

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À
PESSOA COM ALTERAÇÃO DA FUNCIONALIDADE –
PRODUTOS DE APOIO NA SATISFAÇÃO DA NHF
«Movimentar-se e manter postura corporal correta»

Florbela Duarte Gomes

Lisboa

2017

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, featuring a large green swirl that transitions into three horizontal, slightly curved lines of varying shades of green, mirroring the ESEL logo.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À
PESSOA COM ALTERAÇÃO DA FUNCIONALIDADE –
PRODUTOS DE APOIO NA SATISFAÇÃO DA NHF
«Movimentar-se e manter postura corporal correta»

Florbela Duarte Gomes

Orientador: Professor Doutor Miguel Serra

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Enquanto estiveres viva, sente-te viva.
Se sentes saudades do que fazias, volta a fazê-lo.
Não vivas de fotografias amareladas...
Continua, quando todos esperam que desistas.
Não deixes que enferruje o ferro que existe em ti.
Faz com que em vez de pena, te tenham respeito.
Quando não conseguires correr através dos anos, trota.
Quando não conseguires trotar, caminha.
Quando não conseguires caminhar, usa uma bengala.
Mas nunca te detenhas.”

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Professor Doutor Miguel Serra, pela orientação, colaboração e disponibilidade ao longo deste percurso.

Aos enfermeiros orientadores dos locais de estágio pela partilha de saberes, empenho e apoio constantes neste processo de aprendizagem.

A três amigas muito especiais pelo encorajamento, incentivo e ânimo nos momentos mais difíceis.

À minha família e amigos por acreditarem em mim, pela compreensão e aceitação das minhas ausências.

Ao meu namorado pelo apoio incondicional, sendo o pilar nos bons e maus momentos.

A todos, muito obrigada!

LISTA DE SIGLAS

AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividade de Vida Diária
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CR	Centro de Reabilitação
EC CI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ISO	Organização Internacional de Normalização
MIF	Medida de Independência Funcional
MSE	Membro Superior Esquerdo
NHF	Necessidades Humanas Fundamentais
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAPA	Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio
TCE	Traumatismo Crânio Encefálico
TVM	Traumatismo Vertebro Medular

RESUMO

A alteração da funcionalidade é uma adversidade que pode afetar qualquer pessoa ao longo do seu ciclo vital condicionando-a na independência das suas necessidades humanas fundamentais. Pode-se entender a alteração da funcionalidade como um problema de saúde pública pois condiciona a pessoa enquanto cidadão ativo inserido numa sociedade.

Presenciando este problema, torna-se imperiosa a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) para a promoção da autonomia da pessoa com alteração da funcionalidade. Assim, cabe ao EEER promover a reintegração da pessoa enquanto ser biopsicossocial e, conseqüentemente, obter ganhos em saúde. Neste âmbito, o EEER elabora programas de reabilitação personalizados onde inclui, frequentemente, produtos de apoio adequados tendo em conta as potencialidades da pessoa.

No sentido de aprofundar a temática dos produtos de apoio, especificamente os produtos de apoio na promoção de autonomia na marcha, foi inicialmente definido um objetivo geral do qual provieram objetivos específicos que foram concretizados através de atividades desenvolvidas em contexto hospitalar e domiciliário.

Ao longo deste relatório é feita uma descrição, análise e reflexão sobre as atividades desenvolvidas em contexto da prática clínica com o objetivo de desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.

Palavras-chave: Alteração da funcionalidade, Promoção de autonomia, Enfermagem de Reabilitação, Produtos de Apoio.

ABSTRAT

Impaired functionality is an adversity that can affect anyone throughout their life cycle, conditioning them to the independence of their basic human needs. Impaired functionality can be understood as a public health issue, since it conditions the person as an active citizen in society.

Facing this issue, it is imperative the intervention of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing (EEER) to promote the autonomy of the person with impaired functionality. Thus, it is up to the EEER to promote the reintegration of someone as a biopsychosocial being and, consequently, to obtain health improvements. In this context, the EEER develops personalized rehabilitation programs where it often includes appropriate support products taking into account the individual's potential.

In order to deepen the theme of support products, specifically support products in the promotion of autonomy of movements, it was initially set a general goal which came from specific objectives that were achieved through activities in hospital and home context.

Throughout this report is made a description, analysis and reflection on the activities undertaken in the context of clinical practice in order to develop common skills of the nurse and the specific skills of specialist nurse in rehabilitation nursing (EEER) recommended by the Portuguese Order of Nurses.

Key-words: Impaired Functionality, Promotion of Autonomy, Rehabilitation Nursing, Support Products.

ÍNDICE

Pág.

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1. A Pessoa com Alteração da Funcionalidade.....	17
1.2. Intervenção Especializada em Enfermagem de Reabilitação	19
1.3. Produtos de Apoio	22
2. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO CAMINHO PERCORRIDO	27
2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	28
2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	40
2.3. Gestão dos Produtos de Apoio na Pessoa com Alteração da Funcionalidade	53
3. AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO	57
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

APÊNDICES

Apêndice I – Caracterização do Centro de Reabilitação

Apêndice II – Plano de Cuidados I – Serviço de Reabilitação de Adultos

Apêndice III – Caracterização da Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Apêndice IV – Plano de Cuidados II - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

FIGURA 1 - Seleção adequada dos dispositivos auxiliares de marcha.....	25
--	----

INTRODUÇÃO

Em Portugal, verifica-se um aumento do envelhecimento demográfico e alterações no padrão epidemiológico e na estrutura social e familiar, que determinam novas necessidades em saúde, sendo prioritário diferenciar e personalizar as respostas de cuidados de saúde. As situações de fragilidade e incapacidade que se verificam nos últimos anos de vida, podem ser passíveis de prevenção, tratamento e recuperação, tendo como intuito a manutenção da dignidade e a qualidade de vida (Resolução do Conselho de Ministros nº 84/2005 de 27 de Abril de 2005).

A Enfermagem é uma ciência e uma arte, (Gameiro, 2003), que tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem a toda a pessoa, sã ou doente, ao longo do seu ciclo de vida de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde, promovendo a máxima capacidade funcional o mais precocemente possível (Decreto-Lei nº 161/96, 1996). Nesse sentido, o Enfermeiro deve cuidar e intervir através da prestação de cuidados técnica e humanamente adequados às diferentes situações (Decreto-Lei nº 101/2006, 2006).

Neste contexto, os cuidados de enfermagem são baseados na promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue, procurando a prevenção da doença e a promoção dos processos de readaptação e adaptação funcional (Regulamento nº 350/2015, 2015)

Contudo, se a Enfermagem tem como objetivo cuidar, à Enfermagem de Reabilitação cabe o cuidar especializado. Ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) cabe a missão de cuidar de pessoas com necessidades especiais em todas as fases do ciclo vital (Regulamento nº 125/2011, 2011).

Nas próximas décadas prevê-se que irá ocorrer um aumento substancial das necessidades de cuidados de saúde da população idosa e, simultaneamente, um aumento da prevalência de doenças de evolução prolongada e incapacitantes. São as necessidades específicas das pessoas com perda de autonomia que determinam a necessidade de cuidados diferenciados e, é neste âmbito, que a intervenção do EEER assume particular relevo. Este é detentor de conhecimentos e competências específicas na área da reabilitação que lhe permitem avaliar a funcionalidade, diagnosticar limitações e incapacidades para a satisfação das Necessidades

Humanas Fundamentais (NHF), planejar e implementar planos de intervenção, tendo como objetivo a recuperação, adaptação ou manutenção funcional da pessoa e ao treino do prestador de cuidados. Deste modo, o EEER procura prevenir e/ou retardar o agravamento da situação de dependência da pessoa promovendo a sua autonomia, a adaptação à sua nova condição de vida e a reinserção social e familiar tendo, como principal objetivo, fomentar a dignidade e qualidade de vida da pessoa, resultando em ganhos em saúde significativos (Regulamento nº 125/2011, 2011). Nesta linha, sendo a alteração da funcionalidade um problema passível de afetar qualquer indivíduo ao longo do ciclo de vida, o EEER recorre, frequentemente, a produtos de apoio com o objetivo de potenciar e maximizar as capacidades da pessoa promovendo a autonomia e independência funcional.

Neste âmbito, é importante o EEER aprofundar saberes nesta temática, sendo este o tema deste relatório: “Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Alteração da Funcionalidade – Produtos de Apoio na Satisfação da NHF “Movimentar-se e manter postura corporal correta”.

A escolha desta temática foi motivada por aspetos pessoais, profissionais e sociais. Pessoais, porque desde cedo surgiu uma apetência pela área da reabilitação, uma vez que, capacitar o outro para a promoção e desenvolvimento da sua autonomia constitui-se uma motivação. De uma forma particular, a área específica dos produtos de apoio, por ser um tema pouco abordada pelos EEER, tornou-se cativante.

No que concerne à esfera profissional e social, tomamos consciência das limitações existentes e verifica-se que num processo de cuidados de reabilitação, a intervenção pode ser potenciada com a utilização de produtos de apoio que, sendo bem adaptados, constituem uma mais-valia para a promoção de autonomia e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade de vida.

A preferência pelo referencial teórico utilizado, Modelo de Independência na Satisfação das Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson, foca-se com a visão humanista dos cuidados de enfermagem que esta teórica defende, assim como a correlação dos pressupostos deste modelo (Saúde, Pessoa/Doente, Ambiente, Enfermagem, Necessidades) (Tomey, 2004) com o enquadramento conceptual definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Saúde, Pessoa, Ambiente, Cuidados de

Enfermagem) (Regulamento nº 350/2015, 2015). Assim, apesar de ser uma teórica do início do século XX, a sua definição de enfermagem “(...) fazê-lo de modo a ajudá-lo a conseguir a independência tão rapidamente quanto possível.” (Tomey, 2004, p.114), mantém-se atual, uma vez que os seus pressupostos se refletem no enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que defendem que os cuidados de enfermagem “Têm por foco de atenção (...) a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível através da promoção do autocuidado (...)” (Regulamento nº 350/2015, 2015, p.16656).

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito, do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, tendo por base os estágios realizados em contexto hospitalar e domiciliário. Como objetivo procura refletir e analisar criticamente as atividades e as competências desenvolvidas na prática de cuidados através de um processo de pensamento claro e objetivo nas dimensões ética, histórica e social da prática de enfermagem. Ainda, através do conhecimento da enfermagem e das outras disciplinas nos diferentes contextos da prática clínica, pretende refletir e analisar a prestação de cuidados diferenciados à Pessoa em situação de doença e/ou deficiência.

Nesta lógica, numa fase inicial do percurso de aprendizagem foi definido um objetivo geral que serviu de linha orientadora, sendo este: desenvolver competências que permitam a avaliação das capacidades sensório-motoras da Pessoa de modo a concetualizar e operacionalizar planos de reabilitação personalizados, com a utilização de Produtos de Apoio, promovendo a autonomia e a independência.

Para operacionalização deste objetivo major foram definidas metas específicas que possibilitaram maximizar o processo de aprendizagem e o desenvolvimento das competências que se constituíram transversais nos dois locais de estágio. Nesse sentido, foi previamente elaborado um Projeto de Aprendizagem onde se delinearam objetivos específicos e atividades a desenvolver para os atingir, sendo estes:

- 1 – Integrar de forma progressiva e gradual a equipa multiprofissional, compreendendo a sua dinâmica, funcionamento, organização e atividades;
- 2 – Desenvolver uma prática profissional regida por princípios éticos e legais, normas deontológicas e baseada na evidência científica;

3 - Desenvolver e aprofundar conhecimentos que permitam realizar a avaliação sensória-motora e identificar possíveis alterações da funcionalidade;

4 – Avaliar a forma como a pessoa vivência a alteração da funcionalidade e identificar as suas prioridades na aquisição de autonomia;

5 – Desenvolver e aprofundar conhecimentos acerca dos produtos de apoio existentes que auxiliem na promoção da autonomia da pessoa com alteração da funcionalidade;

6 – Desenvolver competências na elaboração e implementação de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação adaptados às especificidades da pessoa com alteração da funcionalidade;

7 - Promover a adesão da pessoa com alteração da funcionalidade aos produtos de apoio maximizando a sua autonomia nas NHF.

Quanto à forma, este relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos. O primeiro capítulo engloba o enquadramento conceitual com a abordagem ao modelo da teórica Virgínia Henderson, onde são definidos os conceitos de pessoa com alteração da funcionalidade e produtos de apoio. No segundo capítulo serão caracterizados os contextos de prática clínica e demonstrados como foram desenvolvidas as competências específicas do EEER, na identificação das necessidades da pessoa com alteração da funcionalidade.

A avaliação do percurso formativo será contemplada no capítulo três e, no capítulo quatro, as considerações finais. Por fim, as referências bibliográficas.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação são constituídos por um conjunto de conhecimentos e intervenções específicas numa determinada área do saber. Estes têm como objetivo a manutenção e promoção de bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, prevenção de complicações e maximização das capacidades individuais de cada pessoa em todas as fases do ciclo de vida (Regulamento nº 350/2015, 2015).

Para atingir a excelência de cuidados de Enfermagem de Reabilitação é importante fomentar uma prática de cuidados especializados baseada na reflexão das intervenções promovidas, tendo por base um referencial.

Neste âmbito, surgiram os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros que explicitam os diferentes aspetos do mandato social da profissão, ajudando a precisar o papel dos enfermeiros junto do público em geral. Entre as categorias dos enunciados descritivos identificadas, algumas são particularmente direcionadas para os cuidados de enfermagem de reabilitação, tais como: bem-estar, autocuidado, readaptação e reeducação funcional (Regulamento nº 350/2015, 2015).

Desta forma, a função do EEER fica definida perante os outros profissionais, sendo que este, enquanto educador, conselheiro e consultor desenvolve um trabalho primordial junto do doente, família/cuidador informal e equipa multiprofissional, assegurado a continuidade e a qualidade dos cuidados.

O enfermeiro especialista, para além das competências atribuídas ao enfermeiro de cuidados gerais, detém competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 122/2011, 2011).

O enfermeiro especialista é detentor de um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando julgamento clínico e capacidade de tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas (Regulamento nº 122/2011, 2011).

Deste modo, o EEER com a sua intervenção tem como propósito promover o diagnóstico precoce e ações preventivas com o intuito de assegurar a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, prevenir complicações e evitar incapacidades e, ainda, proporcionar intervenções terapêuticas que melhorem as funções residuais, mantenham ou recuperem a independência nas atividades de vida e que minimizem o impacto das incapacidades instaladas (Regulamento nº 125/2011, 2011).

Com este desígnio, é importante que o EEER compreenda as necessidades e prioridades individuais do doente e elabore em conjunto um programa de reabilitação. Deste modo, o doente/cuidador informal serão integrados no processo e responsabilizados pela readaptação à sua nova condição de vida. Segundo Henderson, a função do enfermeiro é assistir e ajudar a pessoa a conquistar a independência funcional o mais rapidamente possível (Tomey, 2004). A teoria das necessidades humanas fundamentais da teórica Virgínia Henderson baseia-se em quatro pressupostos, a saber: Enfermagem, Pessoa (Doente), Saúde e Ambiente e, em quatorze (14) Necessidades Humanas Fundamentais (Tomey, 2004).

Alicerçados nos pressupostos supra referenciados Henderson definiu também, na sua teoria, os postulados sendo de realçar o seu primeiro postulado “a relação enfermeira/doente” (Tomey, 2004, p.115). Neste, a teórica identifica na intervenção de enfermagem três níveis de relação com o doente, que varia entre o muito dependente e o independente, sendo o objetivo de enfermagem assistir o doente nas suas necessidades. Henderson defende ainda, que, a enfermeira ajuda o doente a adquirir ou a reconquistar a sua independência e devem em conjunto, como parceiros, formular o plano de cuidados (Tomey, 2004).

Do mesmo modo, Hesbeen (2003) reforça que a intervenção do EEER deve ser baseada num projeto realista e em conjunto com o doente, tendo em conta as suas expectativas e prioridades. Para que a finalidade da reabilitação seja alcançada, é fundamental um trabalho em equipa onde o profissional demonstra real interesse pela Pessoa, encarando-a como um ser único e irrepetível.

Também Rocha (2010) afirma que o objetivo primordial do EEER é manter as capacidades funcionais e otimizar a qualidade de vida dos doentes, família e comunidade, a sua socialização e dignidade. Nesse sentido, são promovidas ações para a prevenção e tratamento da doença e promoção dos processos de

readaptação da pessoa ao longo de todo o ciclo vital. Desta forma, a intervenção do EEER contribui para maximizar o potencial funcional e de independência física, emocional e social dos doentes (Rocha, 2010).

Também Hoeman (2000) enfatiza que a enfermagem de reabilitação se baseia em fundamentos teóricos e científicos, dado que trabalha para os doentes com o propósito de definir objetivos para maximizar a independência funcional, promover o autocuidado e prevenir complicações, promover uma adaptação positiva, assegurar a acessibilidade e continuidade de serviços e cuidados, promovendo uma melhor qualidade de vida.

Nesta perspetiva e, ainda segundo Kelly-Hayes e Phipps (2011), a enfermagem de reabilitação é um processo criativo. Tem como início os cuidados preventivos imediatos durante o primeiro estadio da doença ou acidente e continua numa fase de recuperação implicando a adaptação da pessoa à sua nova condição de vida causada pela doença e pela incapacidade (Kelly-Hayes e Phipps, 2011).

Perante este desiderato, defendo que o processo de reabilitação recorre a técnicas, a ações interdisciplinares e ao trabalho em equipa dos profissionais e familiares para alcançar a reabilitação das funções diminuídas ou perdidas do doente. Tendo como objetivo preservar a capacidade de viver o mais autonomamente possível. Este processo engloba as várias componentes de um ser holístico e constitui-se como um desafio.

1.1. A Pessoa com Alteração da Funcionalidade

Nos últimos anos, com os avanços científicos, tecnológicos e o envelhecimento demográfico, é notório um aumento do número de pessoas com incapacidades permanentes, emergindo assim, novas necessidades em saúde e apoio social (Resolução do Conselho de Ministros nº 84/2005 de 27 de Abril de 2005).

Segundo Rocha (2010) é neste contexto que o papel do EEER se torna pertinente e imprescindível, surgindo a necessidade da expansão dos cuidados especializados na área da enfermagem de reabilitação. Com efeito, esta é uma área que intervém na promoção da maximização das capacidades funcionais da pessoa, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal (Regulamento nº 350/2015, 2015).

Assim, numa primeira abordagem, importa clarificar o conceito de Funcionalidade. Para Moraes, Marino e Santos (2010), funcionalidade traduz a capacidade da pessoa gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. Consequentemente, a alteração da funcionalidade é a incapacidade da pessoa funcionar sozinha de forma independente e autónoma.

A noção de alteração da funcionalidade é complexa e abrange outros conceitos que estão interligados, tais como; capacidade funcional vs incapacidade funcional, independência vs dependência e autonomia.

Os conceitos de independência e capacidade funcional surgem, assim, associados a um estado de saúde. Henderson (1966) citada por Hoeman (2000) descreveu a saúde como a base para a independência da pessoa, no âmbito das suas 14 componentes dos cuidados de enfermagem básicos.

Segundo a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, a capacidade funcional é mais que uma componente física, definindo-a como um conjunto de capacidades que a pessoa detém para autonomamente realizar as tarefas quotidianas, inserida num contexto ambiental, permitindo a participação ativa na sociedade (Ministério da Saúde, 2009). Nesta linha de pensamento, Pinto e Botelho (2007) aludem que a capacidade funcional diz respeito às competências necessárias para realizar as atividades de vida diárias, acrescentando que está subjacente a autonomia no autocuidado e na adaptação ao meio em que vive.

Deste modo, pode-se definir incapacidade funcional como a dificuldade ou impossibilidade de desempenhar atividades diárias, geralmente associadas a patologias, deficiências ou problemas de saúde que, de alguma forma, provoquem limitação (Rosa, Benício, Latorre e Ramos, 2003).

Também importante clarificar, os conceitos de autonomia e independência, que embora sendo conceitos distintos, são frequentemente confundidos. Chen, Lin e Yu (2009) interpretam a independência funcional como a capacidade da pessoa realizar uma tarefa motora pelos seus próprios meios, ou seja, significa que a pessoa é capaz de cuidar de si, satisfazendo as NHF sem ajuda de outros.

