; - Reforçar importância da autonomia no autocuidado; - Monitorizar autocuidado higiene, através das escalas; - Articular com terapeuta ocupacional para reforçar o esquema corporal e o procedimento no ato de lavar e secar o corpo.	2/3/2021 - Dependente total na higiene, realizando-a no leito. 05/03/2021 - Dependente total na higiene, realizando-a no leito. 12/03/2021 - Higiene no duche, realizada com colaboração de 50% da pessoa no lavar e no secar. Fornecido reforço positivo do que consegue realizar. 19/3/2021 - Higiene no duche, com a colaboração de 75% da pessoa no lavar e secar, apesar de necessitar de orientação verbal. 25/03/2021 - Higiene no duche com necessidade de supervisão / orientação verbal no lavar e no secar. 1/04/2021 - Higiene no duche com necessidade de orientação verbal no lavar e no secar. 8/04/2021 - Higiene no duche com necessidade pontual de orientação verbal no lavar. 15/04/2021 – Higiene no duche com necessidade pontual de orientação verbal. Avaliação de dependência no autocuidado da higiene - Escala Barthel: 95/100 - dependência leve (Higiene pessoal – 5 e banho - 5); MIF: 106 - Incapacidade leve (Banho - 6). Consegue autonomamente realizar a higiene, apenas orientação pontual verbal.

Diagnóstico de enfermagem	Plano de enfermagem	Objetivos de Enfermagem	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Autocuidado –Vestuário: • Dependência no autocuidado vestir em grau grave – Escala Barthel: 15/100 - dependência total (vestir – 0); MIF: 40 - Incapacidade grave (vestir-se- 1) • Potencial para melhorar técnica de adaptação para autocuidado vestuário Requisito de AC: Universais	Meta: Que a pessoa seja capaz de vestir e despir a parte superior e inferior do vestuário e reduza a sua dependência no autocuidado vestir. Sistema de Enfermagem: parcialmente compensatório e de apoio educação. Método de ajuda: orientar e direcionar; ensinar; agir ou fazer pelo outro.	- Promover o autocuidado; - Promover independência neste autocuidado; - Prevenir o declínio funcional.	- Proporcionar ambiente calmo; - Solicitar colaboração da pessoa, respeitando privacidade; - Ensinar técnica de autocuidado vestir e despir: Vestir primeiro o membro superior ou inferior direito e em seguida o membro superior ou inferior esquerdo, despir em último o lado direito; - Instruir estratégias adaptativas para o autocuidado vestir-se (escolher roupa larga e confortável); - Treinar utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado vestuário; - Encorajar e ensinar a pessoa a calçar os seus chinelos (que são fechados, rasos e antiderrapantes) ou os ténis (incluindo o atar dos atacadores); - Gerir a energia despendida pela pessoa; - Reforçar importância da autonomia no autocuidado; - Reforçar o engrama do procedimento no ato de vestir, despir e calçar, tal como na higiene, articulando também com terapeuta ocupacional da unidade; - Monitorizar autocuidado vestir-se, através das escalas;	2/3/2021 - Dependente total no vestir e despir. 05/03/2021 - Colabora no vestir e despir, providenciando o movimento corporal para o procedimento (enfia braço no casaco, perna na calça). Reforçado o elogio do que consegue ajudar. 12/3/2021 - Consegue despir parte superior e inferior sem ajuda. No vestir, ainda necessita de alguma ajuda (parte superior e inferior), mas já realiza 50% da técnica sozinho. Consegue calçar o chinelo sozinho. Mantém-se reforço do que consegue realizar sozinho. 19/03/2021 - Mantém o anterior. 25/03/2021 - No vestir, necessita ainda de ajuda mínima 25% na parte inferior e na mudança de calçado de chinelos para ténis, a ajuda teve que ser completa. 1/04/2021 - Conseguiu autonomamente vestir a parte superior e inferior. Só precisou de ajuda no procedimento de atar os atacadores dos ténis. (Reforçada esta prática, com jogo na sala de estar). 8/04/2021 - Consegue vestir-se sozinho, incluindo atar os seus ténis. 15/04/2021 - Avaliação da dependência com Escala Barthel: 95/100 - dependência leve (vestir – 10 independente); MIF: 106 - Incapacidade leve (vestir-se- 7).