Por sua vez, a autonomia é definida como sendo a capacidade de realizar tarefas sem ajuda de outrem e de tomar decisões demonstrando sentido de auto-orientação (Preto, 2008). Efetivamente, a autonomia refere-se à capacidade da pessoa para fazer, pensar, decidir e agir de forma livre e independente (Sim, 1998).

Nesta ótica, as alterações da funcionalidade podem limitar e/ou condicionar a capacidade de realização das NHF, porém a pessoa pode continuar autónoma para pensar e agir livremente. Perante este cenário, cabe ao EEER a promoção da adaptação da pessoa às alterações decorrentes da situação clínica apresentada, ou seja, das incapacidades, assumindo sempre uma postura promotora do *empowerment*, incentivando esta a adquirir e a apropriar-se dos conhecimentos necessários para a promoção da sua independência na satisfação das NHF afetadas. Pereira, Fernandes, Tavares e Fernandes (2011) define *empowerment* como sendo um processo através do qual o doente adquire conhecimentos e desenvolve competências que permitem ter maior poder e controlo sobre a sua vida possibilitando a tomada de decisão e participação ativa no seu projeto de saúde.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) relaciona a funcionalidade e a incapacidade com as condições de saúde em função dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, das limitações de atividades e da participação social (Farias e Buchalla, 2005). Na verdade, a CIF define funcionalidade como o termo que abrange todas as funções do corpo, atividade e participação de maneira similar. Por outro lado, descreve a incapacidade como sendo um termo que abrange incapacidades, limitações de atividades ou restrições na participação (Greve, 2007). Nesta perspetiva, segundo a CIF a funcionalidade e a incapacidade constituem uma interação complexa entre a condição de saúde da pessoa, os fatores ambientais e os fatores pessoais (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2004).

1.2. Intervenção Especializada em Enfermagem de Reabilitação

No Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, consagrado no estatuto da OE, é reconhecida ao enfermeiro especialista competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005).

Este pressuposto é também definido por Hesbeen (2003), ao referir que os enfermeiros movidos pelo espírito da reabilitação são quotidianamente confrontados com exigências que podem parecer contraditórias, sendo necessário um profissional

com rigor pelos conhecimentos científicos e pela habilidade gestual, preocupado em acompanhar o doente e ajudá-lo. De fato, este espírito é concordante com uma sensibilidade especial do profissional perante as incapacidades e as dificuldades das pessoas, as quais se “ (...) tornam diferentes daquilo que eram antes e que afetam igualmente aqueles que as rodeiam.” (Hesbeen, 2003, p.35).

Assim, o EEER possui competências clínicas especializadas que lhe permitem cuidar de pessoas com necessidades especiais, concebendo, implementando e monitorizando planos de enfermagem de reabilitação diferenciados e tendo em conta os problemas reais e potenciais dessas pessoas. São os saberes especializados e a experiência acrescida que permite ao EEER tomar decisões relativas à promoção de saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação com o intuito de maximizar o potencial individual de cada pessoa (Regulamento nº 125/2011, 2011).

Assim sendo, a Enfermagem de Reabilitação constitui uma área de intervenção clínica reconhecida, que oferece resposta às necessidades concretas do doente, no contexto em que este se encontra, e às novas exigências dos cuidados, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde. Neste sentido, torna-se importante a monitorização desses ganhos e a elaboração de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação (Regulamento nº 350/2015, 2015).

De acordo com Regulamento da Ordem dos Enfermeiros relativo às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, o EEER socorre-se de técnicas específicas de reabilitação para fazer ensinamentos e incentivar a participação do doente e cuidador informal no processo de reabilitação, proporcionar-lhe o direito à dignidade e qualidade de vida. Ou seja, com a sua intervenção nos diversos contextos da prática, o EEER pretende melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação do doente, preservando a autoestima e o bem-estar (Regulamento nº 125/2011, 2011).

Neste âmbito, torna-se primordial estabelecer planos de reabilitação individualizados, tendo em conta as capacidades funcionais do doente, sendo essencial uma avaliação do nível de independência funcional para a realização das NHF.

Apesar de existirem várias escalas para a avaliação funcional, neste relatório será apenas abordada a Medida de Independência Funcional (MIF), por ser a mais

utilizada no contexto das práticas onde decorreram os estágios. Kelly-Hayes e Phipps (2011) reforçam que a MIF é o instrumento de medida atualmente mais utilizado em contexto de reabilitação.

A MIF na sua versão original foi um instrumento de avaliação funcional desenvolvido na América do Norte, em 1980, com o objetivo de avaliar de forma quantitativa a carga de cuidados necessários para que o doente pudesse realizar tarefas motoras e cognitivas da vida diária. No ano 2000, no Brasil, este instrumento de avaliação foi traduzido para a língua portuguesa tendo demonstrado boa equivalência cultural e boa reprodutividade. A versão original da MIF foi desenvolvida para avaliação dos resultados de programas de reabilitação hospitalares pois, no país de origem a reabilitação era realizada apenas em contexto hospitalar. Como a reabilitação no Brasil era maioritariamente no domicílio surgiu a necessidade de validar a MIF para outros contextos de cuidados.

A MIF é um instrumento que pretende medir o que a pessoa adulta com incapacidade consegue fazer, permitindo desta forma ao EEER ter uma visão exata das limitações funcionais da pessoa e intervir em conformidade. É considerada a escala mais ampla para mensurar a capacidade funcional, sendo utilizada universalmente (Benvegna, Gomes, Souza, Cuadros, Pavão e Ávila, 2008).

A MIF tem como objetivo avaliar 18 atividades de vida diárias, motoras e cognitivas, sendo estas: auto-cuidado (higiene pessoal, alimentação, banho, vestir metade superior, vestir metade inferior, utilização de casa de banho); controlo de esfínteres (eliminação vesical e intestinal); mobilidade/transferência (cama/cadeira/cadeira de rodas, sanita, duche/banheira); locomoção (marcha/cadeira de rodas, escadas); comunicação (compreensão e expressão); adaptação psicossocial (interação social) e função cognitiva (resolução de problemas e memória) (Menoita, Sousa, Alvo e Vieira, 2012).

Este instrumento de medida apresenta sete níveis, variando da independência total (nível 7) à dependência total (nível 1), sendo assim previsível a carga global de cuidados necessários para responder às necessidades do doente para que este possa atingir e manter uma boa qualidade de vida (Benvegna et al, 2008). Esta escala também permite uma avaliação e acompanhamento dos ganhos funcionais do doente e do resultado obtido.

Tal como já referenciado anteriormente, Virgínia Henderson no seu Modelo de Independência na Satisfação das Necessidades Fundamentais define como uma das NHF “movimentar-se e manter uma postura correta”. Neste contexto o EEER, mobilizando os seus conhecimentos e as suas competências deve implementar as intervenções de enfermagem direcionadas à pessoa com alteração da funcionalidade, fazendo recurso a Produtos de Apoio.

1.3. Produtos de Apoio

A enfermagem de reabilitação é uma área de intervenção que “promove a maximização das capacidades funcionais da pessoa” (Regulamento nº 350/2015, 2015, p.16656).

Neste sentido e com o intuito de ampliar as potencialidades da pessoa na recuperação da sua funcionalidade tornando-a mais autónoma na satisfação das NHF, o EEER recorre a Produtos de Apoio.

O conceito “Produtos de Apoio” é a mais recente nomenclatura para designar “Ajudas Técnicas” segundo a norma ISO 9999:2007. E são definidos como “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”, de acordo com o Decreto-lei 93/2009 de 16 de Abril de 2009, p.2276.

A Organização Internacional de Normalização (ISO 9999:2007) é a entidade responsável pela classificação dos produtos de apoio classificando-os e agrupa-os em três níveis hierárquicos (classes, subclasses e divisões), de acordo com as relações entre si e com regras definidas. Deste modo, os produtos de apoio são agrupados em:

- 04 – Produtos de apoio para tratamento clínico individual
- 05 – Produtos de apoio para treino de competências
- 06 – Ortóteses e próteses
- 09 – Produtos de apoio para cuidados pessoais e proteção
- 12 – Produtos de apoio para mobilidade pessoal
- 15 – Produtos de apoio para atividades domésticas
- 18 – Mobiliário e adaptações para habitação e outros edifícios

- 22 – Produtos de apoio, para comunicação e informação
- 24 – Produtos de apoio, para manuseamento de objetos e dispositivos
- 27 – Produtos de apoio, para melhoria do ambiente, máquinas e ferramentas
- 30 – Produtos de apoio, para atividades recreativas (Despacho nº 7197/2016, 2016).

A terminologia adotada na norma supra citada, é padronizada e unificada internacionalmente, sendo também utilizada na CIF.

O objetivo do produto de apoio não é a recuperação da função perdida, mas sim promover a autonomia de forma a reconstruir uma nova funcionalidade. Por conseguinte, aquando da escolha do produto de apoio deve ser considerada a atividade para a qual o doente quer obter maior autonomia, com maior segurança e menor esforço, o ambiente (físico e humano) onde irá decorrer essa atividade e o doente com as suas limitações, personalidade e recursos (Andrich, 1999; Cruz, 2000).

Torna-se importante ter sempre presente que o doente é o interveniente ativo no processo de reabilitação e a forma como este percebe as potencialidades do produto de apoio influencia de forma positiva ou negativa a sua utilização (Rico, Lemos, Ferreira e Ferreira, 2012).

Deste modo, é fulcral que na escolha e adoção de um produto de apoio o doente tenha autonomia de decisão, responsabilizando-se pelo seu processo de reabilitação e iniciando um processo de adaptação bidirecional doente/produto de apoio.

Uma ajuda técnica para ser eficaz, segundo Cruz (2000), terá que proporcionar uma atividade mais independente ou com menor dispêndio de esforço. Preto (2008) acrescenta que a principal função do produto de apoio é permitir ao doente uma maior autonomia funcional, no entanto, deve também prevenir novos eventos ou agudização da doença pelo que deverá ser realizada uma avaliação criteriosa das capacidades sensoriomotoras, aferir aspetos considerados prioritários para a promoção da independência vs autonomia e a motivação para a reabilitação.

Os produtos de apoio permitem à pessoa com alteração da funcionalidade conseguir realizar as NHF de forma mais autónoma. Um estudo efetuado por Polese et al (2011) para avaliar a perceção de hemiplégicos crónicos sobre o uso de produtos de apoio auxiliares de marcha comprovou que os produtos de apoio além

de permitirem maior mobilidade e independência na marcha e na satisfação das NHF também permitem uma maior participação social.

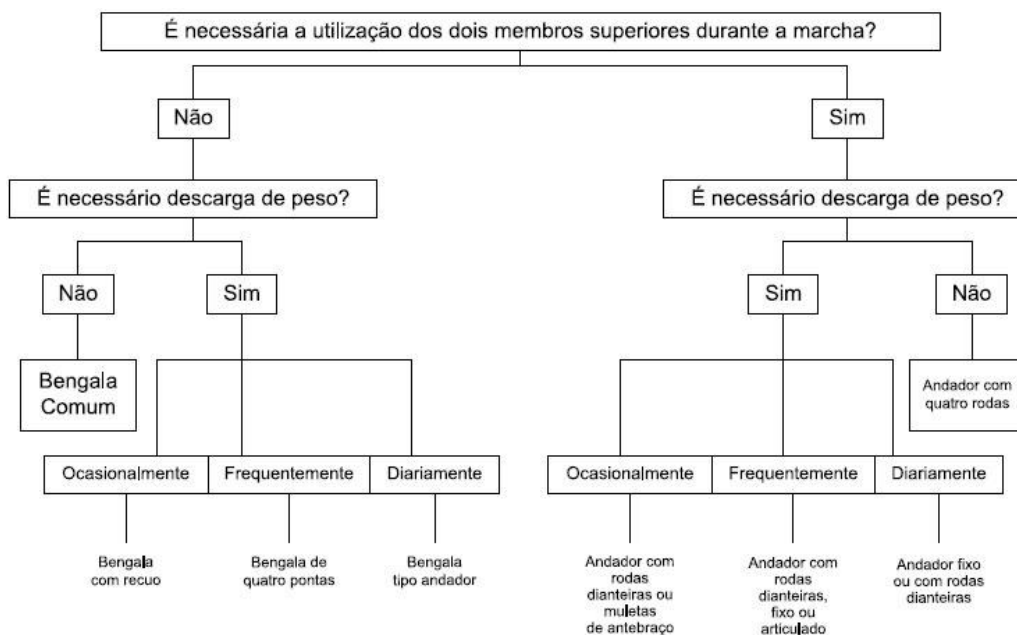
No entanto, para maximizar a utilização do produto de apoio os profissionais de saúde devem orientar para a sua correta utilização (Bradley e Hernandez, 2011). Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista é da competência do EEER ensinar e supervisionar a utilização de produtos de apoio com o intuito de maximizar a capacidade funcional do doente (Regulamento nº 125/2011, 2011).

Por vezes a pessoa com alteração da funcionalidade adquire um produto de apoio e inicia a sua utilização sem orientação especializada e sem que este esteja adaptado às suas características individuais podendo originar consequências e complicações na funcionalidade e qualidade de vida. Bradley e Hernandez (2011) defendem que os doentes não devem utilizar produtos de apoio emprestados ou comprar sem antes ter uma avaliação especializada sobre o mais adequado, tendo em conta as suas potencialidades e necessidades. Os produtos de apoio não deviam ser partilhados porque dificilmente o doente que os utilizou anteriormente apresenta as mesmas características do novo utilizador (OE, 2013). Segundo Rico et al (2012) para que a utilização do produto de apoio acrescente benefícios funcionais ao doente é fundamental que a indicação seja efetuada por um profissional de saúde capacitado.

Existe uma grande diversidade de produtos de apoio, no entanto, os que têm maior destaque em reabilitação são os auxiliares de marcha (Branco, Medeiros, Tomás, Cláudio, Almeida e Carvalho, 2008).

A escolha de um produto de apoio que promova a autonomia na marcha deve ter em conta a situação clínica do doente, a sua idade e grau de dependência (OE, 2013). Bradley e Hernandez (2011), acrescentam que a escolha do auxiliar de marcha adequado depende da força, resistência, equilíbrio e função cognitiva do doente e, de fatores ambientais em que este está inserido. Ou seja, na seleção de um produto de apoio para a otimização do padrão de marcha é fulcral ter em consideração as características físicas, funcionais e individuais do doente e sua segurança (Figura 1).

Figura 1: Seleção adequada dos dispositivos auxiliares de marcha.



Fonte: <http://www.ggaging.com/content/imagebank/images/v6n3a06-fig02.jpg>

Segundo um estudo realizado por Rico et al (2012) com o objetivo de compreender como a indicação e a utilização do produto de apoio auxiliar de marcha são entendidos pelos doentes conclui-se que estes consideram muito importante que o aconselhamento do produto de apoio seja efetuado por um profissional de saúde pois a sua indicação inadequada interfere no desempenho funcional.

A OE (2013) menciona que os produtos de apoio mais comuns no âmbito da promoção da autonomia na marcha são: muleta (axilar e canadiana), bengala, pirâmide (tripé e quadripé) e andarilho. Estes melhoram a independência funcional, mobilidade, equilíbrio, base de suporte e reduzem as alterações funcionais (Glisoi et al, 2012). Além disso, contribuem para compensar problemas clínicos, tais como: dor, fadiga, instabilidade articular, fraqueza muscular e sobrecarga estrutural (Saad, 2007).

Ainda relativamente à alteração da mobilidade, Branco e Santos (2010) referem que nos doentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), os produtos de apoio mais indicados na promoção da marcha são a bengala, a canadiana e o tripé porque aumentam a base de sustentação, diminuem a carga sobre o

membro afetado, estruturam o equilíbrio e auxiliam na velocidade da marcha. Glisoi et al (2012), citando Bateni (2005) acrescentam que quando é necessário melhorar o equilíbrio e aliviar a carga total, os auxiliares de marcha mais adequados são: as muletas e o andarilho.

Segundo o Secretariado Nacional de Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência (1999), “as ajudas técnicas” visam compensar e atenuar a deficiência e as consequências daí decorrentes, permitindo maior autonomia a nível pessoal, profissional e social (Andrich, 1999). Deste modo é promovido o exercício de cidadania, garantindo a dignidade humana e igualdade de direitos.

É o Instituto Nacional para a Reabilitação que aprova e publica as normas pelas quais se rege a atribuição dos produtos de apoio e também define os procedimentos das entidades prescritora e financiadora (Despacho nº 2027/2010, 2010).

O Decreto-lei nº 93/2009 de 16 de Abril de 2009 criou de forma pioneira e inovadora um novo Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA) que visa a atribuição dos mesmos de forma gratuita e universal. Este sistema pretende compensar e atenuar as limitações da atividade e restrições de participação decorrentes da deficiência, potenciar a funcionalidade, promover a participação e inclusão das pessoas com alteração da funcionalidade na sociedade, aumentando a qualidade de vidas destas pessoas.

O processo burocrático subjacente à atribuição do produto de apoio é moroso e complicado constituindo-se num constrangimento na intervenção de quem necessita do recurso ao produto de apoio.

2. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO CAMINHO PERCORRIDO

Ao longo do percurso de aprendizagem desenvolvido foi fundamental uma análise cuidada e reflexiva acerca das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Esta análise constante permitiu desenvolver competências clínicas específicas e refletir sobre o que estas representam em termos de prestação de cuidados numa perspetiva de melhoria contínua.

Foram os locais de estágio que contribuíram para o desenvolvimento, quer das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nos vários domínios de intervenção, quer das Competências Específicas do EEER, essenciais ao exercício da profissão enquanto futura EEER.

Os estágios decorreram em contextos distintos da prática de cuidados, sendo que o primeiro estágio ocorreu num Centro de Reabilitação (CR).

No Centro de Reabilitação o estágio desenvolveu-se durante nove semanas, numa unidade de internamento com uma lotação de trinta e quatro camas. Esta unidade de internamento está vocacionada para receber doentes adultos, com sequelas de diagnósticos de origem do sistema nervoso central e portadores de deficiência. As incapacidades são as decorrentes das patologias mais frequentes: Acidente Vascular Cerebral (AVC), Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), Traumatismo Vertebro Medular (TVM), Guillan-Barré, entre outras. Neste Centro de Reabilitação preconiza-se a metodologia de enfermeiro responsável promovendo a humanização dos cuidados.

A intervenção do enfermeiro especialista neste Centro assenta no cuidado à pessoa com deficiência física e incapacidade, no contexto social e familiar em que se encontra inserida, dando corpo ao definido no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, em que os cuidados de enfermagem de reabilitação podem ser prestados em “unidades de internamento de agudos e de reabilitação, por equipas de cuidados continuados, paliativos e de cuidados na comunidade” (Regulamento nº 350/2015, 2015, p.16655).

O segundo local de estágio foi numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de uma unidade que se encontra integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e presta cuidados no domicílio numa

área muito abrangente. Esta ECCI está localizada numa área limítrofe do distrito de Lisboa e a sua área de influência abrange cinco freguesias. A equipa possui uma bolsa de 25 utentes e as patologias mais frequentes são: neoplasias diversas, Esclerose Múltipla, Esclerose Lateral Amiotrófica, AVC, politraumatizados e fraturas (maioritariamente dos membros inferiores). Na ECCI a metodologia utilizada é o enfermeiro gestor de caso em que o EEER está inserido numa equipa multidisciplinar sendo responsável pela sua coordenação na prestação de cuidados ao doente e família/cuidador informal. O estágio decorreu num período de nove semanas.

Os contextos clínicos encontram-se descritos mais pormenorizadamente nos apêndices I e III, respetivamente.

O desenvolvimento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação foi transversal nos respetivos estágios no entanto, com o propósito de otimizar as oportunidades, foram estabelecidos previamente objetivos concretos que serviram de linha orientadora ao longo do percurso de aprendizagem, que importa seguidamente evidenciar.

2.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O enfermeiro especialista, para além das competências atribuídas ao enfermeiro de cuidados gerais, detém competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Os enfermeiros especialistas partilham entre si um conjunto de competências clínicas especializadas, que lhes permitem prestar cuidados de enfermagem diferenciados. Neste âmbito, ao longo dos estágios realizei momentos de reflexão com as enfermeiras orientadoras, perspetivando a melhoria da prática através da partilha de conhecimento.

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, define estas como sendo as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas nas diversas áreas de especialidade, “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através

de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento nº 122/2011, 2011, p.8649).

No decorrer do percurso de aprendizagem, procurei desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista nos seus quatro domínios, tendo como linha orientadora os objetivos específicos delineados e explanados no Projeto de Aprendizagem previamente elaborado.

A - DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL.

A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.

A2 – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Para o desenvolvimento desta competência baseei-me nos objetivos 1, 2 e 4, inicialmente traçados, e desenvolvi várias atividades. Apesar de os dois locais de estágio apresentarem características muito distintas, quer pela tipologia de organização quer pela tipologia de intervenção, a finalidade, ao longo de estágio foi comum: promover a autonomia da pessoa com alteração da funcionalidade, nomeadamente através de produtos de apoio.

Numa primeira etapa e, para o início de um processo de integração, realizei visitas aos locais de estágio, assim como, entrevistas informais às enfermeiras chefes dos respetivos serviços. Desta forma, obtive o conhecimento das dinâmicas dos serviços, recursos existentes e tipologia de doentes.

No Centro de Reabilitação existem vários departamentos especializados (Unidade de Internamento, Atividades de Vida Diária, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Terapia da Fala e Psicologia) que asseguram cuidados personalizados a cada doente durante o programa de reabilitação.

Na medida em que ia colaborando nas normas e procedimentos diários, progressivamente ia conhecendo os restantes elementos da equipa multiprofissional e, constatando as suas várias atividades, os materiais e equipamentos disponíveis para cuidar da pessoa com alteração da funcionalidade, nomeadamente na necessidade humana fundamental “movimentar-se e manter uma postura correta”. São exemplos: *standing-frame* (mesa estabilizadora para tetraplégicos e

paraplégicos), ortóteses, próteses, produtos de apoio com adaptações personalizadas, laboratório da marcha e laboratório da posição de sentado e o centro de mobilidade (estudo da capacidade para a condução de veículo automóvel), na área das terapias, as tecnologias aumentativas e de comunicação.

Também foi possibilitada a consulta dos protocolos e manuais existentes no serviço e, desta forma, a familiarização com os instrumentos de trabalho existentes, tais como: folhas de registo (dados de identificação do doente, monitorização de resultados de internamento, registo de enfermagem por área de cuidados, plano terapêutico, plano de cuidados, utilização de produtos de apoio no internamento), escalas utilizadas (*Glasgow, Medical Research Council, Modificada de Ashworth, Braden, Morse e MIF*), entre outros.

Quinzenalmente, foi-me concedida a oportunidade de participar nas reuniões multiprofissionais, com o objetivo de discutir o caso clínico de cada doente e, onde são definidas estratégias e objetivos a atingir nas três semanas seguintes e/ou avaliados os ganhos adquiridos nas semanas anteriores.

Estas reuniões integram dois enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (o enfermeiro responsável do doente no internamento e outro do departamento de Atividade de Vida Diária (AVD)), médico, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, terapeuta da fala e psicóloga.

Nestas reuniões, cada técnico relata a avaliação funcional do doente de acordo com a sua área específica de intervenção. Sendo o Centro de Reabilitação considerado um Centro de referência na reabilitação, onde defende uma filosofia de cuidados com a Pessoa no seu cerne, ao encontrar esta tipologia de reuniões, constatei que a pessoa é “fragmentada”, pelas áreas do corpo. Os objetivos da intervenção não são discutidos pela equipa, apenas são apresentados sem se considerar o doente/cuidador informal. Ou seja, o doente é apenas a soma de todas as partes, imperando uma visão biomédica em detrimento de uma visão holística e integrada. Aliás, visão perfeitamente oposta ao modelo definido pela área de Enfermagem desta instituição, uma vez que utiliza o modelo da teórica Nancy Roper (1996) – atividades de vida – e, a metodologia de trabalho por enfermeiro responsável, baseando a sua intervenção na abordagem holística e atendendo aos aspetos físicos, psicológicos, cognitivos, sociais e económicos da pessoa e família.

Durante o estágio, promovi o cuidar holístico do doente, tendo uma atitude dinamizadora na articulação com os EEER e outros técnicos com o objetivo de ter uma perspetiva global do doente como ser biopsicossocial. Assim pude elaborar planos de cuidados de acordo com as características individuais de cada doente com objetivos exequíveis e tendo em conta as suas prioridades pois, tão ou mais importante que a limitação funcional do doente são os seus sentimentos, medos e anseios, e perspetivas futuras. Promovi a intervenção ativa do doente e família no seu processo de readaptação à nova condição de vida, alicerçada na visão de Hesbeen (2003) que defende que a missão do EEER é ajudar a pessoa a suportar a sua incapacidade, deficiência e as suas características particulares.

Relativamente à Equipa de Cuidados Continuados Integrados, esta era constituída por dois enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação e dois enfermeiros de cuidados gerais.

Quinzenalmente era promovida uma reunião de equipa alargada (elementos da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, pertencentes ao Agrupamento dos Centros de Saúde) que integrava, para além dos técnicos supra referenciados, também duas médicas, duas assistentes sociais e uma psicóloga.

Nestas reuniões eram apresentados os novos doentes da ECCI, avaliados os motivos pelos quais tinham sido admitidos na equipa e seu potencial clínico. Mediante os critérios de admissão e de potencial, era atribuído um enfermeiro gestor de caso, que consoante os objetivos a atingir poderia ser EEER ou o enfermeiro de cuidados gerais. Também era avaliada a evolução clínica dos doentes e seus ganhos, as dificuldades sentidas pelos técnicos em interagir com aquele doente/cuidador informal e discutidas estratégias de atuação em conjunto.

Segundo a OE (2009), o EEER na área dos cuidados continuados integrados concebe, implementa e monitoriza planos de reabilitação tendo em conta as necessidades reais e potenciais da pessoa com alteração da capacidade funcional maximizando o seu potencial. Toma decisões de promoção de saúde e prevenção de complicações.

Neste contexto, realizei uma visita domiciliária a uma senhora de 90 anos de idade que foi submetida a uma cirurgia abdominal do foro oncológico em que ocorreu deiscência da sutura e infeção. Por esse motivo, a doente ficou em repouso prolongado no leito levando à diminuição do tónus muscular e perda de força

muscular essencialmente a nível dos membros inferiores, consistindo o plano de reabilitação em exercícios com o objetivo de aumentar a amplitude articular e a força muscular e melhorar o equilíbrio. Ao aproximar-me da doente, esta apresentava apatia, palidez de pele e mucosas e cansaço fácil, quadro sugestivo de anemia tendo em conta os antecedentes pessoais e diagnóstico atual. Fiz a articulação com a médica de referência da Unidade de Cuidados Continuados Integrados que deu encaminhamento à situação clínica. Neste caso a estabilidade hemodinâmica da doente era prioritária relativamente ao plano de reabilitação.

Nesse dia houve mais uma vez a consciência da responsabilidade do verdadeiro cuidar do doente de forma holística e é neste sentido que faz a diferença entre ser enfermeiro ou outro técnico. O EEER não se centra apenas no membro a reabilitar, ou seja, não tem uma visão redutora do doente, encara-o como um todo integrado no seio de uma família, comunidade e sociedade.

Deste modo, o EEER integrado numa equipa multiprofissional das instituições da RNCCI tem um papel relevante no processo de cuidados da pessoa com deficiência e/ou necessidades especiais, na sua reabilitação, readaptação e reintegração na comunidade (OE, 2009).

A enfermeira orientadora do estágio em contexto comunitário também possuía uma pós graduação em cuidados paliativos, cuja complementaridade de saberes valorizou a prática de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação através da competência na promoção de um final de vida com qualidade e dignidade, constituindo uma mais-valia no contexto de aprendizagem.

Num estudo efetuado por Minosso, Souza e Oliveira (2016) cujo objetivo foi descrever as atividades e os efeitos da reabilitação funcional em doentes que recebem cuidados paliativos, concluiu-se que os cuidados de enfermagem de reabilitação permitem retardar o declínio funcional e melhorar a qualidade de vida dos doentes em cuidados paliativos.

Neste âmbito, efetuei visitas domiciliárias a um senhor de 62 anos com neoplasia do estômago metastizado, em que realizei exercícios de reeducação funcional respiratória para assegurar a permeabilidade das vias aéreas, impedir a formação de aderências pleurais e manter a mobilidade costal e diafragmática.

B – DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE

B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

Com o intuito de desenvolver esta competência e alicerçada nos objetivos 1, 2, 3, e 6 previamente elaborados, no decurso do estágio, o meu desempenho baseou-se no desenvolvimento de uma prática profissional regida por princípios éticos e legais, normas deontológicas e baseada na evidência científica. Com constante necessidade de aprofundar conhecimentos no âmbito de enfermagem de reabilitação, que me permitissem apropriar de saberes que em contexto de prática diária possibilitassem desenvolver as competências necessárias a uma avaliação qualificada do padrão respiratório, músculo-esquelético, sensório-motor, funcional e identificar possíveis alterações, entre elas as alterações da funcionalidade.

No Centro de Reabilitação os cuidados especializados ao doente estão divididos por setores, como já referido anteriormente, onde cada um é responsável pela gestão de cuidados na sua área de intervenção. Nesta instituição o EEER é responsável pela reabilitação ao nível dos autocuidados, controlo de esfíncteres e mobilidade onde estão incluídas as transferências para o leito / cadeira / cadeira de rodas, sanita e banheira/duche, sendo a locomoção (marcha e escadas) da responsabilidade do fisioterapeuta.

Foi notório que o trabalho do fisioterapeuta e do EEER em termos de promoção de autonomia do doente está bem definido. No entanto, no quotidiano existem domínios de intervenção especializada nos quais diferentes grupos profissionais podem atuar em simultâneo porque as suas competências são parcialmente sobreponíveis. Durante o estágio no CR fiz treino de marcha, com um doente por quem fiquei responsável no departamento de AVD, com o objetivo de promover a autonomia na transferência para a sanita. O treino de marcha permitiu, também, a promoção do equilíbrio, o fortalecimento muscular e a correção postural. Apesar de no CR os EEER não serem responsáveis pelo treino de marcha dos doentes, os vários elementos da equipa multidisciplinar tinham um objetivo comum, a promoção da autonomia do doente, ou seja, trabalhavam em complementaridade para maximizar a sua funcionalidade.

Esta situação evidenciou a importância que o EEER, enquanto elemento integrante de uma equipa multiprofissional, deve ser detentor de conhecimentos que lhe permitam fundamentar a sua prática, demonstrando através dos ganhos em saúde a eficácia e competência das suas intervenções.

Em contexto hospitalar as práticas de cuidados baseadas nos saberes científicos revestem-se da maior importância, para consolidar o reconhecimento e evidenciar competências perante os outros profissionais e perante os doentes, para sentirem confiança nas nossas intervenções. Igualmente, no domicílio a necessidade de alicerçar os cuidados em conhecimentos sólidos é fulcral para que o doente/cuidador informal nos “abra a porta de casa” com confiança e segurança.

O EEER estabelece um programa de reabilitação individualizado, tendo em conta as potencialidades e necessidades da pessoa com o objetivo de que esta adquira autonomia e funcionalidade na satisfação das NHF.

Para que um programa de reabilitação seja individualizado e direcionado para as necessidades do doente é imprescindível uma completa colheita de dados (fatores de risco, focos de atenção e sua evolução, antecedentes pessoais e familiares, história social, hábitos de vida anteriores e condições habitacionais, qualidade de vida afetada e suas dimensões) (Menoita et al, 2012). Para esse efeito, consultei o processo clínico do doente, observei exames de diagnóstico e recolhi informações, objetivas e biopsicossociais do quotidiano, junto do doente e família. Observei atentamente o doente/cuidador informal (comportamentos e atitudes) no sentido de perceber a sua motivação para a recuperação da autonomia.

Como futura enfermeira especializada em enfermagem de reabilitação, a quem compete monitorizar os resultados dos programas de reabilitação implementados e introduzir os ajustes necessários no processo de prestação de cuidados, foi importante responsabilizar o doente/cuidador informal pelo processo de reabilitação, negociando objetivos simples e concretos de forma a motivá-lo e a facilitar a adesão ao programa de reabilitação.

O EEER deve fomentar uma parceria com o doente/cuidador informal baseada na cooperação e responsabilidade mútua promovendo o processo de capacitação (Menoita et al, 2012).

Durante o estágio estabeleci uma relação de proximidade e empatia com o doente/cuidador informal, baseada em confiança e respeito por estes e pelo seu

espaço, tendo sempre presente que o domicílio é um local do domínio do doente/família constituindo a sua zona de conforto. Como tal, compete ao EEER promover um ambiente seguro e gerir o risco de incidentes que possam acontecer.

Segundo os dados do sistema nacional de notificações de incidentes, em Portugal 21% do total de incidentes notificados são relacionados com quedas (Despacho nº 1400-A/2015, 2015). No despacho supra citado, a Organização Mundial de Saúde refere que o risco de quedas pode estar associados a vários fatores: biológicos (idade e condições de saúde), comportamentais, socioeconómicos (isolamento social e baixos rendimentos) e ambientais (perigos existentes no ambiente envolvente).

No domicílio, a maioria das casas que visitei, apresentavam divisões pequenas, casa de banho que não oferecia segurança e corredores muito estreitos, para além dos inúmeros objetos existentes nas casas, contribuindo para as tornar “inseguras”. Também, é habitual haver muitos tapetes e carpetes, muitas vezes enrugados pelo tempo e pelo uso, que obriga a uma postura cada vez mais atenta do EEER para a promoção de um ambiente seguro.

Ocasionalmente é necessário fazer pequenas mudanças no domicílio neste sentido, o que não é fácil porque pode ser visto como uma invasão de privacidade e/ou abuso de confiança da parte do EEER. É preciso ser criativo e explicar ao doente/cuidador informal a importância de fazer algumas adaptações para promover maior autonomia em segurança.

Neste seguimento, em contexto domiciliário foi-me atribuído um doente com hemiparesia esquerda, por sequelas de AVC isquémico, que apresentava dificuldade na marcha por diminuição de força muscular no membro inferior (a nível da articulação coxo-femural e joelho, em todos os movimentos, apresentava força de grau 4/5, assim como na articulação tibiotársica apresentava força de grau 3/5 em todos os movimentos, ambas na Escala do *Medical Research Council*). Este doente realizava treino marcha por pequenos períodos com o auxílio de uma pirâmide de base larga.

Esta situação permitiu-me reforçar o ensino ao doente e respetivo cuidador com base na premissa de uma maior segurança e prevenção de riscos, tornando-se necessário intervir na reorganização do domicílio ao nível das superfícies móveis. Contudo e apesar de a família estar intrinsecamente envolvida no processo de

reabilitação do seu familiar e representar uma importante fonte de suporte à pessoa que necessita de cuidados, por vezes é difícil a adaptação à nova condição de vida.

Em todos os contextos de prática torna-se necessário refletir a essência da prática de enfermagem no cuidado à família, de forma a reduzir o sofrimento emocional, físico e espiritual dentro da unidade familiar, garantindo cuidados competentes e de excelência. Para isso o EEER tem de estabelecer e fundamentar uma relação colaborativa e interacional com os cuidadores, por forma a estabelecer estratégias que evidenciam os ganhos em saúde, com a adoção de medidas preventivas e de ambientes seguros. Ou seja, conquistar tal confiança nas famílias que permita tornar o espaço onde se desenvolve o processo de cuidados securizante e o EEER não seja notado como um mero executor de práticas, mas um elemento significativo naquele processo de cuidar.

Segundo Rocha (2011), o EEER é um profissional com presença assídua e constante junto das pessoas com necessidades especiais, por esse motivo é um elemento *pivot* na equipa de saúde com competência para conceber, implementar e gerir os programas e as técnicas que melhor se adequam à prevenção e ao processo global de recuperação funcional.

C – DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

Tendo como base de orientação os objetivos 2, 3 e 7 desenvolvi a competência comum do enfermeiro especialista no domínio da gestão dos cuidados.

Atualmente emergem novas necessidades de cuidados de saúde devido ao crescente aumento da esperança média de vida e conseqüente envelhecimento populacional, à prevalência de doenças crónicas e incapacitantes e às alterações na organização e dinâmicas familiares (Lopes et al, 2010).

Logo, compreende-se a necessidade de colmatar lacunas importantes nesta área e nomeadamente na qualidade desses mesmos cuidados e na segurança dos doentes, numa abordagem integrada para uma maior obtenção de ganhos em saúde.

Assim, visto que cada vez mais se torna necessário a prestação de cuidados especializados, torna-se imperioso o desenvolvimento de competências no âmbito da gestão dos cuidados e na definição de prioridades na prestação dos mesmos. Até porque na prática diária em contexto profissional é uma constante gerir os cuidados e priorizar as intervenções. O Centro de Reabilitação, mais concretamente, a Unidade de Internamento onde decorreu o estágio foi um local privilegiado para desenvolver competências nesta área.

A unidade de internamento apresentava uma taxa de ocupação de 100%, tendo os doentes internados em média 55 anos de idade e um nível de dependência elevado, apresentando *score* da MIF igual ou inferior a 98. Perante tal contexto procurei conhecer as necessidades dos doentes e consequentemente defini as prioridades de intervenção tendo sempre presente o bem-estar da pessoa.

Na instituição supra citada, os doentes podem usufruir de reinternamentos para continuar a promoção de autonomia e independência funcional. Por esse motivo, no serviço encontravam-se doentes em primeiro internamento (situações de incapacidade adquirida recentemente) e outros doentes em reinternamento (cuja incapacidade funcional foi adquirida há mais de um ano). Procurei intervir de forma mais sistematizada e assídua nos doentes do primeiro internamento, pois “a reabilitação deve começar precocemente” (Menoita et al, 2012, p.69), visto que só a intervenção precoce pode ter um benefício efetivo na melhoria da capacidade funcional. Neste contexto, promovi a aquisição de independência funcional e prevenção de complicações e co-morbilidades.

Um programa de reabilitação estabelecido e implementado precocemente refletir-se-á em ganhos em saúde, na medida em que maximiza a qualidade de vida da pessoa e promove a sua integração na sociedade.

Na ECCI cada EEER era gestor de caso de sete doentes sendo estes (re) distribuídos consoante as suas necessidades de reabilitação, no entanto estes doentes, maioritariamente, necessitam de outros cuidados de enfermagem. Tal significa que tinha de haver uma boa gestão ao nível de visitas domiciliárias e priorizar os doentes com situações mais vulneráveis, quer a nível de saúde, quer a nível de apoio familiar/cuidador informal.

Habitualmente as visitas realizavam-se em dias alternados, no entanto quando necessário a visita era diária ou mais que uma vez por dia. Houve turnos em que

inicialmente se planeou fazer seis visitas, mas com as intercorrências dos primeiros doentes (agudização de quadro clínico e fase agónica com óbito) apenas se realizaram quatro visitas. Contudo foi estabelecido contato telefónico com os outros doentes/cuidadores informais para nos inteirarmos da evolução clínica do doente e nos disponibilizarmos para esclarecimento de eventuais dúvidas e expressão de sentimentos, sendo também (re) agendada a visita para o dia seguinte.

D – DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

No sentido de desenvolver a competência supra citada foram definidos os objetivos 2 e 5 que sustentaram o meu processo de aprendizagem e desenvolvimento profissional.

Como já tem vindo a ser explanado durante este relatório e conforme o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, o EEER possui conhecimentos e competências especializadas que lhe permitem, através de técnicas específicas de reabilitação, intervir junto da pessoa com alteração da funcionalidade, com o intuito de melhorar as funções residuais, manter e/ou recuperar a independência funcional e reduzir as complicações secundárias às incapacidades instaladas, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades (Regulamento nº 125/2011, 2011).

A aquisição de conhecimentos é um processo dinâmico e que exige constante investimento e interação com a prática clínica e neste âmbito foram de primordial relevância os estágios em ambos os contextos.

O conhecimento científico é essencial para uma prática de excelência, pois só com uma prática baseada na evidência científica que se consegue alcançar a excelência do cuidar. Contudo, foi a prática clínica do quotidiano que me permitiu consolidar conhecimentos e adquirir saberes que me permitiram desenvolver competências no domínio de enfermagem de reabilitação.

Ao longo dos estágios mantive um papel ativo no processo de aprendizagem, envolvendo-me e mostrando-me disponível nas diferentes situações proporcionadas no dia-a-dia e demonstrando curiosidade, objetividade, precisão, dúvida metódica e análise crítica. Procurei analisar e refletir sobre a prática de cuidados com a perspectiva de uma melhoria contínua da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, promoção da saúde e readaptação funcional precoce do doente. As reflexões sobre as atividades realizadas, enaltecendo os aspetos positivos e reconhecendo os aspetos negativos, fomentaram o desenvolvimento do pensamento crítico, fundamental no processo de enfermagem. A capacidade de refletir sobre a própria aprendizagem contribui para que esta seja mais profunda e significativa, facilitando novas aprendizagens (Zabala e Arnau, 2010).