Diagnóstico de enfermagem	Plano de enfermagem	Objetivos de Enfermagem	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Andar com-prometido com auxiliar de marcha: - Dependência severa – Escala Barthel 15/100 (Mobilização – 5); Índice de Tinetti 14/28 – Alto Risco marcha 7/12; MIF: 40 - Incapacidade grave (locomotão – 3, escadas – 1); Escala de Morse: 65 – alto risco - Potencial para melhorar capacidade para andar com auxiliar de marcha. Requisito de AC: desvio de saúde	Meta: Que a pessoa consiga andar com auxiliar de marcha, de forma correta. Sistema de Enfermagem: de Apoio e Educação Método de ajuda: orientar e direcionar; ensinar;	- Prevenir complicações da imobilidade; - Prevenir a rigidez articular e a perda de massa muscular; - Instruir e treinar a andar com produto de apoio - andador.	- Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática, através do índice de Tinetti; - Avaliar o risco de queda, através da Escala de Morse; - Monitorizar a força muscular através da Escala da MRC modificada; - Avaliar conhecimento sobre andar com o auxiliar de marcha; - Instruir sobre o andar com auxiliar de marcha (primeiro o andador, depois a perna direita e por fim a perna esquerda); - Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha; - Treinar o andar com auxiliar de marcha e apoio ou supervisão do lado direito; - Adequar produto de apoio, se necessário; - Manter exercícios musculares e articulares de fortalecimento muscular; - Corrigir defeitos posturais; - Reduzir fatores de risco para prevenção de quedas e providenciar respetivas estratégias; - Articulação com o fisioterapeuta, que acompanha 3 x na semana, de objetivos em conjunto.	2/3/2021 - Realiza pequenos passos na transferência para o cadeirão. 5/3/2021 - Treino de marcha, com apoio unilateral no quarto e corredor da unidade. Sessão de Fisioterapia – com inicio de deambulação com andador. 12/3/2021 -Treino de marcha com andador e apoio unilateral, com algum cansaço. 19/3/2021 - Marcha com andador, com apoio unilateral com necessidade de correção para a técnica correta. 25/03/2021 - Mostra pouca eficiência na técnica correta com o andador, marcha mais eficaz com apoio unilateral, sem cansaço, apesar de ser necessário corrigir defeitos posturais. Articulação com fisioterapeuta da informação para revermos auxiliar de marcha, para um que não provoque cansaço e seja eficiente para evitar desequilíbrio por má técnica de uso (Bengala?). 1/04/2021 - Marcha com apoio ou supervisão unilateral. Sem cansaço. 8/04/2021 - Inicia marcha com apoio de bengala e com supervisão (ao lado). Treino propriocetivo no jardim do pátio. 15/04/2021 - Dependência leve – Barthel 95 /100 (Mobilização – independente 15); Índice de Tinetti 23/28 – marcha 9/12; MIF 106 Incapacidade leve (locomotão – 5, escadas – 4); Escala de Morse: 45 – médio risco.

Diagnóstico de enfermagem	Plano de enfermagem	Objetivos de Enfermagem	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Úlcera por pressão (UP) Presente UP grau 4 na região sacro central Requisito de AC: Desvio de saúde	Meta: Que a UP mantenha uma evolução favorável à sua total cicatrização. Sistema de Enfermagem: totalmente compensatório Método de ajuda: agir ou fazer pelo outro	- Promover a cicatrização da UP; - Controlar a infecção; - Evitar pressão no UP; - Prevenir complicações	- Avaliar características da UP (localização, dimensões, tipos de tecidos, exsudado, bordos, presença de loca, edema); - Executar tratamento apropriado à UP com a periodicidade necessária (diária) de acordo com as características da UP e sua evolução; - Vigiar dor e sinais de agravamento /infecção; - Manter penso limpo e seco (atendendo o local da UP, de forma a evitar contaminação por fezes ou urina); - Providenciar reforço nutricional, bem como suplemento proteico e de arginina diário (para auxiliar na cicatrização da UP); - Reforçar alternância de decúbitos e evitar posicionamentos que causem pressão no local da UP com mais de 1 hora contínua; - Avaliar características da UP e monitorizar evolução; - Efetuar os devidos registros da avaliação e tratamento da UP nos sistemas de informação de enfermagem; - Manter a informação em relação ao tratamento de forma assegurar a continuidade de cuidados, por outros enfermeiros.	02/03/2021 - Avaliação das características da UP. - Dimensões 6/8 cm diâmetro, forma oval, 95% tecido granulação e 5% de fibrina, exsudado sero-hemático, bordos definidos e com loca entre 3 a 4cm de profundidade, sem presença de edema perilesional). Tratamento com Octenidina + Fenoxietanol e carbometilcelulose com prata, mais compressas secas e adesivo. Com dor – fez analgesia em SOS. 05/03/2021 - Mantem evolução favorável e tratamento. Por dor, fez analgesia em SOS 12/03/2021 - Mantem evolução favorável e tratamento. Por dor ligeira, fez analgesia em SOS. 19/03/2021 - Mantem evolução favorável e tratamento. Dimensões no diâmetro, exsudado e tipos de tecido mantidos. Loca reduzida a 2/3cm de profundidade. Sem dor. 25/03/2021 - Mantem evolução. Sem dor. 1/04/2021 - Mantem evolução. Sem dor. 8/04/2021 - Mantem evolução. Sem dor. 15/04/2021 - Dimensões 5/6 cm diâmetro, forma oval, 100% tecido granulação, exsudado sero-hemático, bordos definidos e com loca entre 1 a 2 cm de profundidade, sob o mesmo tratamento, o que mostra uma evolução bastante favorável.