Neste contexto e, para poder tomar decisões fundamentadas cientificamente e imprimir à prática sólidos e válidos padrões de conhecimento houve uma necessidade constante de mobilizar e aprofundar conhecimentos.

Ao longo dos estágios o processo de aprendizagem foi diversificado exigindo um estudo complementar sempre que contactava com situações mais complexas. Neste âmbito mobilizei conhecimentos adquiridos em sala de aula, realizei pesquisa bibliográfica e online (bases de dados: *Medline*, *SciELO*, *RCAAP*, *BVS*, Google Académico e Ordem do Enfermeiros), consultei protocolos e normas existentes nos serviços de estágio, legislação reguladora da *praxis* e bibliografia científica. É a procura de conhecimentos científicos que permite fundamentar a prática de cuidados de enfermagem de reabilitação e garantir a qualidade dos mesmos.

No âmbito dos produtos de apoio consultei bibliografia científica, publicações sobre a temática, realizei uma leitura exaustiva e atenta sobre a legislação que regulamenta a atribuição dos produtos de apoio, assim como das várias tipologias de produtos existentes. Ainda, através de contactos formais e informais, estabeleci diálogo com outros profissionais de saúde conhecedores e experientes em produtos de apoio.

Neste percurso de aprendizagem as orientadoras de estágio, portadoras de conhecimentos aprofundados, foram uma motivação e estímulo constantes, sendo o seu papel fulcral no esclarecimento de dúvidas e, conseqüentemente, no desenvolvimento de competências e autonomia. A reflexão contínua sobre casos

práticos com a orientadora levou também a um enriquecimento pessoal e profissional.

2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Conforme o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, compete ao EEER cuidar de pessoas com necessidades especiais (toda a pessoa que se encontra impossibilitada de executar de forma autónoma as AVD e/ou Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), resultante da sua condição de saúde ou deficiência física, mental, cognitiva ou psicológica de natureza permanente ou temporária (Regulamento nº 350/2015, 2015)), ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de prática de cuidados. Compete ainda capacitar a pessoa com deficiência, (pessoa que por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou estruturas corporais, apresente dificuldades específicas que, em conjugação com os fatores do meio, lhe dificultam ou limitam as AVD e a participação na sociedade (Rocha, 2011), limitação da atividade, (dificuldades que a pessoa pode apresentar na execução das AVD (OMS, 2004), e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. Também é da sua competência maximizar a funcionalidade, (capacidade que a pessoa possui, em cada momento, para realizar as AVD, para se relacionar com o meio envolvente e participar socialmente (OMS, 2004), desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento nº 125/2011, 2011).

Assim, com o objetivo de desenvolver as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, foi elaborado um Projeto de Aprendizagem onde foram delineados antecipadamente objetivos específicos e atividades a desenvolver ao longo do estágio.

J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

Baseada nos objetivos predefinidos 1, 2, 3, 4 e 6 com o intuito de desenvolver competências específicas do EEER, iniciei os meus estágios observando e

acompanhando as enfermeiras orientadoras durante a prestação de cuidados especializados, nas várias vertentes do cuidar. Desta forma, registou-se uma progressiva integração na metodologia de trabalho e atividades desenvolvidas com o doente/cuidador informal, com alteração da funcionalidade.

Inicialmente, em ambos os estágios, foi-me atribuído um doente por quem era responsável, sob a supervisão da orientadora, na prestação de cuidados. À medida que ia adquirindo e demonstrando maior autonomia, competências técnicas e capacidade no processo de tomada de decisão, fui gradualmente prestando cuidados especializados, explanados ao longo deste relatório, a mais doentes o que alargou a área de intervenção e permitiu aprendizagens mais distintas.

Tendo em vista a otimização dos cuidados à pessoa com alteração da funcionalidade, nomeadamente com alteração na movimentação e manter uma postura corporal correta, planeei, implementei e avaliei o resultado de intervenções especializadas, na área da enfermagem de reabilitação.

Para elaborar um programa de reabilitação personalizado e exequível é necessário avaliar e identificar as necessidades do doente e de que forma estas afetam a sua autonomia na satisfação das NHF.

No Centro de Reabilitação utilizei vários instrumentos de avaliação, tais como: a Escala de *Braden* que avalia o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, Escala de *Morse* que avalia o risco de queda, Escala de *Glasgow* que permite avaliar o nível de consciência, Escala do *Medical Research Council* que avalia a força muscular, Escala Modificada de *Ashworth* que avalia o tónus muscular e a Escala de Medida de Independência Funcional (MIF).

As escalas são instrumentos de avaliação muito úteis porque permitem mesurar determinados parâmetros sobre o estado clínico do doente, de forma precisa e sistemática, e poder fazer comparações entre vários momentos de avaliação. No entanto o EEER na sua prática clínica baseia as tomadas de decisão, não só, na interpretação dos resultados das escalas, mas também no seu juízo clínico alicerçado no conhecimento e experiência da prática clínica (OE, Parecer nº72/2008).

Na ECCI utilizei todas as escalas supra citadas, expeto a MIF que é substituída pela Escala de *Barthel* que também avalia o nível de independência do doente nos autocuidados.

Além da avaliação sensório-motora, também realizei a avaliação neurológica e cognitiva da pessoa.

Menoita et al (2012) defende que uma correta neuroavaliação das alterações ou potenciais alterações, do estado neurológico do doente é fulcral para o sucesso do programa de reabilitação. Nesse sentido, avalei o estado mental do doente (estado de consciência e orientação, atenção e memória, capacidades práxicas, presença ou não de negligência hemiespacial unilateral e a capacidade de se expressar através da linguagem), as alterações a nível dos pares cranianos, motricidade (força e tónus muscular e coordenação motora), sensibilidade, equilíbrio e marcha.

Também é importante a avaliação da capacidade do doente para a participação ativa na elaboração e concretização de um programa de reabilitação e a avaliação da capacidade/motivação do cuidador informal.

Na elaboração de um plano de cuidados individualizado, com o objetivo de promover a autonomia da pessoa com alteração da funcionalidade é essencial que o doente/cuidador informal seja parte integrante, analisado em conjunto com o EEER, os aspetos que considera mais importantes no processo de reabilitação e definir prioridades, estratégias e atividades a desenvolver. A definição de estratégias deve ter em conta os recursos físicos e materiais disponíveis, de forma a possibilitar as intervenções necessárias.

Num contexto de internamento um EEER trabalha num ambiente controlado para cumprir o programa de reabilitação estabelecido, onde existem rotinas e normas em que o doente está integrado. Já em contexto domiciliário, verifiquei que o EEER encontra várias realidades, doentes/cuidadores informais com objetivos e motivações diferentes perante o programa de reabilitação. Cabe ao EEER avaliar a eficácia do plano de reabilitação implementado e se necessário reformular em conjunto com a equipa multiprofissional, tendo em vista a motivação, capacitação, autonomia e qualidade de vida do doente e família.

Durante o estágio na comunidade, presenciei um caso clínico em que o doente foi vítima de acidente de viação, em 2013, do qual resultaram múltiplos traumatismos graves incluindo fratura de vários ossos da face, dos membros inferiores e do membro superior direito. Este doente, após um historial de recuperação lento e doloroso (cerca de três anos), passando de *Score* 18 (dependência total) para *Score* 50 na escala de MIF, acomodou-se à sua situação

clínica, apresentando desmotivação para o processo de reabilitação tendo a sua recuperação estagnado. Houve, então, a necessidade de realizar uma Conferência Familiar porque a cuidadora informal estava em risco de exaustão e era importante redefinir estratégias de intervenção.

A Conferência Familiar segundo Neto (2003) é um instrumento terapêutico que os EEER podem utilizar para apoiar as famílias e maximizar o sucesso das suas intervenções. Segundo Menoita et al (2012), a depressão do cuidador informal é frequentemente um dos motivos que levam à suspensão dos cuidados.

Os cuidadores informais que cuidam de pessoa dependente por um longo período de tempo podem vivenciar situações de desgaste e sobrecarga. Gratao, Vendruscol, Talmelli, Figueiredo, Santos e Rodrigues (2012) citando Zarit et al (1987) e Scazufca (2002) referem que o conceito de sobrecarga do cuidador inclui problemas físicos (dor tipo mecânica no aparelho locomotor, cefaleia tensional, astenia e fadiga crónica), psicológicos ou emocionais (depressão, ansiedade e insónia), sociais e financeiros.

Nesta perspetiva era fundamental a realização da Conferência Familiar onde participei ativamente enquanto moderadora apresentando os intervenientes (EEER, doente, esposa (cuidadora informal), filha do casal, médica, psicóloga e assistente social), fazendo a contextualização da situação clínica do doente e apresentando os objetivos da conferência que consistiam em identificar necessidades não satisfeitas (do doente e família), ajudar a família a identificar e a priorizar os seus problemas e negociar opções terapêuticas viáveis. Permite a expressão de preocupações, medos, sentimentos e perspetivas futuras do doente e família. Hudson, Quinn, O'Hanlon e Aranda (2008) consideram que a Conferência Familiar pretende a partilha de informação e anseios, a clarificação de objetivos, discussão de diagnóstico, tratamento e prognóstico, permitindo desenvolver um plano de cuidados para o doente e cuidador informal. Também, Reigada, Carneiro e Oliveira (2009) reforçam que a Conferência Familiar é fundamental para a prática de cuidados técnico-científicos de qualidade baseados na evidência. Neste intuito, foi avaliado o potencial sensorio-motor do doente e suas expectativas futuras, tal como, as expectativas da cuidadora informal e família, concluindo-se, em conjunto que seria benéfico para o doente a sua institucionalização, por um período experimental de três meses, num Centro de Reabilitação.

Ao longo dos estágios elaborei planos de cuidados (Apêndice II e IV) com o objetivo de promover e/ou aperfeiçoar a readaptação funcional, visando a utilização de produtos de apoio com o intuito de maximizar a autonomia do doente na realização das NHF. Durante o programa de reabilitação executei exercícios de reabilitação motora e reeducação funcional respiratória, tendo em conta os diagnósticos do doente.

No âmbito da reabilitação motora pude executar: mobilizações osteoarticulares (passivas, ativas assistidas, ativas e ativas resistidas) tendo em conta o limite da dor, a fadiga e a tolerância do doente, pressoterapia com tala de pressão para diminuir a espasticidade muscular e estimular a sensibilidade, exercícios de correção postural em frente ao espelho, treino de equilíbrio estático e dinâmico em pé (no CR recorrendo a mesa de verticalização) e sentado, posicionamentos (inclusive padrão antispástico das pessoas com AVC, tendo especial atenção ao lado hemiplégico), transferências (da cama para cadeira de rodas e vice-versa, da cadeira de rodas para a sanita e vice-versa), treino com o doente para passar da posição de deitado para a posição de sentado fazendo carga no cotovelo, e treino da posição de sentado para posição ortostática, treino de marcha com produtos de apoio (em plano direito e com declive), treino de subir e descer escadas (com e sem produto de apoio) e treino de atividades de vida diária (vestir, despir, comer, escovar os dentes, pentear, entre outros).

Ao nível da reeducação funcional respiratória realizei: exercícios de relaxamento e controlo respiratório, consciencialização e dissociação dos tempos ventilatórios (com o objetivo de reduzir a tensão psíquica e muscular (Cordeiro e Menoita, 2012), exercícios de reeducação costal (seletivos e globais) e diafragmáticos (com o objetivo de corrigir os defeitos ventilatórios e melhorar a ventilação alveolar (Cordeiro e Menoita, 2012). Também realizei manobras de limpeza das vias aéreas, tais como: ensino da tosse (dirigida e assistida) e manobras acessórias (percussão, vibração e compressão).

Avaliei as intervenções realizadas, sendo por vezes necessário redefinir ou readaptar estratégias e intervenções de forma a maximizar o programa de reabilitação inicialmente elaborado. Ao longo deste processo, por vezes, era necessário esclarecer dúvidas e discutir casos clínicos com a orientadora e/ou com a equipa multiprofissional.

Demonstrei, através da aplicação da MIF (no CR) e da Escala de *Barthel* (no ECCI), e validei com o doente, família e equipa multiprofissional, os ganhos em saúde e qualidade de vida do doente quando obtive ganhos funcionais em termos de aumento da força muscular e autonomia nas NHF e, elaborei registos de enfermagem de forma clara e objetiva dos procedimentos efetuados de forma a dar continuidade aos cuidados.

Durante os estágios, houve necessidade de realizar a revisão de conteúdos académicos e pesquisa bibliográfica para relembrar e consolidar conceitos importantes para fundamentar a prática baseada na evidência. No entanto senti algumas dificuldades que só com a prática conseguirei ultrapassar, como por exemplo, no reconhecimento dos sons respiratórios através da auscultação pulmonar. Estes constrangimentos foram identificados junto da minha orientadora, tendo consciência que só com muito treino permitirá ultrapassar estas lacunas. Nesse sentido, sempre que oportuno, a minha orientadora auscultava o doente, em seguida permitia que eu auscultasse, explicando os tipos de sons que eram perceptíveis.

J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

No âmbito do desenvolvimento desta competência defini o objetivo 5 como fio condutor ao longo do meu estágio.

Para que um programa de reabilitação seja eficaz e se consigam obter ganhos em saúde é fundamental que o doente e o cuidador informal sejam participantes ativos tornando-se, por isso, importante comprometê-los com o programa de reabilitação. O doente tem que se sentir responsável pelo seu processo de readaptação funcional e estar motivado com objetivos que ele próprio definiu. Só deste modo se consegue ter sucesso com as intervenções.

Na comunidade esta vertente torna-se mais evidente na medida em que o doente está em sua casa, tendo o apoio do EEER com hora e dia marcados. Para haver uma continuidade de cuidados é fulcral realizar os ensinamentos aos doentes e cuidadores informais sobre técnicas que podem adotar e exercícios que podem fazer na ausência do EEER para potenciar o processo de reabilitação.

Durante o estágio, nos dois contextos, fiz ensinamentos ao doente e/ou o cuidador informal sobre estratégias e atividades terapêuticas potenciadoras da promoção da autonomia, integrando-as na satisfação das NHF. As atividades terapêuticas previnem complicações, melhoram a capacidade funcional e aumentam o potencial do doente (Menoita et al, 2012). Desta forma, em doentes com AVC, TCE, TVM, neoplasias diversas e politraumatizados, ensinei, instruí e treinei exercícios, tais como: facilitação cruzada com o objetivo de estimular a ação voluntária dos músculos do tronco e a sensibilidade postural, reeducar o reflexo postural e reintegrar o esquema corporal; atividades terapêuticas no leito: rolar, ponte, rotação controlada da anca, carga no cotovelo com o objetivo de controlar e inibir a espasticidade extensora e fortalecer os músculos para assumir a posição ortostática; auto-mobilizações (com o doente deitado ou sentado) com o intuito que o doente tome consciência do seu corpo como um todo. Também ensinei e estimei a realização de exercícios de fortalecimento muscular das coxas e glúteos com exercícios isométricos e exercícios ativos: flexão dos joelhos quando sentado na cama e pés apoiados no chão, até chegar com os mesmos à mão da enfermeira; adução e abdução das articulações coxo-femorais; agachamentos com apoio na barra da cama; treino de passagem da posição de pé para a posição sentada, com inclinação do tronco para a frente apoiando os pés no chão.

O doente e o cuidador informal são parceiros do EEER durante o programa de reabilitação tendo estes um contributo fundamental no seu sucesso. Cabe ao EEER capacitar o cuidador informal para prestar cuidados de forma mais competente, independente e autoconfiante (Pereira et al, 2011).

Neste âmbito, o CR proporcionou-me uma experiência singular. Participei ativamente fazendo ensinamentos e demonstrando ao doente e cuidadores informais como transferir o doente com TVM, utilizando uma ortótese cervico-toraco-lombo-sagrada para estabilização do tronco, da cadeira de rodas para um carro ligeiro de passageiros. Inicialmente, expliquei o que pretendia fazer para que os intervenientes no procedimento (eu, a EEER, o doente e os pais deste) colaborassem em sintonia. Dando início à técnica foi colocada a cadeira de rodas paralela ao banco do carro (na parte da frente do lado direito), coloquei um cinto de transferência em redor da cintura do doente e no banco do condutor sentou-se o pai do doente. Utilizando uma tábua de transferência deslizante, coloquei um bordo apoiado no banco do carro e o

outro bordo debaixo da coxa esquerda do doente. O cuidador informal agarrou a pega do cinto de transferência do seu lado e eu agarrei do lado direito do doente, simultaneamente, fizemos deslizar o doente pela tábua até ao assento do carro. Posteriormente, foram colocados os membros inferiores dentro do carro e efetuados os ajustes inerentes ao posicionamento correto do doente, mantendo o alinhamento dos segmentos corporais. O procedimento foi repetido mais duas vezes com a colaboração dos pais do doente e a minha supervisão.

Os ensinamentos devem ser efetuados de forma clara e objetiva, com linguagem simples e adequada, tendo em conta a capacidade do doente/cuidador informal com o objetivo de avaliar a capacidade para aprender.

No decurso dos estágios tive a oportunidade de efetuar ensinamentos, maioritariamente aos doentes mas na presença, quando possível, do cuidador informal. Foram realizados ensinamentos e respetivos treinos sobre técnicas de posicionamentos, transferências e atividades de vida diária. Igualmente supervisionei os procedimentos realizados pelo doente/cuidador informal e validei o ensino realizado, mostrando disponibilidade para esclarecimento de dúvidas, partilha de preocupações, motivações e projetos pessoais do doente/cuidador informal.

Durante o estágio no CR foi-me dado a conhecer não só a atividade desenvolvida com os doentes e cuidadores informais, como a panóplia de produtos de apoio existentes e que permitem realizar os treinos e os ensinamentos, promovendo a autonomia e a funcionalidade. Entre outros, posso salientar os produtos de apoio mais utilizados pelas pessoas como facilitadores na promoção do autocuidado: alimentação (rebordo para prato, talheres adaptáveis, punhos ou tubos para engrossar o cabo dos talheres, suporte de mão ou punho para talheres e copo com bebedouro e/ou pega), higiene pessoal e banho (barra de apoio, cadeira sanitária, banco de poliban, tábua de transferência para banheira, tapete antiderrapante, esponjas com cabo longo e ergonómica, engrossador de cabos para pente e/ou escova de dentes, etc.), vestir e despir (abotoadores, alcançador de objetos, dispositivos em “S” e “molas de roupa”, calçadeira de cabo longo, dispositivo para calçar meias) e utilização da sanita (alteamador de sanita, barras de apoio).

O termo atividades de vida diária (AVD), no contexto da enfermagem de reabilitação, traduz um conjunto de atividades e tarefas que as pessoas efetuam de forma autónoma e espontânea no seu quotidiano. O EEER no sentido de maximizar

a funcionalidade e a independência da pessoa com alteração da sua capacidade funcional, integra no programa de reabilitação o treino de AVD, recorrendo frequentemente a produtos de apoio (OE, Parecer nº12/2011).

Ao longo do estágio no CR recorrendo aos produtos de apoio disponíveis fiz treino nos autocuidados: alimentação (utilizei sobretudo talheres adaptados e copos com pega em doentes com alteração na motricidade), higiene pessoal (cuidados de higiene no duche com cadeira sanitária e escova de cabo longo, higiene oral e pentear recorrendo a engrossador de cabo para adaptar na escova de dentes e pente), vestir e calçar (para vestir e despir incentivei a utilização do dispositivo em “S”, um produto de apoio muito versátil porque ajuda na tarefa e permite alcançar objetos, e o dispositivo “mola de Roupa” muito útil para vestir a metade inferior do corpo, a nível de calçar incentivei o uso de calçadeira de cabo longo e do estrado para colocar no chão facilitando a tarefa a doentes com alteração do equilíbrio, também ensinei a técnica de colocar os atacadores de cima para baixo para o doente poder apertar só com uma mão). Nas transferências realizei treino de transferência da cadeira de rodas para a banheira com estrado de transferência (com ou sem barras de apoio); treino da cadeira de rodas para a cadeira rotativa adaptada na banheira e para a sanita (com ou sem alteador de sanita); transferência da cadeira de rodas para o leito e vice-versa com ajuda de tábua de transferência, assento deslizante, disco giratório e elevador de transferência.

Como já mencionado anteriormente o CR permitiu-me ter contato com uma vasta gama de produtos de apoio, no entanto, saliento as ortóteses, as talas de pressão e o *Standing Frame* que me despertaram particular interesse e necessidade de pesquisa relativamente às suas potencialidades e benefício terapêutico.

As ortóteses são utilizadas com o objetivo de melhorar o desempenho funcional, prevenir e corrigir deformidades, prevenir, reduzir ou eliminar o edema e a dor, facilitar a estabilidade postural, ajudar a controlar a espasticidade e preservar os arcos palmares da mão (Ferreira et al, 2002). No CR a maioria dos doentes utilizam ortóteses personalizadas de acordo com as suas características e necessidades. Apesar de haver vários tipos de ortóteses, no estágio tive a oportunidade de colocar e retirar ortóteses do tronco (cervical, cervico-torácica e lombo-sagrada), ortóteses para o membro superior (*Slings*, ortótese para imobilização do punho e ortótese de posicionamento do punho e mão) e ortóteses para o membro inferior (ortóteses

simples de tornozelo – modelo com fitas de velcro, ortótese para o tornozelo com estrutura em plástico na vertente externa – ajuste por velcro e efeito anti inversão e “talas anti-equino”) (Branco et al, 2008).

As talas de pressão ou talas pneumáticas foi outro produto de apoio que utilizei frequentemente em doentes com alterações do tónus muscular, com o objetivo de melhorar o posicionamento do membro, influenciar o tónus e alongamento muscular (Johnstone, 1979).

Também utilizei diariamente o *Standing Frame* (mesa de verticalização) que consiste num equipamento mecânico que tem como finalidade corrigir a incapacidade dos doentes com dificuldades motoras assumirem a posição vertical (Silva, Seabra e Machado, 2010). Os autores supra citados defendem que este dispositivo por permitir a posição de pé, promove o aumento da autonomia/independência, mobilidade e autoestima dos doentes que o utilizam. O *Standing Frame* permite colocar o doente a fazer treino de ortostatismo, treino de equilíbrio, facilitar a deslocação do doente, prevenir efeitos secundários da imobilidade e aliviar a pressão sobre as proeminências ósseas da região sacrada e isquiática da posição de sentado (Ferreira et al, 2002).

No CR fiz um plano de cuidados de uma doente com AVC isquémico na artéria cerebral média direita de etiologia cardioembólica. A doente estava internada no centro para aumentar a força muscular global, melhorar o controlo postural e o equilíbrio em ortostatismo, melhorar a funcionalidade do membro superior esquerdo (MSE) e da marcha. Com esse propósito utilizei os produtos de apoio supra citados para maximizar as capacidades funcionais da doente. Em cada turno coloquei a ortótese para imobilização do punho, mão e polegar em posição funcional, desta forma, permiti uma correção postural tornando este segmento corporal mais funcional. Quando o MSE apresentava maior espasticidade, sendo difícil a sua mobilização coloquei a Tala Pneumática durante cerca de 20 minutos ou consoante a tolerância da doente para diminuir a espasticidade. Deste modo, facilitava a mobilização da articulação escapulo-umeral. Em todos os turnos colocava a doente na posição de pé recorrendo ao *Standing-frame*, desta forma promovia a correção postural e fazia treino de equilíbrio estático em pé em frente ao espelho quadriculado.

No estágio da comunidade tive oportunidade de utilizar produtos de apoio mais no âmbito do meu projeto, realizei treino com dispositivos que promovem a satisfação da NHF movimentar-se e manter postura corporal correta, principalmente cadeira de rodas, andarilhos, canadianas, tripés e bengalas. Fiz treino de marcha em piso plano e inclinado e treino de subir e descer escadas com os produtos de apoio supra citados.

Cabe ao EEER instruir e treinar o doente sobre a técnica a executar, assistir e supervisionar o procedimento para que este seja feito com segurança.

Neste sentido, o EEER identifica as necessidades e prioridades da pessoa com alteração da funcionalidade e concebe planos de intervenção individualizados, tendo como finalidade a promoção das capacidades adaptativas que visem melhorar as funções residuais e manter ou recuperar a funcionalidade. Deste modo, o EEER promove a autonomia e a qualidade de vida (Regulamento nº 125/2011, 2011).

No universo de intervenção do EEER está implícita a educação para a saúde que é fundamental para a promoção da qualidade de vida do doente e família. Através da capacitação do doente e cuidador informal, com estratégias adaptativas ou produtos de apoio que maximizem a funcionalidade na satisfação das NHF, o EEER pretende minimizar o impacto das incapacidades e promover a independência.

É na interação do quotidiano com o doente e família/cuidador informal que o EEER identifica as verdadeiras necessidades destes e os seus potenciais fatores de risco. Desta forma, o EEER fica habilitado a realizar ensinios personalizados e individualizados mediante as características únicas do doente e família/cuidador informal.

Durante o estágio na ECCI, realizei visitas domiciliárias a um doente com neoplasia pulmonar em estadio IV. Enquanto o doente esteve orientado, geria a sua medicação cumprindo todas as indicações terapêuticas. Contudo, o seu quadro clínico agravou-se, tendo períodos de desorientação e houve a necessidade de realizar ensinios à esposa sobre a administração dos fármacos. Elaborei uma folha de terapêutica para a esposa consultar em caso de dúvida, validei os ensinios (medicamento e horário) com aparente compreensão e reforcei que podia ligar para o telemóvel de serviço em caso de dúvidas. Nos dias seguintes as visitas foram diárias e constatei uma incorreta administração dos fármacos, verifiquei troca de

medicamentos, alguns administrados repetidamente e ausência da analgesia em SOS.

Perante a necessidade de mudar de estratégia sugeri uma caixa de medicação semanal que preparei previamente, sendo os analgésicos administrados em horário fixo. Realizei os ensinamentos à cuidadora em como gerir a caixa e nos dias seguintes, após monitorização e supervisão da terapêutica constatei que a estratégia foi eficaz, até evidente na melhoria do quadro clínico do doente.

Os ensinamentos nem sempre são bem-sucedidos na primeira tentativa por isso cabe ao EEER readaptar estratégias ou procurar outras com o objetivo de capacitar o doente e/ou cuidador informal para assumir o controlo na gestão da sua saúde/doença (Pereira et al, 2011).

J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

O desenvolvimento desta competência foi alicerçado nos objetivos 6 e 7.

No sentido de promover a autonomia e maximizar as capacidades da pessoa com alteração da funcionalidade, nomeadamente, em movimentar-se e manter postura corporal correta, incentivei a utilização de produtos de apoio adequados.

Nem sempre os doentes estão sensibilizados para os benefícios dos produtos de apoio e desvalorizam a sua importância daí ser relevante, o EEER fazer ensinamentos sobre o seu uso e treinar com o doente, para que este faça uma utilização correta e consiga atingir a funcionalidade na plenitude (Menoita et al, 2012).

Sempre que oportuno procurei consciencializar o doente para os potenciais benefícios da utilização dos produtos de apoio através da constatação na prática do aumento da sua autonomia.

Promovi a adaptação bidirecional doente/produto de apoio, através de ensino, demonstração e treino da sua utilização. Supervisionei a utilização do produto de apoio por parte do doente, responsabilizando-o pelo seu processo de reabilitação e, simultaneamente, monitorizei a resposta do doente ao produto de apoio através da observação e aplicação da MIF para avaliar/constatar os ganhos em termos de aumento da funcionalidade e autonomia na realização das NHF.

No Centro de Reabilitação uma das doentes pela qual fiquei responsável apresentava instabilidade a nível da articulação tibiotársica pelo que foi prescrita

uma ortótese, para potenciar o treino de marcha. Inicialmente a doente teve dificuldade de adaptação à ortótese e evitava a sua utilização. Acordámos que colocaria a ortótese por períodos, até se sentir confortável e confiante, o que a doente concordou. Todos os dias em que realizei o turno da tarde no internamento, pratiquei treino de marcha com a doente, conseguindo caminhar cerca de 20 metros, com auxílio de pirâmide de base estreita (Tripé) e supervisão. A doente concluiu que na prática a ortótese ajudava a realizar a marcha com maior facilidade e que era apenas uma questão de adaptação ao produto de apoio.

No contexto de domicílio o cenário é idêntico, ou seja, os doentes também sentem dificuldade de adaptação ao produto de apoio, no entanto reconhecem que são uma mais-valia para a promoção da autonomia na satisfação das NHF.

Nas primeiras visitas realizadas a casa de uma doente com diagnóstico de traumatismo vertebro medular, lesão ao nível de D12 vítima de acidente de viação, verifiquei que havia uma cadeira de rodas que servia como suporte para colocar roupa e a doente vivia limitada ao quarto. Numa das visitas, questionei a doente porque não utilizava a cadeira, uma vez que apresentava força muscular a nível de todos os segmentos dos membros superiores de *score* 5/5 na Escala do *Medical Research Council*, ou seja, força muscular dos membros superiores mantida, o que lhe permitiria conduzir a cadeira de rodas autonomamente e ser mais independente para a satisfação das NHF.

Era evidente que não podia usar a cadeira porque o espaço livre da casa não permitia a circulação de uma cadeira de rodas e, foi esse o argumento que utilizou para se justificar. Contudo, sugeri à doente algumas mudanças em termos de disposição do mobiliário para que a cadeira pudesse circular. Tirei medidas à cadeira, aos espaços livres e aos móveis, conseguindo comprovar que, com pequenas alterações, era possível deslocar-se em cadeira de rodas sendo mais autónoma dentro de casa.

Inicialmente a doente apresentou-se pouco recetiva a alterar a decoração, sendo em cada visita o assunto abordado subtilmente. Um dia, após alguma insistência, a doente aceitou fazer as mudanças e foi com alegria que constatou que se podia deslocar sem depender de terceiros. Verifiquei, progressivamente, uma mudança na sua perspetiva relativamente ao futuro, começando a acreditar em si e nas suas potencialidades.

Cabe ao EEER interagir com o doente desenvolvendo atividades ou encontrando estratégias para maximizar as suas capacidades funcionais (Regulamento nº 125/2011, 2011).

2.3. Gestão dos Produtos de Apoio na Pessoa com Alteração da Funcionalidade

Podemos considerar que a reabilitação consiste em todos os cuidados específicos que visam auxiliar o doente a recuperar alguma função ou habilidade perdida e promover a adaptação a uma nova condição de vida através de um processo específico.

Os produtos de apoio são instrumentos que o EEER pode utilizar para a promoção da autonomia, independência e integração na comunidade da pessoa com alteração da funcionalidade.

Neste sentido, ao longo do meu percurso de aprendizagem procurei aconselhar o produto de apoio mais indicado tendo em conta as limitações funcionais do doente e a sua prioridade relativamente à aquisição de autonomia. Foquei-me particularmente, nos produtos de apoio que promovem a satisfação da NHF movimentar-se e manter postura corporal correta, promovendo a adesão do doente à utilização de produtos de apoio para maximizar a sua autonomia.

Relativamente a um dos casos clínicos que me foi atribuído e, com o propósito de promover um padrão de marcha correta, estive mais atenta para os dispositivos que permitissem uma locomoção com menor gasto de energia, com melhor equilíbrio e, conseqüentemente, maior segurança. Ganhando consciência de que o produto de apoio deve estar adaptado às características do doente e às suas limitações, por vezes verifica-se a necessidade de fazer modificações e ajustes para que o dispositivo cumpra a sua função de promoção de autonomia na funcionalidade.

No estágio em contexto comunitário e, relativamente a um dos casos clínicos que me foi atribuído, um doente com 80 anos de idade com insuficiência cardíaca decorrente de um enfarte do miocárdio que sofreu anos antes, salienta-se da minha intervenção a (re) adaptação do doente ao produto de apoio para realizar marcha. O doente apresentava equilíbrio estático e dinâmico eficaz e força muscular global mantida, realizando marcha com o apoio de um Tripé (Pirâmide de base larga) para

facilitar o impulso dos membros inferiores e do corpo e para diminuir o gasto de energia. Durante o processo de reabilitação verifiquei uma diminuição da força muscular, sobretudo a nível dos membros inferiores (força muscular passou de *score* 5/5 para *score* 4/5 da Escala do *Medical Research Council*) traduzindo-se em perda de autonomia, pelo que o dispositivo auxiliar de marcha (Tripé) tornou-se inapropriado para a sua função.

Neste âmbito, Cruz (2000) refere que na escolha da ajuda técnica é essencial ter em conta as limitações funcionais do doente e a atividade para a qual pretende adquirir autonomia e independência com maior segurança. Neste sentido, foi necessário a avaliação de um novo produto de apoio que se enquadrasse na nova condição de saúde do doente. Como a força ao nível dos membros superiores estava mantida e o equilíbrio ligeiramente alterado pela diminuição da força muscular nos membros inferiores, foi possível introduzir um andarilho sem rodas que permitiu ao doente continuar a ser autónomo na marcha com maior estabilidade e segurança.

Segundo o estudo de Leonardo (2011), efetuado numa amostra de 241 pessoas dependentes, constata-se que a maior taxa de utilização de produtos de apoio por autocuidado (80,7%), é com o objetivo de promover a autonomia ao nível da marcha. O mesmo autor acrescenta que é o fator económico o maior impedimento à utilização de produtos de apoio.

Ao longo do estágio apercebi-me que as barreiras arquitetónicas, a renitência na adaptação do domicílio para receber um produto de apoio específico e o fato da pessoa não aceitar a sua limitação funcional, foram constrangimentos à aquisição de produtos de apoio. Andrich (1999) refere que após a vivência de um acontecimento que causa dependência, a pessoa passa por um processo de amadurecimento e aceitação da própria deficiência. Nesta nova fase da vida, a adoção de um produto de apoio é um passo significativo.

O EEER tem conhecimentos técnicos e científicos especializados que lhe permitem identificar as necessidades da pessoa com alteração da funcionalidade e aconselhar o produto de apoio adaptado à sua incapacidade funcional. A escolha de um produto de apoio adequado deverá ser integrada no plano de reabilitação onde intervém a equipa multiprofissional e o doente/ cuidador informal.

No Centro de Reabilitação o EEER encontra-se limitado na sua intervenção, uma vez que só pode fazer o estudo e a sugestão de produtos de apoio para os autocuidados (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir/despir e utilizar a sanita). Os produtos de apoio para promoção da autonomia na pessoa com alteração da funcionalidade em movimentar-se e manter postura corporal correta são sugeridos pelos fisioterapeutas porque está enquadrado na área de intervenção dos mesmos. Por conseguinte, um EEER pode fazer a sugestão de uma cadeira sanitária, mas não o pode fazer relativamente a uma cadeira de rodas.

No contexto do domicílio é o EEER que faz o estudo e sugere o produto de apoio mais adequado à especificidade e individualidade da pessoa como ser biopsicossocial. E, para que um produto de apoio cumpra o seu objetivo terapêutico, este deverá ser selecionado de forma cuidada, refletida e rigorosa (Rico et al, 2012).

Segundo o Despacho n.º 14278/2014 (2014), os EEER podem prescrever produtos de apoio para a marcha manejados por um braço tais como bengalas, canadianas com ou sem suporte para o antebraço, muletas auxiliares e auxiliares de marcha com três ou mais pernas. No entanto, relativamente aos dispositivos para a marcha manejados pelos dois braços, os enfermeiros podem prescrever andarilhos sem rodas mas, quem prescreve os andarilhos com rodas ou especiais, são os fisioterapeutas.

O despacho supra citado define ainda que as cadeiras de rodas, independentemente da sua especificidade, são prescritas pelos fisioterapeutas, porém os acessórios para a cadeira de rodas podem ser prescritos pelos EEER (Despacho n.º 14278/2014, 2014).

O processo burocrático para a aquisição de produtos de apoio é complexo e moroso, pelo que, há doentes/cuidadores informais que optam por adquirir os dispositivos (quando tem condições económicas que lhes permitam), outros procuram instituições que alugam os produtos de apoio e ainda, pedem emprestado a pessoas conhecidas, familiares e amigos.

No Centro de Reabilitação quando os doentes vão a casa ao fim-de-semana, os produtos de apoio necessários são emprestados gratuitamente. Estes têm também o objetivo de treino e de adaptação dos mesmos às condições habitacionais, com o objetivo de potenciar a autonomia e a funcionalidade em contexto habitacional, familiar e social.

Muitas vezes, da experiência de um produto de apoio em contexto de habitação, identifica-se a necessidade de adaptações de algumas divisões da casa, como por exemplo, das casas de banho, quartos e até da cozinha. Para além do produto de apoio permitir uma maior autonomia, este também deve ser considerado no contexto habitacional. Desta simbiose, verifica-se um maior ganho na autonomia e da funcionalidade e de bem-estar quer para o doente quer para os familiares/cuidadores informais que coabitam no mesmo contexto.

Quanto aos equipamentos para uso permanente, no CR, após o estudo e prescrição do dispositivo adequado, procede-se ao respetivo encaminhamento e tramitação legal. Quando rececionado, o produto de apoio é personalizado de acordo com as especificidades do doente.

Neste Centro existe um Banco de Produtos de Apoio, na sua generalidade constituído por materiais e equipamentos doados. A sua finalidade é o empréstimo temporário do produto de apoio necessário e que mais se adegue até que se conclua o processo aquisitivo.

Na comunidade, a ECCI possui alguns produtos de apoio, tais como: 18 colchões de pressão alternada, 1 cadeira de rodas, 1 cadeira sanitária, 2 almofadas de gel, 4 andarilhos, 2 pedaleiras elétricas e 1 pedaleira manual. Estes produtos de apoio são emprestados aos doentes gratuitamente até estes terem alta.

3. AVALIAÇÃO DO PERCURSO FORMATIVO

O presente relatório final inclui uma reflexão crítica sobre as práticas de ensino vivenciadas em contexto de estágio, no âmbito 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação e uma pesquisa da temática sobre os Produtos de Apoio, que surgiu do interesse pelos mesmos, enquanto parte integrante do processo de reabilitação e enquanto recurso para o desenvolvimento de competências na promoção da autonomia e da funcionalidade.

A realização da reflexão crítica sobre as práticas implementadas em contexto de estágio permitiu observar uma evolução das mesmas e o conhecimento profissional que as sustenta.

No decorrer deste percurso foi possível contactar com diferentes dimensões e contextos, desde o contexto hospitalar ao domiciliário, vivenciando várias realidades e experiências. Ao longo da prática profissional é importante adquirir uma visão mais realista e crítica, onde há a oportunidade de integrar novas atitudes e saberes que são fundamentais na formação dos enfermeiros e, especificamente, do EEER.

A oportunidade de contactar com a realidade permite identificar os nossos medos, angústias, anseios, lacunas, conquistas, através de uma reflexão crítica sobre as mesmas. O desafio acresce quando temos de cuidar de pessoas, com diferentes experiências, contextos, formações e diferentes ritmos de aprendizagem, uma vez que temos de conseguir corresponder às reais necessidades que são apresentadas no quotidiano dos cuidados e às expectativas por nós estabelecidas, mas também determinadas pelos doentes/cuidadores informais e equipas de saúde.

Atualmente deparamo-nos com grande complexidade nos contextos de saúde dado que a acessibilidade aos cuidados de saúde, os problemas económicos que afetam muitas famílias e o tecido social, entre outros, são fatores que influenciam o estado de saúde das populações e as organizações onde se prestam cuidados. O aumento da esperança média de vida e o envelhecimento da população levou a um conseqüente aumento do número de pessoas com problemas de saúde e dependências (Regulamento nº 350/2015, 2015).

Considerando a relevância desta conjuntura que experienciei no decurso dos estágios, permitiu-me uma análise reflexiva sobre o papel do enfermeiro e

particularmente do enfermeiro especialista numa área específica do saber, como catalisador de um trabalho reflexivo e colaborativo, enquanto agente fulcral na obtenção de ganhos em saúde, nomeadamente: na diminuição de recurso ao serviço de urgência, na diminuição do número de dias de internamento e do número de reinternamentos hospitalares, na maior autonomia nas AVD, na maior independência funcional e social, com melhor qualidade de vida da pessoa (Rocha, 2010).

É fundamental que as práticas sejam analisadas de modo a construir conhecimento a partir da experiência, ou seja, construir a prática baseada na evidência. Esta análise das competências e conhecimentos profissionais que foram desenvolvidos ao longo dos estágios foi baseada no Regulamento nº 122/2011 e no Regulamento nº 125/2011, ambos de 18 de Fevereiro de 2011, onde são definidos os perfis e competências comuns e específicas do EEER.