Diagnóstico de enfermagem	Plano de enfermagem	Objetivos de Enfermagem	Intervenções de enfermagem	Avaliação
Comunicação comprometida (Afasia) Requisito de AC: desvio de saúde	Meta: Que a pessoa consiga melhorar o discurso fluente, com a nomeação, repetição e compreensão mantidas Sistema de Enfermagem: de Apoio e Educação Método de ajuda: orientar e direcionar; ensinar	- Estimular cognição; - Facilitar a capacidade de compreensão - Facilitar a capacidade de expressão.	- Avaliação da linguagem (fluência, compreensão, nomeação e repetição). - Proporcionar ambiente calmo e tranquilo; - Permitir tempo à pessoa para se expressar, não interrompendo; - Falar de forma pausada com a pessoa para que entenda o que dizemos (atendendo à presença de máscara); - Dar uma informação ou perguntar uma questão de cada vez; - Pedir para descrever imagens (Fluência); - Fornecer imagens e pedir que nomeie o que está representado (nomeação); - Mostrar objetos e pedir que nomeie o que estamos a mostrar (nomeação); - Ignorar erros ou parafasias emitidas, não valorizando a pronuncia imperfeita; - Solicitar que repita palavras diferentes, curtas, complexas ou frases (repetição); - Realizar leitura de parágrafos de livros; - Solicitar que escreva palavras, frases, desenha ou pinta desenhos (estimulação comunicação gráfica) - Solicitar que repita o que se pediu num determinado exercício proposto (repetição e compreensão); - Dar reforço positivo. - Articular com terapeuta da fala e terapeuta ocupacional, o plano relacionada com a afasia.	2/03/2021 Alteração da linguagem- afasia. Discurso fluente, mas com alteração da nomeação (3 em 10) e na repetição (5 em 10), compreensão ligeiramente alterada. 05/03/2021 Mantem alteração da nomeação (3 em 10) e na repetição (6 em 10) e compreensão ligeiramente alterada. 12/03/2021 Mantem alteração da nomeação (4 em 10) e na repetição (7 em 10) e compreensão ligeiramente alterada. 19/03/2021 Mantem alteração da nomeação (6 em 10) e na repetição (9 em 10) e compreensão melhorada em relação a ordens. 25/03/2021 Melhoria na capacidade de nomeação (8 em 10) e na repetição (9 em 10) e compreensão melhorada. 01/04/2024 – Mantem o anterior. 08/04/2021 – Melhoria na capacidade de nomeação (9 em 10) e sem alteração na repetição. 15/04/2021 - Discurso fluente, compreensão melhorada, nomeação (9 em 10) e sem alteração na repetição. Consegue ler e escrever sem dificuldade.

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste estudo de caso, foram mobilizados várias referências com base em evidência científica perante a situação clínica e o plano de cuidados elaborado.

Em relação ao diagnóstico médico principal que o senhor apresentou, o AVC isquêmico ocorre quando um vaso que fornece sangue ao cérebro está obstruído. Pode ser classificado como trombótico, embólico ou lacunar. Este tipo de AVC tem como principais fatores predisponentes a hipertensão arterial, a idade, fibrilhação auricular, entre outros, o que vem de encontro a antecedentes de saúde do senhor Elísio (Menoita, Sousa, Alvo & Marques-Vieira, 2012).

Segundo a American Stroke Association (2021), a fibrilhação auricular, com o batimento cardíaco irregular mais comum em pessoas com mais de 65 anos, associado a hipertensão arterial, aumenta o risco de AVC para mais de duas vezes.

A sua localização no lado do hemisfério esquerdo do cérebro, veio evidenciar alterações nas funções dominantes do mesmo: linguagem, memória e função motora do lado direito.

No desempenho do exercício profissional e das suas competências, o Enfermeiro especialista de ER tem como objetivo principal a promoção da autonomia, recuperação da máxima funcionalidade/independência da pessoa e sua reintegração social e familiar.

O plano de cuidados assentou em atividades terapêuticas, baseadas em exercícios direcionados para o fortalecimento muscular dos vários segmentos musculares e articulares do corpo, de acordo com o défice diagnosticado e validado pelas escalas aplicadas, no treino de equilíbrio, no treino da marcha, na melhoria da parésia facial, na recuperação de treino de AVD, que assentassem na promoção da autocuidado e recuperação da sua autonomia e máxima funcionalidade do senhor em estudo (Menoita et al., 2012).

De acordo com Menoita et al. (2012), o plano de intervenção de ER face ao senhor em estudo deve privilegiar o lado afetado e o lado são e deve ser iniciada com mobilizações passivas, ativas-assistidas, ativas-resistidas de forma a proporcionar os movimentos próprios de cada articulação, inicialmente no leito, e depois sentado e em pé.

Cada mobilização deve ser realizada duas a três vezes por dia, repetindo no mínimo dez vezes cada movimento. Deve realizar treino de equilíbrio, estático e dinâmico, corrigir alterações posturais, iniciar a marcha com auxiliar de marcha e

posteriormente com maior coordenação e equilíbrio, poderá começar o treino de subir e descer escadas. Sempre que possível, de manhã a intervenção com o senhor E. era com o enfermeiro especialista de ER e à tarde com o fisioterapeuta da UMDR.

O início mais precoce possível do treino de AVD na pessoa com doença do foro neurológico, possibilita a reeducação das mesmas, através da capacidade que o sistema nervoso central possui em alterar a sua função, denominada neuroplasticidade. A possibilidade de reabilitação assenta na “convicção de que o cérebro humano é um órgão dinâmico e adaptativo, capaz de se reestruturar em função de novas exigências ambientais ou das limitações funcionais impostas por lesões cerebrais” (Menoita et al., 2012, p. 67).

Logo após o AVC, os fatores mais determinantes para o processo plástico estão descritos como a “aprendizagem, a memória, a frequência e a continuidade da reabilitação, o ambiente e a comunicação terapêutica” (Menoita et al., 2012, p. 68). Desta forma, quanto mais se incidir no treino da pessoa com AVC, de forma sistemática, mais possível é a esta neuroplasticidade para readquirir a funcionalidade, restituir ou compensar determinada função.

Neste senhor, todas as AVD básicas do próprio autocuidado estavam alteradas e com défice, no início do acompanhamento e ao longo da intervenção dos cuidados especializados de ER, as intervenções definidas mostraram resultados, na medida em que de uma avaliação de dependência total, conseguiu-se atingir valores de dependência leve (Barthel de 15/100 para 95/100), bem como de incapacidade grave para incapacidade leve (MIF de 40 para 106).

Neste sentido, para dar resposta aos requisitos de autocuidado da teoria de Orem (universais e desvios de saúde) nos diagnósticos levantados, a planificação perante a pessoa assentou essencialmente no sistema parcialmente compensatório (quando se substitui a pessoa apenas no que não é capaz de realizar por si só); e no sistema de apoio-educação (quando a pessoa é capaz de realizar o autocuidado, mas necessita de ensino e supervisão) na realização das atividades (Tomey & Alligood, 2002).

O enfermeiro tem que substituir a pessoa nas tarefas que não consegue realizar, mas estimulando o seu autocuidado, para que inicie a sua participação e recupere o máximo de autonomia no autocuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Braga, R. (2017). Reabilitar a Deglutição. In Marques-Vieira CM, Sousa, LM. (Eds) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (1ª edição) Loures: Lusodidacta
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2015). *CIPE Versão 2015: Classificação internacional para a prática de enfermagem - edição portuguesa*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Lusodidacta.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretoriode-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-882061-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABArySzltzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>
- Godinho, N. (2020). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações*. Norma APA. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Novembro.
- Lei n.º 156/2015. (2015). *Procede à segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, Série I* (Nº 181 de 16 de setembro de 2015). 8059 – 8105.
ELI:<https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Padrão Documental dos cuidados de Enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação*. Colégio da especialidade de enfermagem de Reabilitação. Porto.
- Menoita, E. C., Sousa, L. M., Alvo, I. B. P. & Marques-Vieira, C. M. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC*. Contributos para um Envelhecer Resiliente. Loures: Lusociência.

- www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf
- <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2503/6/Mini-Exame%20do%20Estado%20Mental.pdf>
- www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf
- <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nup&AN=T702975&site=nup-live&scope=site>
- Ischemic Strokes (Clots) | American Stroke Association