Utilizando a metodologia de análise *swot*, apesar de ser uma metodologia de gestão e particularmente para o planeamento estratégico, depois de uma leitura atenta considerei facilitadora para esta análise sobre o percurso formativo e, também para uma identificação de oportunidades de melhoria que, no desempenho do meu trabalho diário, posso desenvolver.

Assim, com o recurso aos itens preconizados pela *Swot* (Pontos Fortes, Pontos Fracos, Oportunidades e Ameaças), começo por referir os pontos fortes deste percurso formativo.

A oportunidade de desenvolver o estágio em contextos diferentes, sejam eles hospital especializado e comunidade, foi muito enriquecedor na medida em que me permitiu desenvolver competências que não seria possível apenas num contexto. Ou seja, a diversidade e a diferenciação dos contextos permitiram um vasto leque de conhecimentos e aprendizagens, muito para além das aprendizagens do âmbito da especificidade de enfermagem de reabilitação. Permitiu-me também relembrar, experienciando conhecimentos e práticas e consolidando o saber-fazer, que por força do desenvolvimento normal da minha atividade de enfermagem, dado a tipologia dos cuidados, não se operacionaliza diariamente.

É de reforçar o facto de os dois estágios, pela sequência temporal dos mesmos e pela tipologia de intervenção, constituírem um *continuum* de aprendizagem que se complementou.

Uma mais-valia foi a consciencialização da Pessoa como um todo, numa visão abrangente do ser biopsicossocial e a sua influência na forma como vivencia e se compromete no processo de reabilitação, alavanca para os ganhos de autonomia e funcionalidade. Já Henderson evidencia que a saúde da pessoa é condicionada pela sociedade e ambiente em que esta está inserida, podendo estes intervir, positiva ou negativamente, na saúde (George, 2000).

O Centro de Reabilitação proporcionou a oportunidade de trabalhar com profissionais de elevada diferenciação científica e técnica, de comprovada competência e cariz humanista e a boa integração nas equipas multiprofissionais que me permitiu articular com os diversos técnicos, em *prol* do doente/cuidador informal. Também foi uma mais-valia a possibilidade de conhecer e ter contato com uma vasta gama de produtos de apoio que potenciaram a promoção da autonomia do doente.

Importa realçar, que durante o percurso realizado ao longo dos dois estágios, foi importante refletir sobre as dificuldades sentidas e os sucessos alcançados. Um dos sucessos, visível em ambos os estágios, remete-se para as relações de confiança que se estabeleceram com os doentes, com o objetivo de trabalhar uma relação terapêutica. Uma vez estabelecida tornou-se mais fácil, durante as intervenções motivar os doentes e os cuidadores informais, quando presentes, para o programa de reabilitação. Como já tenho focado ao longo destas linhas, é crucial que os doentes e cuidadores informais estejam motivados porque só assim é que tanto o trabalho do EEER é concretizado, como as aprendizagens dos doentes/cuidadores informais são alcançadas.

Como pontos fracos deste percurso formativo posso referir que, particularmente no CR, a minha experiência e intervenção no âmbito do treino de marcha e sugestão de produtos de apoio nessa vertente terem sido condicionadas. Nesta instituição, ao nível da equipa multidisciplinar constata-se uma visão fragmentada da Pessoa, onde cada técnico intervém numa área específica, previamente definida. Prova disso é a compartimentação da intervenção na prática diária, em que o treino de marcha se insere no âmbito de intervenção do fisioterapeuta. Consequentemente, a sugestão de produtos de apoio neste âmbito só pode ser realizada pelo mesmo técnico.

Como já referido e, sendo o Centro de Reabilitação considerado um Centro de referência na reabilitação, onde defende uma filosofia de cuidados com a pessoa no

seu cerne, ao encontrarmos esta cultura instalada fez-me (re) pensar no trabalho em equipa e, qual o nosso papel enquanto profissionais de saúde, tendo-se constituído uma mais-valia extraída de um constrangimento.

Importa referir ainda, como ponto fraco, o fato de terem surgido poucas oportunidades para desenvolver competências no âmbito da Reeducação Funcional Respiratória.

Relativamente às oportunidades deste percurso formativo posso referir, a melhor e mais atual tecnologia em termos de instrumentos/dispositivos para ajudar na recuperação da funcionalidade e potenciar as capacidades da pessoa. De salientar a panóplia de produtos de apoio existentes, o que permite aconselhar o produto de apoio mais adequado no sentido de potenciar a autonomia da pessoa com alteração da funcionalidade.

Como ameaças deste percurso formativo posso identificar a dificuldade em conciliar a vida profissional, académica e pessoal e responder atempadamente às responsabilidades que cada uma destas áreas exige.

Outra ameaça que considere relevante foi a escassa bibliografia sobre produtos de apoio, elaborada por EEER, neste âmbito ainda é necessário mais investimento por parte destes sobre a temática.

Refletindo agora sobre a contribuição do projeto para a melhoria da qualidade de cuidados, posso referir que a elaboração do mesmo foi fundamental na medida em que se revelou uma linha orientadora para o desenvolvimento de competências num período do estágio tão determinante como este. Sem dúvida, as aprendizagens vividas assim como as competências desenvolvidas vão-se refletir na melhoria dos cuidados de enfermagem a prestar na minha prática diária. Acresce o fato de todo este percurso me ter conduzido à necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos EEER. Pois, é no contexto da prática clínica que se questionam os conhecimentos teóricos e se promove uma autoanálise crítica e reflexiva sobre a prática permitindo a possibilidade de explorar técnicas e procedimentos especializados. A elaboração prévia de um projeto pretende esclarecer as práticas a partir de conceitos teóricos adquiridos e interiorizados, encontrando respostas às questões que emergem dessa mesma prática. É nesta fase que temos a possibilidade de aprofundar e adquirir novos conhecimentos e competências

técnicas, científicas, relacionais, de gestão e pedagógicas na área específica dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Neste âmbito, desenvolvi competências técnicas que permitiram ter uma visão crítica e reflexiva relativamente à utilização dos produtos de apoio e sua atribuição, mediante as capacidades sensoriomotoras da pessoa e o grau de relevância do contributo do dispositivo para a sua autonomia.

Os EEER ao demonstrarem que as suas intervenções são efetivas e que produzem efeitos nas pessoas com ganhos em saúde na autonomia e independência destas, com repercussões económicas e sociais, estão a colocar em evidência a efetividade dos seus cuidados.

Por isso e, definindo como linha orientadora para o processo de aprendizagem, aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no âmbito dos “Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa com Alteração da Funcionalidade – Produtos de Apoio na Satisfação da NHF “Movimentar-se e manter postura corporal correta”, assunção conseguida, como espelhado neste relatório.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao terminar este relatório, mas não necessariamente um percurso auto didático, é tempo de efetuar o balanço sobre as experiências vivenciadas e as aprendizagens desenvolvidas e de que modo a execução de um projeto inicial foi pertinente para o desenvolvimento de competências do EEER ao longo deste trajeto.

O propósito da fase inicial do projeto foi “Desenvolver competências que permitam a avaliação das capacidades sensoriomotoras da Pessoa de modo a concetualizar e operacionalizar planos de reabilitação personalizados, com a utilização de Produtos de Apoio, promovendo a autonomia e a independência”. Para a concretização deste objetivo geral, que se revelou ambicioso, mas transversal aos dois locais de estágio, foram delineados objetivos específicos e atividades a incrementar.

Durante os estágios aconteceram múltiplas experiências enriquecedoras, tanto a nível pessoal como profissional, no sentido em que, se registou o contato com várias situações distintas que permitiram desenvolver Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, fundamentais à prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Os estágios também permitiram cuidar de pessoas com alteração da funcionalidade em vários contextos (hospital e comunidade), capacitando-as e maximizando as suas capacidades para a reinserção na comunidade. A fim de potenciar e otimizar o programa de reabilitação elaborado tendo em conta as prioridades funcionais da pessoas e as suas capacidades, sempre que possível, houve o recurso a produtos de apoio, visto que estes dispositivos quando em simbiose com a pessoa, são promotores de autonomia funcional.

As enfermeiras orientadoras de ambos os estágios tiveram um papel fundamental quer no esclarecimento de dúvidas que foram surgindo no dia-a-dia, uma vez que na prática as situações não são lineares como na teoria e há a necessidade de reajustar procedimentos e técnicas, quer na transmissão de conhecimentos e na atitude de um EEER perante a equipa multidisciplinar. A reflexão contínua sobre a prática do cuidar e sobre os casos clínicos constituiu um

estímulo constante no processo de aprendizagem, assim como um grande contributo para o desenvolvimento de competências e desenvolvimento de autonomia.

Nestes pressupostos, apropriei-me do perfil do EEER, que deve basear-se em competências adquiridas para gerir a situação de incapacidade da pessoa, ser capaz de promover a qualidade de vida do doente/cuidador informal, possuir uma sólida formação de base e específica, ter um papel ativo, flexível e dinâmico, baseado na aquisição de conhecimentos e na prática reflexiva. Deste modo, propícia a promoção do autocuidado nas pessoas, o desenvolvimento da capacidade de autonomia num *continuum* de independência, o mais célere possível e a gestão da situação de doença.

Dentro deste perfil, cabe o papel do EEER na equipa multidisciplinar, que em conjunto tem como missão “(...) tentar ajudar a pessoa a suportar a sua incapacidade, a sua deficiência, as suas características particulares, isto é, tentar ajudá-la a não se sentir diminuída por isso”. (Hesbeen, 2003, p.55)

Inicialmente, quando me deparei com o fato de ter um estágio em contexto da comunidade, não identifiquei pertinência no processo de aprendizagem. No entanto, após reflexão e as experiências vivenciadas, reconheci o quanto é importante a perspetiva do doente em contexto domiciliário. Avaliar as necessidades de cuidados, as condições habitacionais, as barreiras arquitetónicas e o ambiente em que o doente/cuidador informal estão inseridos, são experiências enriquecedoras e gratificantes e permitem, desta forma, adequar toda uma prática de cuidados ao contexto real de vida e à realidade individual de cada doente/cuidador informal.

Concluo que a intervenção é de extrema importância no contexto da comunidade, onde poderá reduzir a dependência e promover a autonomia e qualidade de vida do doente/cuidador informal com incapacidade, bem como a reintegração e a participação na sociedade.

Na prática de cuidados o EEER confronta-se com a necessidade da utilização de produtos de apoio para promover a autonomia da pessoa com alteração da funcionalidade e potenciar as suas capacidades funcionais. O EEER na comunidade depara-se com doentes que utilizam os produtos de apoio inadaptados às suas características físicas e incapacidades, sendo que estes, frequentemente não rentabilizam a sua utilização.

Foi neste âmbito que ao longo do estágio se verificou a necessidade constante de pesquisa para aumentar o conhecimento sobre os produtos de apoio e, poder adaptar de forma mais eficaz à incapacidade existente, por forma a rentabilizar a sua utilização e incrementar a funcionalidade do utilizador do produto de apoio. Muitas vezes verifica-se a necessidade de os adaptar e de improvisar adaptações tendo em conta as características de cada doente e a função para que o dispositivo foi prescrito.

De uma forma geral, posso referir que as metas fixadas e as experiências colocadas na fase de planeamento e manifestas no desenho do projeto de trabalho, expressaram razoabilidade e foram alcançadas, assim como as competências que pretendi desenvolver. Estas só foram possíveis de desenvolver porque foram experienciadas em contextos de prática.

Sabemos que o cuidar implica respeitar a pessoa na sua individualidade e dignidade, assim como um elevado nível de empenhamento pelo outro. Este empenhamento constitui uma alavanca para dar resposta às diferentes situações com as quais nos deparamos na prática profissional.

Assim, considero que atingi o objetivo major a que me propus inicialmente e, como já referido, desenvolvi competências na área de enfermagem de reabilitação, sendo apenas o início de um percurso como futura EEER, prestando cuidados de excelência.

Na reta final deste relatório e relativamente à contribuição para o desenvolvimento profissional e para o avanço da enfermagem de reabilitação, posso referir que a temática dos Produtos de Apoio reveste-se da maior importância pela autonomia e funcionalidade que confere a quem deles tenha de usufruir.

Os produtos de apoio, quando bem adaptados, são uma mais-valia no processo de reabilitação da pessoa com alteração da funcionalidade e é através deles que se conseguem obter pequenos ganhos em autonomia, que se transformam em grandes conquistas para o doente/cuidador informal.

Despertar os EEER para a temática dos produtos de apoio é pertinente no sentido em que o enfermeiro sendo detentor de saberes e competências na área pode intervir de forma mais ativa e assertiva na prescrição/aconselhamento de produtos de apoio.

Um produto de apoio deve ser adaptado à especificidade do doente e suas capacidades funcionais e só o EEER, que tem uma visão abrangente do doente, ou seja, global, reconhece a pessoa como um ser biopsicossocial integrado numa comunidade, sendo interveniente ativo.

Quanto às perspetivas de desenvolvimento, continuidade do trabalho e implementação na prática cuidativa diária, importa referenciar que enquanto enfermeira a trabalhar num estabelecimento na área da geriatria, diariamente me deparo com doentes portadores de patologias que conduzem à incapacidade funcional, aliado ao próprio envelhecimento potenciando as co-morbilidades, comprometendo a capacidade funcional. Estas vivências têm evidenciado a pertinência da utilização de produtos de apoio, na promoção de uma maior autonomia e capacidade funcional, proporcionando melhor qualidade de vida ao doente.

Como futura EEER, detentora de competências específicas em enfermagem de reabilitação, constituirá objetivo um diagnóstico situacional dos níveis de dependência dos doentes, assim como das suas limitações e incapacidades e introduzir, entre outras estratégias para além de um plano individual de intervenção específico na área da enfermagem de reabilitação, a atribuição de produtos de apoio que promovam um maior nível de autonomia e potenciam a funcionalidade.

Estando o equipamento onde se desenvolve a minha atividade laboral, integrado numa organização de vários outros equipamentos, com valências na área de reabilitação, será vantajoso promover uma articulação com os outros técnicos através da otimização dos recursos existentes e da maximização das capacidades funcionais dos doentes que se cuida, através de produtos de apoio, criteriosamente estudados e atribuídos.

Benner (2005) preconiza que o desenvolvimento de competências passa por vários níveis distintos: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Na ótica da autora supracitada, o enfermeiro perito confia na sua intuição e valoriza as vivências e experiências passadas, utilizando-as como referência para intervir em situações presentes semelhantes.

A mesma autora acrescenta que, cada vez mais é admitido que a proximidade global do enfermeiro à pessoa, permite ter em conta os efeitos do *stress* e as estratégias de adaptação como variáveis determinantes no processo de recuperação

e cura. As funções educativas, relacionais e as observações do enfermeiro têm um papel maior na readaptação da pessoa e na promoção da saúde.

Revendo-me neste desiderato, tudo farei para o meu desenvolvimento profissional passar pelos níveis identificados e poder-me tornar numa enfermeira de referência – perita – em Enfermagem de Reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrich, R. (1999). *Aconselhamento de ajudas técnicas – Organização e Metodologia de Trabalho dos Centros de Informação sobre Ajudas Técnicas*. Cadernos SNR nº 10. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (SNRIPD).
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito*. Lisboa: Quarteto.
- Benvegnu, A. B.; Gomes, L. A.; Souza, C. T.; Cuadros, T. B. B.; Pavão, L. W. & Ávila, S. N. (2008). Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com seqüelas de acidente vascular encefálico (AVE). *Revista Ciência & Saúde*, 1 (2), 71-77.
- Bradley, S.M. & Hernandez, C.R. (2011). *Geriatric assistive devices*. *American Family Physician*, 84 (4), 405-411. Acedido em 04 de Julho de 2016. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/2011/0815/p405.html>
- Branco, P., S.; Medeiros, L., S.; Tomás, R.; Cláudio, S.; Almeida, S. & Carvalho, T.,E. (2008). *Temas de Reabilitação – Ortóteses e outras ajudas técnicas*. Servier.
- Branco, T. & Santos, R.J.D. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Chen, H.; Lin, C. & Yu, L. (2009). Normative Physical Fitness Scores for Community-Dwelling Older Adults. *Journal of nursing research*, 17 (1), 30-41.
- Cordeiro, M., C., O. & Menoita, E. C. P. C. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória : conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência.
- Cruz, A.G. (2000). Ajudas Técnicas. *Revista Sinais Vitais*. Julho 2000 (31), 23-24.

Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro (1996). Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 29 de Maio de 1996. Diário da República I série-A, nº 205 (04-09-1996). 2959-2962.

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho (2006). Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 16 de Março de 2006. Diário da República I série-A, nº 109 (06-06-2006). 3856-3865.

Decreto-Lei nº 93/2009 de 16 de Abril (2009). Sistemas de Atribuição de Produtos de Apoio. Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 26 de Fevereiro de 2009. Diário da República I série nº 74 (16-04-2009). 2275-2277.

Despacho nº 2027/2010 de 29 de Janeiro (2010). Ajudas Técnicas/Produtos de Apoio para pessoas com deficiência. Diário da República, II série nº20 (29-01-2010). 4412- 4419.

Despacho nº 14278/2014 de 26 de novembro (2014). Lista de produtos de apoio. Diário da República, II série nº229 (26-11-2014). 29643- 29654.

Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República, II série nº28 (10-02-2015). 3882-(2)-3882-(10).

Despacho nº 7197/2016 de 1 de junho (2016). Lista de produtos de apoio. Diário da República, II série nº105 (01-06-2016). 17168-17185.

Farias, N. & Buchalla, C. M. (2005). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 8 (2), 187-193.

- Ferreira, A.; Condeça, B.; Pereira, E.; Faria, F.; Raposo, F.; Batista, G., ... & Ferreira, S. (2002). Como viver com uma lesão medular e manter-se saudável - Serviço de Lesões Vértebro-Medulares – Alcoitão: Autor.
- Gameiro, M. G. H. (2003). A Enfermagem Ciência e Arte... e a Investigação. *Revista Referência*. Maio 2003 (10). 5-15.
- George, J. B. (2000) - *Teorias de Enfermagem – Os fundamentos à prática profissional*. Porto Alegre: Artmed.
- Glisoi, S.F.N.; Ansai, J.H.; Silva, T.O.; Ferreira, F.P.C.; Soares, A.T.; Cabral, N.K., ...; Paschoal, S. (2012). *Dipositivos auxiliares de marcha; orientação quanto ao uso, adequação e prevenção de quedas em idosos*. *Revista Geriatria & Gerontologia*, 6 (3), 261-272.
- Gratao, A.C.M.; Vendruscol, T.R.P.; Talmelli, L.F.S.; Figueiredo, L.C.; Santos J.L.F. & Rodrigues, R.A.P. (2012). Sobrecarga e Desconforto Emocional em Cuidadores de Idosos. *Contexto Enfermagem*, 21(2). 304-312.
Acedido em 07 de Outubro de 2016. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a07v21n2>
- Greve, J. M. D'A., (2007). Reabilitação – Conceito terapêutico. In Greve, J.M.D'A. *Tratado de Medicina de Reabilitação* (pp.8-9). São Paulo: Roca.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. P. (2000). Bases conceptuais da Enfermagem de Reabilitação. In Hoeman, S. P. *Enfermagem de Reabilitação: processo e aplicação* (pp. 3-22). Loures: Lusociência.
- Hudson, P.; Quinn, K.; O'Hanlon, B. & Aranda S. (2008). Family meetings in palliative care: multidisciplinary clinical practice guidelines. *BMC Palliative Care*, 7 (12), 1 – 12. DOI: 10.1186/1472-684X-7-12

Acedido em 07 de Outubro de 2016. Disponível em:

<https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-684X-7-12>

ISO 9999:2007 – *Lista homologada de ajudas técnicas*. Acedido em 20 de Junho de 2015. Disponível em <http://assistiva.mct.gov.br/lista-das-definicoes-da-iso-9999-2007>.

Johnstone, M. (1979). *Restauração da Função Motora no Paciente Hemiplégico*. São Paulo: Manole.

Kelly-Hayes, M. & Phipps, M. A. (2011). Avaliação da Função e Medidas de Resultados. In Hoeman, S. P. *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp. 177-186). Loures: Lusodidata.

Leonardo, V. L. M. (2011). *Famílias que integram dependentes no autocuidado: recursos utilizados pelos prestadores de cuidados*. (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem). Disponível no RCAAP

Lopes, M.; Mendes, F.; Escoval, A.; Agostinho, M.; Vieira, C.; Vieira, I., ... & Morais, C. (2010). *Plano Nacional De Saúde 2011 - 2016 - Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspetivando o futuro*. Évora: Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde.

Menoita, C.E.; Sousa, L.M.; Alvo, I.B.P. & Vieira, C.M. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC - Contributos Para um Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.

Ministério da Saúde. (2009). *Glossário - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

Minosso, J.S.M.; Souza, L.J. & Oliveira, M.A.C. (2016). Reabilitação em cuidados paliativos. *Contexto Enfermagem*, 25 (3). Acedido em 07 de Outubro de 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt_0104-0707-tce-25-03-1470015.pdf

Moraes, E. N.; Marino, M. C. A. & Santos, R. R. (2010). Principais Síndromes Geriátricas. *Revista Medicina Minas Gerais*, 20 (1), 54-66.

Neto, I.G. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio á família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 19 (1), 68-74.

Nunes, L.; Amaral, M. & Gonçalves, R (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro - Dos Comentários à Análise dos Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Mobilização de Escalas, Instrumentos, Equipamentos ou outros meios e Métodos como Recurso na Avaliação Diagnóstica em Enfermagem*. Parecer Nº 72/2008.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro*. In: Ordem do Enfermeiros. Acedido em 20 de maio de 2016 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rncci%20-%20v.final%20referencial%20do%20enfermeiro%20-%20abril%202009.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Parecer Sobre Actividades de Vida Diária*. Parecer Nº 12/2011.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas práticas - Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade-Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2004). *CIF: Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

- Pereira, C.; Fernandes, L.; Tavares, M. & Fernandes, O. (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Revista Nursing*. Março 2011 (267), 8-15.
- Pinto, A. M. & Botelho, M. A. (2007). Fisiopatologia do Envelhecimento. In Pinto, A. M. *Fisiopatologia: Fundamentos e aplicações* (pp. 493-514). Lisboa: Lidel Edições.
- Polese, J.C.; Nascimento, L.R.; Faria, C.D.C.M.; Laurentino, G.E.C.; Rodrigues-de-Paula, F.; Ada, L. & Teixeira-Salmela, L. F. (2011). *Percepção de hemiplégicos crónicos sobre o uso de dispositivos auxiliares de marcha*. *Revista Panam Salut Publica*, 30 (3), 204-208. Acedido em 04 de Julho de 2016. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v30n3/v30n3a03.pdf>
- Preto, L. (2008). *Adaptações físicas de compensação para utentes com AVC*. In Congresso de saúde do nordeste: AVC, preparados?. Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Saúde, 24-25 Out. 2008. Acedido em 04 de Julho de 2015. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt>
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010. Diário da República, II série, N.º 35 (18-02-2011). 8648- 8653.
- Regulamento nº 125/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010. Diário da República, II série, N.º 35 (18-09-2010). 8658- 8659.
- Regulamento nº 350/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, aprovado em Assembleia Geral de 22 de Outubro de 2011. Diário da Republica II série nº 119 (22-06-2015). 16655-16660.

- Reigada, C.; Carneiro P. & Oliveira, F. (2009). As conferências familiares em cuidados paliativos: a teoria e a prática. *Hospitalidade*. Julho/Setembro 2009, (285), 27-30.
- Resolução do Conselho de Ministros nº 84/2005 de 27 de Abril (2005). Presidência do Conselho de Ministros. Diário da república I série-B, Nº 81 (27-04-2005). 3200-3201.
- Rico, N.C.; Lemos, N.D.; Ferreira, C.V. & Ferreira, C.G. (2012). *Uso de dispositivo de auxílio à marcha: a percepção dos idosos*. Revista Equilíbrio Corporal e Saúde, 4 (2), 42-50.
- Rocha, B. M. P. (2010). Contributos para o plano nacional de saúde 2011-2016. Associação Portuguesa do Enfermeiros de Reabilitação. In APER. Acedido em 04 de Novembro de 2015. Disponível em:
<http://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf>
- Rocha, B. M. P. (2011). Gestão em enfermagem: O papel do Enfermeiro Especialista de Reabilitação. Associação Portuguesa do Enfermeiros de Reabilitação. In APER. Acedido em 04 de Novembro de 2015. Disponível em:
<http://www.hospitaldofuturo.com/profiles/blogs/gestao-em-enfermagem-o-papel>
- Rosa, T. E. C.; Benício, M. H. D'A.; Latorre, M. R. D.O. & Ramos, L. R., (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista Saúde Pública*, 37 (1), 40-48.
- Saad, M. (2007). Meios Auxiliares de Marcha. In Greve, J.M.D'A. *Tratado de Medicina de Reabilitação* (pp.330-333). São Paulo: Roca.
- Silva, L.; Seabra, E. & Machado, J. (2010). Desenvolvimento de um Standing Frame para Reabilitação de Crianças com Deficiência Mental. *XIV International*

Congress on Project Engineering. 2419-2428. Acedido em 04 de Novembro de 2015. Disponível em:

http://www.aepro.com/files/congresos/2010madrid/ciip10_2419_2428.2949.pdf

Sim, J. (1998) - Respect for autonomy: issues in neurological rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 12 (1), 3-10. DOI: 10.1191/026921598670782549.

Tomey, A. M. (2004). Definição de Enfermagem. In Tomey, A. M. & Alligood, M. R. *Teóricas de Enfermagem e sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (pp.111-122). Loures: Lusociência.

Zabala, A. & Arnau, L. (2010). *Como aprender e ensinar competências*. São Paulo: Artmed.

APÊNDICES

APÊNDICE I
Caraterização do Centro de Reabilitação

1. CARATERIZAÇÃO DO CENTRO DE REABILITAÇÃO DO DISTRITO DE LISBOA, ONDE DECORREU O ENSINO CLINICO

1.1. Caraterização da orgânica funcional do Centro de Reabilitação.

O Centro de Reabilitação é uma instituição hospitalar que está vocacionado para a reabilitação de pessoas portadoras de deficiência de predomínio físico com multideficiência congénita e/ou adquirida, de qualquer idade, proveniente de todo o País e de países estrangeiros.

Apraz dizer que presta cuidados e acompanhamento, aos seus utentes e família/cuidadores informais, de excelência, investindo permanentemente na investigação e na formação de profissionais de saúde nas diversas áreas de atuação.

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

Este Centro de Reabilitação contempla unidades de internamento para adultos e crianças e serviços de diagnóstico e terapêutica (fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, atividades de vida diária, oficina de próteses e ortóteses, psicologia, departamento de animação cultural e recreativa). Possui ainda serviços auxiliares de diagnóstico (raio X, estudos urodinâmicos, eletrodiagnóstico) e outros serviços de apoio e logística.

Esta instituição dispõe de três serviços de internamento: Serviço 1 - Lesões Vertebro Medulares, Serviço 2 - Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento e Serviço 3 - Reabilitação Geral de Adultos.

1.2. Caracterização do Serviço de Reabilitação Geral de Adultos

Este serviço é composto por cinco quartos com seis camas cada um e dois quartos com duas camas, cada quarto tem sanitário próprio. Existe ainda um refeitório e sala de estar comum e uma sala de visitas.

O serviço supra citado destina-se a utentes com AVC, Traumatismo Crânio-encefálico, Paraplégicos, Tetraplégicos, Amputados dos membros inferiores, Politraumatizados, Esclerose Múltipla, Esclerose Lateral Amiotrófica e Guillan Barré.

Possui cuidados de enfermagem especializados 24 horas/dia, onde os enfermeiros trabalham com o utente e família/cuidador informal, ao longo do internamento privilegiando um atendimento personalizado. Preconiza-se o método de enfermeiro responsável que acompanha o utente desde a admissão à alta, deste modo é promovida a relação terapêutica baseada na confiança e empatia permitindo desenvolver uma relação ativa e dinâmica do utente e família/cuidador informal com o seu Programa de Reabilitação e programação das atividades a desenvolver.

Na admissão de cada utente, a equipa multiprofissional traça os objetivos e elabora um Programa de Reabilitação, sendo este, reavaliado a cada três semanas ou sempre que se justifique no decurso da recuperação. É definido entre a equipa os vários departamentos que o utente irá frequentar e conseqüentemente as atividades calendarizadas num plano semanal.

O tempo de internamento dos utentes está padronizado e varia entre os 60 a 90 dias dependendo da patologia e da evolução clínica, sempre que se justifique, poderá haver novos reinternamentos para continuar a promoção de autonomia e independência funcional dos utentes que tem potencial.

APÊNDICE II
Plano de Cuidados I – Serviço de Reabilitação de
Adultos



6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

SERVIÇO DE REABILITAÇÃO DE ADULTOS

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Florbela Duarte Gomes

Nº 6108

Docente Orientador: Prof. Miguel Serra

Enfermeiro Orientador: Enf. A. A.

Lisboa

Novembro 2015

LISTA SIGLAS

ACM – Artéria Cerebral Média

AVC – Acidente Vascular Cerebral

FA – Fibrilhação Auricular

MID – Membro Inferior Direito

MIF – Medida de Independência Funcional

MSD – Membro Superior Direito

NHF – Necessidade Humana Fundamental

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1. CASO CLÍNICO	9
1.1- IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE	9
1.2- ANTECEDENTES FAMILIARES.....	11
1.3- ANTECEDENTES PESSOAIS	14
1.4- HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL	11
1.5- MOTIVO DO INTERNAMENTO	14
2. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA	19
3. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA.....	19
4. CONCLUSÃO	22
APÊNDICES	28
APÊNDICE I – MIF (ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL)	
APÊNDICE II – AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR	

INTRODUÇÃO

Este plano de cuidados tem a finalidade de permitir a planificação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação individualizados de forma a melhorar o estado de saúde da pessoa cuidada e responder de forma personalizada às suas necessidades, coordenar o trabalho em equipa e assegurar a continuidade dos cuidados, durante o internamento.

A metodologia utilizada para a elaboração deste trabalho consistiu numa pesquisa bibliográfica, consulta do processo clínico do utente, e acompanhamento do utente durante o período de estágio.

Na primeira parte deste trabalho é a realizada a apresentação da utente seguindo-se o respetivo plano de cuidados com diagnósticos de enfermagem, intervenções realizadas e a avaliação final.

Finalizo este trabalho com uma breve conclusão sobre este momento de aprendizagem.

1. CASO CLINICO

Este plano de cuidados é respeitante à D. Maria (nome fíctio) que deu entrada na Unidade de Adultos a 01/10/2015. Este internamento é o segundo desde que sofreu um AVC isquémico em 22/03/2015. Entre Maio e Julho deste ano, a D. Maria permaneceu internada nesta unidade de cuidados, tendo uma evolução lenta mas favorável relativamente à aquisição de independência (MIF 47 → 76).

Nesta instituição está preconizado que a duração do Programa de Reabilitação de um utente com AVC é 60 dias de internamento. No término deste período de internamento, constatou-se que a D. Maria apresentava, ainda, potencial para aumentar o nível de independência funcional. Por esse motivo, aquando da alta hospitalar, ficou previamente definida data para reinternamento da utente no sentido de continuar o Programa de Reabilitação.

Entretanto no domicílio não houve continuidade dos tratamentos pelo que, se verificou agravamento do quadro clínico traduzindo-se em perda de independência. Na avaliação da independência funcional no início do segundo internamento apresentava MIF de 69 (Apêndice I).

1.1. Identificação do doente

D. Maria, género feminino, 59 anos de idade, raça caucasiana, nacionalidade portuguesa, foi reformada por invalidez após ter sido ajudante de cozinha.

Atualmente divorciada, vive com a filha, genro e uma neta de 10 anos de idade, num apartamento alugado num 3º andar de um prédio sem elevador. Tem bom suporte familiar, sendo a filha a pessoa significativa e cuidador informal.

1.2. Antecedentes familiares

Desconhecidos.

1.3. Antecedentes pessoais

- AVC prévio em Janeiro de 2013 (AVC isquémico ACM direita etiologia cardioembólica);
- Obesidade (IMC = 36.48);
- Dislipidémia;
- FA permanente;
- S. Tolosa-Hunt,
- Cardiopatia valvular.

Cirurgias: status pós-colocação de prótese biológica mitral e gravidez ectópica.

Alergias: desconhecidas.

1.4. História da doença atual

Em 22/03/2015 novo AVC isquémico na ACM direita de etiologia cardioembólica (AVC com sequela de hemipostesia MSE), de que resultou quadro clínico sequelar de anosognosia, Hemiplegia Hemiconvulsão Epilépsia, hemiplegia esquerda, hemianestesia superficial e profunda esquerda com limitação funcional nas NHF.

A D. Maria apresenta baixo risco de úlceras de pressão, 17 na Escala de *Braden*. Apresenta alto risco de queda, 60 na Escala de *Morse*.

1.5. Motivo do internamento

A D. Maria encontra-se internada na Unidade de Adultos, desde 01/10/2015, com o objetivo melhorar as capacidades perceptivo cognitivo; melhorar a funcionalidade da comunicação e nas NHF; aumentar a força muscular global; melhorar o controlo postural e o equilíbrio em ortostatismo; melhorar a funcionalidade do MSE e da marcha; estudo e eventual prescrição de produtos de apoio; ensino aos familiares e mediação da reintegração social após a alta.

Como produtos de apoio possui: cadeira de rodas, almofada de espuma e gel, pirâmide de base estreita, tala posicionamento de punho e dedos e cadeira de banho rotativa.

2. EXAME DA FUNÇÃO NEUROLÓGICA (14/10/2015)

Estado de consciência

Sem alteração da consciência. Apresenta pontuação de 15 na Escala de *Glasgow*.

Estado de orientação

Autopsíquica mantida mencionando o nome, idade e profissão assertivamente. Alopsíquica sem alterações, orientada no tempo e no espaço.

Atenção

Vigilância e concentração sem alterações. Tenacidade diminuída, apresenta diminuição da capacidade de manutenção da atenção sobre uma tarefa específica, distrai-se facilmente.

Memória

Memória imediata e recente de curto e longo prazo mantidas, assim como a memória remota.

Linguagem

Discurso espontâneo com compreensão aparentemente mantida mas com ligeira disartria. Capacidade de nomeação e repetição mantidas.

A leitura é dificultada pela presença de hemianópsia homónima à esquerda. Apresenta capacidade de escrita sem alterações, embora com alguma lentificação.

Capacidades práxicas

Força, sensibilidade e coordenação mantidas e nível do hemicorpo direito e comprometidas a nível do hemicorpo esquerdo.

Negligência hemiespacial unilateral

Apresenta síndrome de *Neglect* manifestado pela incapacidade ou dificuldade em detetar e responder a estímulos no hemicorpo esquerdo.

Pares cranianos

I par – Olfacto

Apresenta hiposmia.

II par – Ótico

Campo visual-espacial alterado. Hemianópsia à esquerda.

III par – Motor ocular comum / IV – Patético / V – Motor ocular externo

Sem alterações. Não apresenta nistagmo nem ptose palpebral. Pupilas isocóricas.

V par – Trigémio

Sensibilidade tátil, térmica e dolorosa diminuída a nível do hemicorpo esquerdo.

VII par – Facial

Apresenta ligeiro apagamento do Sulco Nasogeniano.

VIII par – Acústico

Não apresenta alterações auditivas. Apresenta equilíbrio estático mantido. Equilíbrio dinâmico diminuído.

IX par – Glossofaríngeo

Não apresenta alterações do paladar.

X par – Vago

Sem alterações. Com reflexo de vômito e tosse mantidos. Sem disfasia.

XI par – Espinhal

A força muscular do esternocleidomastóideu apresenta-se mantida bilateralmente (5/5 na Escala de *Medical Research Council*). A nível do trapézio à esquerda esboça discreta contração no músculo, não conseguindo elevar o ombro esquerdo (1/5 na Escala de *Medical Research Council*)

XII par – Grande Hipoglosso

Sem desvio e/ou tremores da língua. Sem desvio da úvula.

Motricidade

Força muscular

Realizada a avaliação da força muscular da área distal para a proximal de cada hemicorpo, segundo a Escala de *Medical Research Council*.

A força muscular em todos os segmentos articulares do hemicorpo direito é de 5/5.

No hemicorpo esquerdo verifica-se hemiparésia de predomínio braquial, apresentando apenas esboço de movimento na flexão e extensão do segmento escapulo-umeral e cotovelo e na adução e abdução do ombro. Os restantes segmentos do MSE não apresentam movimentos ativos. No MIE constata-se força muscular de 3/5 a nível do segmento coxo-femural e joelho, sendo que na articulação tíbio-társica apenas esboça movimento na flexão plantar.

No apêndice II encontra-se a avaliação da força muscular do hemicorpo esquerdo mais pormenorizada.

Tónus muscular

O grau de espasticidade que a D. Maria apresenta foi avaliado segundo a Escala Modificada de *Ashworth*. Desta forma, verificou-se hipertonia ligeira (*score* 1+) no MSE, manifestada por tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular, especialmente quando o membro é mobilizado em extensão.

Relativamente ao MIE, observa-se hipertonia muito ligeira (*score* 1), manifestada por uma discreta resistência, no final da amplitude do movimento articular, quando o membro é mobilizado em flexão e extensão.

Coordenação motora

Na avaliação do hemicorpo direito, a D. Maria consegue realizar a prova dedo - nariz de olhos abertos e fechados, a prova de indicação de *Barany* e a prova de calcanhar – joelho, no entanto com ligeira descoordenação.

Relativamente ao hemisfério esquerdo, a utente foi incapaz de realizar a prova dedo – nariz e prova de indicação de *Barany*. Quanto à prova calcão – joelho, esboça apenas o movimento.

Sensibilidade

Sensibilidade superficial

A D. Maria apresenta a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa mantida a nível do hemisfério direito. Comparativamente, no hemisfério esquerdo verifica-se hipoestesia tátil e térmica e hipoalgesia.

Sensibilidade profunda

Apresenta sensibilidade postural e vibratória mantida a nível do hemisfério direito. No hemisfério esquerdo constata-se diminuição da sensibilidade postural e hipopalestesia.

Equilíbrio

Na posição de sentada, a D. Maria apresenta equilíbrio estático e dinâmico sem alterações. Na posição ortostática, é evidente alteração do equilíbrio verificando-se uma ligeira lateralização do tronco para o lado esquerdo.

Marcha

Faz treino de marcha com supervisão e com recurso a produto de apoio (Pirâmide de base estreita). Desloca-se em cadeira de rodas conduzida por terceira pessoa.

3. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA (14/10/2015)

Pele e mucosas coradas e hidratadas. Eupneica, com frequência respiratória média de 16 ciclos/minuto. Apresenta saturação periférica de O₂ de 97%. Respiração com amplitude normal, predominantemente toraco-abdominal. Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido sem resíduos adventícios bilateralmente.

Sem hábitos tabágicos.

4. PLANO DE CUIDADOS

Diagnósticos de enfermagem	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Avaliação (14/11)
<p>Alteração da mobilidade relacionada com a lesão neurológica decorrente do AVC isquémico manifestada por hemiparésia à esquerda de predomínio braqueal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que a D.M recupere a amplitude dos movimentos, o tônus muscular e o equilíbrio postural; - Que a D.M recupere a função sensitiva e motora do hemicorpo esquerdo; - Que a D.M aumente a força muscular global para se tornar mais autónoma na mobilidade; 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar um ambiente calmo e seguro; - Manter o alinhamento corporal; - Posicionar em padrão anti-espástico, tendo especial atenção ao lado hemiplégico; - Avaliar a força muscular (Escala de <i>Medical Research Council</i>), o tonús muscular (Escala de <i>Ashworth</i>) e a coordenação motora; - Explicar à D.M a importância do programa de reabilitação sensório-motor e como vai decorrer; - Pedir a colaboração da D.M de modo a responsabilizá-la pela sua recuperação; - Definir com a D.M objetivos e 	<p>A D.M demonstrou interesse e colaboração no Programa de Reabilitação estabelecido. No entanto, evidenciou maior grau de envolvimento quando os exercícios estão implícitos na satisfação das NHF, pois reconhece nos mesmos a aquisição de competências para garantir a sua autonomia.</p> <p>A D.M realizou as atividades terapêuticas com indicação verbal dos passos a adotar para a sua execução:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ponte com apoio no joelho e pé esquerdo, elevação

		<p>prioridades na promoção da sua autonomia, e delinear estratégias exequíveis para os obter;</p> <ul style="list-style-type: none">- Avaliar sinais vitais antes de iniciar as mobilizações;- Mobilizar diariamente os segmentos articulares (ombro, cotovelo, coxo-femural e joelho com mobilizações ativas assistidas; antebraço, punho, tibio-társica e dedos dos pés e das mãos com mobilizações passivas);- Estimular a D.M a concentrar-se nos exercícios para acompanhar o movimento e participar neste, tendo em conta a força muscular, amplitude articular e tolerância que possui em cada segmento articular;- Motivar a visualização atenta dos exercícios realizados, para que a D.M reintegre cognitivamente o esquema	<p>parcial da bacia após estimulação verbal;</p> <ul style="list-style-type: none">- Evidencia maior dificuldade no rolamento para o lado direito (não lesado), necessitando de ajuda parcial para o concretizar. <p>Para efetuar o levante necessita de ajuda mínima com contato para elevar o tronco e indicações verbais sobre os procedimentos (fazer carga no cotovelo, auxiliar o MIE (afetado) com o MID para exteriorizar do leito).</p> <p>Verificou-se um aumento da força muscular a nível MSE no segmento escapulo-umeral (flexão/extensão e</p>
--	--	--	--

		<p>corporal;</p> <ul style="list-style-type: none">- Ensinar e orientar a D.M a efetuar auto-mobilizações mantendo o MSE em padrão anti-espástico, manter os dedos da mão em extensão e abdução, fazer extensão do cotovelo e elevação da articulação escapulo-umeral, dentro dos seus limites articulares;- Ensinar e estimular, sempre que oportuno, a D.M a realizar exercícios de fortalecimento muscular das coxas, glúteos com exercícios isométricos e exercícios ativos, tais como: flexão dos joelhos quando sentada na cama e pés apoiados no chão, até chegar com os mesmos á mão da enfermeira; adução e abdução das articulações coxo-femorais; agachamentos com apoio na barra da cama; treino de passagem da posição de pé para a posição sentada,	<p>abdução1→2/5) e cotovelo (flexão 2→3/5). A nível do MIE constatou-se aumento da força muscular na articulação coxo-femural (flexão/extensão, adução/adução 3→4/5 e esboço de rotação da anca 0→1/5) e no joelho (flexão 3→4/5 e extensão 2→3/5). Ao nível da articulação tibio-tarsica e dedos dos pés a força muscular aumentou para 1/5 (apêndice II). Relativamente ao tónus muscular, no MSE verificou-se uma diminuição do tónus de score 1+ passou para 1. No MIE manteve suave hipertonia (score 1).</p>
--	--	--	--

		<p>com inclinação do tronco para a frente com o apoio dos pés no chão; em decúbito dorsal fazer a ponte, elevando a pélvis e mantendo por alguns instantes.</p> <ul style="list-style-type: none">- Ensinar e treinar com a D.M alternâncias de decúbitos e posicionamentos em padrão anti-espástico;- Vigiar risco de úlcera de pressão de 15 em 15 dias (Escala de <i>Braden</i>);- Colocada diariamente almofada de espuma e gel na cadeira de rodas para prevenção de úlceras de pressão;- Realizar e ensinar outras atividades terapêuticas (rolar, rotação controlada da anca, carga no cotovelo) integrando-as na satisfação das NHF;- Quando o MSE apresenta maior espasticidade e é difícil a mobilização,	<p>A D.M apresenta baixo risco de úlcera de pressão, 19 na Escala de <i>Braden</i> mantendo integridade cutânea.</p>
--	--	---	--

		<p>aplicar a Tala Pneumática durante cerca de 20 minutos ou consoante a tolerância da D.M para diminuir a espasticidade e deste modo, facilitar a automobilização e/ou mobilização da articulação escapulo-umeral;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocação diária de ortotese para imobilização do punho, mão e polegar em posição funcional, desta forma, permite uma correção postural tornando este segmento corporal mais funcional; - Associar os exercícios supra-citados com a dissociação dos tempos respiratórios; - Efectuar reforços positivos em cada etapa, de forma a motivar a D.M. 	
Alteração do equilíbrio postural dinâmico em posição ortostática	- Que a D.M melhor o controlo postural, o equilíbrio em ortostatismo e a coordenação motora;	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar os sinais vitais; - Avaliar o risco de queda de 8 em 8 dias (Escala de <i>Morse</i>); - Treinar o equilíbrio estático na posição 	Verifica-se uma melhoria do equilíbrio postural dinâmico em posição de pé, tendo sido possível efetuar treino

<p>relacionado com status pós AVC isquêmico manifestado por lateralização do tronco para o lado esquerdo (lesado).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que a D.M adquira equilíbrio para satisfazer as NHF, dentro dos seus limites, em segurança; - Que a D.M não apresente nenhuma queda durante o processo de reabilitação; - Que a D.M se torne o mais autónoma possível a nível das transferências; - Que a D.M possa iniciar a marcha, em segurança. 	<p>de pé com <i>Standing-frame</i>, diariamente;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proceder à correção postural da D.M em frente ao espelho quadriculado de forma a melhorar o seu equilíbrio dinâmico em pé; -Corrigir e manter o alinhamento corporal; - Treinar o equilíbrio e fortalecimento muscular utilizando a barra da cama como suporte de apoio (exercer carga nos MI's alternadamente, dando mais incidência no MIE e fazendo agachamentos tendo em conta as potencialidades da D.M); - Incentivar a D.M a endireitar o tronco e o pescoço, nas posições de pé e sentada para recuperar o tónus e a postura corporal; - Ensinar e treinar as transferências da cama para a cadeira de rodas e vice- 	<p>de marcha do quarto à casa de banho (20m) com auxílio de pirâmide de base estreita (Tripé) e supervisão.</p> <p>Efetua espontaneamente correção postural em frente ao espelho quadriculado.</p> <p>Realiza transferências do leito (posição sentada) para a cadeira sanitária e desta para a cadeira de rodas com ajuda mínima com contato (MIF de 4).</p> <p>A D.M reconhece o risco de queda, apesar de ter diminuído o índice (40 na Escala de Morse). Revelou - se cuidadosa em termos de segurança (travar sempre a cadeira antes das</p>
--	--	---	---

		<p>versa;</p> <ul style="list-style-type: none">- Supervisionar as transferências, incentivando a D.M a fazer carga no lado esquerdo;- Ensinar e incentivar a realização de atividades terapêuticas (rolar na cama, fazer a ponte, fazer a rotação controlada da anca) para reeducar o reflexo postural do hemicorpo esquerdo e estimular a sensibilidade postural;- Efetuar diariamente mobilizações (ativas e/ou passivas consoante a força muscular que a D.M apresenta em cada articulação) em todos segmentos corporais, pois permite exercitar os mecanismos de reflexo postural e melhorar o equilíbrio;- Encorajar e reforçar positivamente a D.M, constatando os progressos realizados e estimular a sua	<p>transferências, pedir supervisão aquando as transferências, executando as transferências cuidadosamente).</p>
--	--	--	--

		<p>continuidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fazer estudo sobre o produto de apoio apropriado para iniciar a marcha. 	
<p>Alteração da satisfação das NHF relacionada com hemiparésia à esquerda de predomínio braqueal consequente da lesão neurológica decorrente do AVC isquémico manifestada por dependência funcional ao nível:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estar limpo e cuidado, e proteger os seus tegumentos; - Vestir e despir-se. 	<ul style="list-style-type: none"> - Que a D.M seja o mais autónoma possível na satisfação das suas NHF; - Que a D.M melhor a funcionalidade nestas tarefas, auxiliada por produtos de apoio necessários; - Que a D.M mantenha a motivação, sentimento de ser útil e autónoma, aumentando a sua auto estima. 	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir tempo extra e promover ambiente relaxante para que a D.M consiga satisfazer as NHF, tendo em conta as suas capacidades; - Fazer treino diário dos cuidados de higiene, higiene oral, pentear, colocar creme no rosto, vestir-se e despir-se e calçar-se, estimulando a D.M a estar concentrada no processo e passos a desenvolver; - Incentivar a participação da D.M em todos os procedimentos de forma a proporcionar treino de motricidade fina, da preensão e de equilíbrio; - Corrigir e fornecer, verbalmente e/ou exemplificando, informações sobre a forma mais simples e adequada de 	<p>A D.M durante o banho e vestir-se necessita de ajuda mínima e preparação do material essencial. Consegue lavar a superfície corporal, exceto o MSD, face posterior do tronco e pés, veste a metade superior sem grande dificuldade, no entanto, a metade inferior é mais difícil porque não consegue fletir suficientemente o tronco para vestir as calças, tem a mesma dificuldade para se calçar, embora use a técnica da perna cruzada.</p>

		<p>realizar a tarefa;</p> <ul style="list-style-type: none">- Auxiliar a D.M apenas nas tarefas que maior dificuldade, tais como: lavar a região dorsal, lavar os pés, vestir da cintura para baixo e calçar-se;- Adaptar estratégias que facilitem a tarefa, por exemplo: fletir a perna lesada sobre a perna não lesada, em posição de sentada, para calçar as meias e sapatos;- Avaliar a necessidade de Produtos de Apoio (cadeira rotativa, cadeira sanitária, estrado de banheira, barras de apoio na casa de banho, tapete anti-derrapante, escova ou esponja de cabo comprido, dispositivo em “S”, alcançador de objetos, dispositivo “molas roupa”, calçadeira de cabo longo, dispositivo para calçar meias, estrado para colocar no chão);	<p>A utente despe-se, realiza higiene oral e penteia-se autonomamente.</p> <p>No domicílio, a utente tem casa de banho com banheira. Após avaliação das restrições arquitetónicas e das capacidades da D.M, concluiu-se que o produto de apoio mais adequado para tomar banho em segurança seria a cadeira de banho rotativa.</p> <p>Constatou-se um aumento de independência funcional a nível da satisfação das NHF (apêndice I).</p>
--	--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar e reforçar positivamente a D.M, constatando os progressos efectuados e estimular a sua continuidade. 	
<p>Alteração da satisfação das NHF relacionada com hemiparésia à esquerda de domínio braqueal consequente da lesão neurológica decorrente do AVC isquémico manifestada por dependência funcional ao nível:</p> <p>- Beber e Comer</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que a D.M seja o mais autónoma possível na satisfação desta NHF; - Que a D.M melhor a funcionalidade nesta tarefa, auxiliada por produtos de apoio necessários; - Que a D.M mantenha a motivação, sentimento de ser útil e autónoma, aumentando a sua auto estima. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar um momento de refeição calmo e tranquilo; - Providenciar uma superfície estável para a refeição; - Respeitar a lentificação da D.M na execução da tarefa; - Abordar sempre que possível a D.M pelo lado hemiplégico, promovendo assim a facilitação cruzada; - Prevenir acidentes (proporcionar alimentos a temperaturas tépidas); - Preparar os alimentos (cortar os alimentos, retirar espinhas e descascar fruta); - Avaliar a necessidade de Produtos de Apoio (rebordo para prato, punhos ou 	<p>A D.M mantém necessidade de supervisão e preparação dos alimentos (cortar os alimentos, retirar espinhas e descascar fruta), MIF de 5.</p> <p>Em termos de produto de apoio foi implementado a utilização de um rebordo para prato que se tomou muito eficaz, facilitando a tarefa.</p> <p>A D.M empenha-se continuamente na aquisição de autonomia, implementando estratégias personalizadas.</p>

		<p>tubos para engrossar o cabo dos talheres, suporte de mão ou punho para talheres e copo com bebedouro e/ou pega);</p> <p>- Encorajar e reforçar positivamente a D.M, constatando os progressos efectuados e estimular a sua continuidade.</p>	
<p>Alteração na capacidade de utilização da sanita relacionada com diminuição da força muscular e equilíbrio dinâmico de pé ineficaz.</p>	<p>- Que a D.M mantenha o seu padrão habitual de eliminação;</p> <p>- Que a D.M se torne o mais autónoma possível na transferência para a sanita;</p> <p>- Que a D.M tenha uma participação ativa nesta tarefa, auxiliada por produtos de apoio necessários;</p>	<p>- Conhecer os hábitos de eliminação anteriores e mantê-los dentro das suas possibilidades;</p> <p>- Ensino, treino e supervisão da técnica de transferência da cadeira de rodas para a sanita e vice-versa;</p> <p>- Avaliar a necessidade de produtos de apoio (alteador de sanita, barras de apoio na sanita fixas ou articuladas);</p> <p>- Treino da utilização da sanita com varão articulado.</p>	<p>Com o aumento da força muscular que se verificou (apêndice II), o equilíbrio dinâmico também melhorou permitindo à D.M necessitar apenas de ajuda mínima na satisfação desta NHF.</p> <p>Constatou-se que a D.M precisa de um varão para fazer a transferência da cadeira de rodas para a sanita com maior segurança.</p>

			Como o espaço físico que a utente tem na casa de banho do domicílio é limitado, foi aconselhado um varão articulado.
Alteração da atenção hemiespacial seletiva relacionada com status pós AVC isquémico manifestada por negligência do hemicorpo esquerdo, especialmente do MSE durante as transferências.	<ul style="list-style-type: none"> - Que a D.M readquirir sensibilidade superficial e proprioceptiva; - Que a D.M reintegre o seu esquema corporal; - Que a D.M não adquira lesões no hemicorpo esquerdo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Abordar a D.M sempre pelo lado esquerdo, de modo a evitar negligência do mesmo; - Colocar a mesa-de-cabeceira do lado esquerdo da cama; - Incentivar a D.M a olhar e a tocar o lado esquerdo do corpo para a consciencializar da sua existência; - Alertar a D.M para ter atenção à posição e segurança do hemicorpo esquerdo; - Vigiar o hemicorpo esquerdo quanto a possíveis lesões e/ou alterações cutâneas e promover o ensino de auto-vigilância; 	Ao longo do internamento a D.M tem apresentado melhoria do <i>neglect</i> relativamente ao hemicorpo esquerdo (lesado), apresenta sentido crítico face a este verbalizando “este braço está preguiçoso...”, e integra-o na sua imagem corporal. Para isso adoptou a estratégia de verbalizar ordens relativamente ao hemicorpo esquerdo de forma a este ter uma participação nas

		<ul style="list-style-type: none">- Ensinar e incentivar a realização de exercícios de auto-mobilização mantendo o MSE em padrão anti-espástico, manter os dedos da mão em extensão e abdução, fazer extensão do cotovelo e elevação da articulação escapulo-umeral. Estes exercícios ajudam a tomar consciência do hemicorpo esquerdo;- Realizar e ensinar outras actividades terapêuticas (facilitação cruzada, rolar na cama, fazer a ponte, efectuar carga no cotovelo), estas permitem reintegrar o esquema corporal e estimulam a sensibilidade do hemicorpo esquerdo;- Mobilizar diariamente os segmentos articulares (ombro, cotovelo, coxo-femural e joelho com mobilizações ativas assistidas; antebraço, punho, tibio-társica e dedos dos pés e das	<p>tarefas.</p> <p>Aquando das transferências a D.M auxilia o MSE e MIE com a mão direita para facilitar a mobilização.</p>
--	--	--	---

		mãos com mobilizações passivas) para estimular a sensibilidade proprioceptiva e readquirir o esquema corporal.	
Alteração da sensibilidade superficial e profunda do hemicorpo esquerdo relacionada com a lesão neurológica decorrente do AVC isquémico.	<ul style="list-style-type: none"> - Que a D.M readquira sensibilidade superficial e proprioceptiva. - Que a D.M não adquira lesões no hemicorpo esquerdo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar a sensibilidade superficial e profunda; - Estimular a sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa) e sensibilidade proprioceptiva (postura e vibratória); - Posicionar os vários decúbitos contrariando o padrão espástico; - Estimular a D.M a visualizar atentamente os exercícios realizados e a estar concentrada no seu movimento de forma a promover o engrama motor e a estimular a propriocepção do esquema corporal no padrão mental; - Executar o programa de exercícios personalizados para a D.M através de 	<p>Ao nível da sensibilidade superficial do hemicorpo esquerdo a D.M apresenta hipoestesia tátil e térmica e hipoalgesia.</p> <p>Relativamente à sensibilidade profunda do hemicorpo supra-citado mantém diminuição da sensibilidade postural e hipopalestesia.</p>

		<p>movimentos passivos, ativos, ativos assistidos para a manutenção da amplitude e mobilidade articular, estimulação da sensibilidade superficial e profunda e aumento da força muscular;</p> <ul style="list-style-type: none">- Avaliar a dor provocada pela mobilização;- Incentivar a D.M a estimular o hemicorpo esquerdo através da palpação e massagem desse hemicorpo com a mão direita;- Ensinar, treinar, supervisionar e incentivar a realização de atividades terapêuticas (rolar na cama, facilitação cruzada, fazer a ponte, efetuar carga no cotovelo), estas estimulam a sensibilidade do hemicorpo esquerdo.	
--	--	---	--

<p>Risco potencial de ocorrência de novo AVC relacionado com hábitos alimentares desadequados manifestado por obesidade (IMC = 36.48).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que a D.M consiga diminuir o risco potencial de ocorrência de AVC; - Que a D.M adquira um padrão de alimentação e hidratação adequado às suas necessidades; - Que a D.M diminua o IMC. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar o peso da D.M de 8 em 8 dias; - Providenciar com a dietista uma dieta hipocalórica e hipossódica; - Explicar à D.M que manter excesso de peso aumenta a probabilidade de ter o terceiro AVC; - Fazer ensinios sobre alimentação saudável: <ul style="list-style-type: none"> • Evitar estar sem comer mais do que 3 horas; • Mastigar bem os alimentos e comer devagar; • Beber cerca de 1,5l de água por dia; • Preferir alimentos ricos em fibra; • Dar preferência a vegetais frescos, legumes e frutas; • Evitar comer doces e refrigerantes; 	<p>Apesar das tentativas para que a D.M perdesse peso, estas não foram eficazes pois a utente aumentou o seu peso em 2kg durante o internamento.</p>
--	--	---	--

4. CONCLUSÃO

A realização deste trabalho contribuiu para a construção e consolidação de uma base de conhecimentos inerentes à disciplina de Neurologia, quer a nível prático, quer a nível teórico, proporcionando uma orientação para a prestação de cuidados de reabilitação, de forma holística e baseada na evidência científica.

Assim permitiu-me desenvolver competências e capacidades, que são fundamentais para poder enfrentar situações da prática quotidiana do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Um Programa de Reabilitação, visa maximizar a autonomia da pessoa na funcionalidade, preparando-o para o regresso a casa o mais independente possível. É fulcral que cada intervenção seja personalizada e adequada às prioridades/necessidades de cada pessoa.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Avaliação da Independência Funcional

Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)

CATEGORIAS		Score a 14/10	Score a 14/11
AUTO-CUIDADO			
A	Alimentação	5	5
B	Higiene Pessoal	4	4
C	Banho (lavar o corpo)	3	4
D	Vestir metade superior	3	4
E	Vestir metade inferior	2	4
F	Utilização da sanita	4	4
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES			
G	Controlo vesical	6	6
H	Controlo intestinal	6	6
MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIAS			
I	Leito, cadeira, cadeira de rodas	3	4
J	Sanita	3	4
K	Banheira e duche	3	4
LOCOMOÇÃO			
L	Marcha / Cadeira de rodas	3	4
M	Escadas	1	2
COMUNICAÇÃO			
N	Compreensão	7	7
O	Expressão	5	6
COGNITIVO SOCIAL			
P	Interacção social	5	6
Q	Resolução de problemas	5	6
R	Memória	5	6
	TOTAL	69	86

APÊNDICE II – Avaliação da força muscular

Avaliação da força muscular segundo a Escala *Medical Research Council*

SEGMENTOS	MOVIMENTOS	FORÇA a 14/10	FORÇA a 14/11
MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO			
Escapulo- umeral	Flexão	1/5	2/5
	Extensão	1/5	2/5
	Adução	1/5	1/5
	Abdução	1/5	2/5
	Rotação interna	0/5	0/5
	Rotação externa	0/5	0/5
Cotovelo	Flexão	2/5	3/5
	Extensão	1/5	1/5
Antebraço	Pronação	0/5	0/5
	Supinação	0/5	0/5
Punho	Flexão palmar	0/5	0/5
	Dorsi-flexão	0/5	0/5
	Desvio radial	0/5	0/5
	Desvio cubital	0/5	0/5
	Circundação	0/5	0/5
Dedos	Flexão	0/5	0/5
	Extensão	0/5	0/5
	Adução	0/5	0/5
	Abdução	0/5	0/5
	Circundação	0/5	0/5
	Oponência do polegar	0/5	0/5
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO			
Coxo- Femural	Flexão	3/5	4/5
	Extensão	3/5	4/5
	Adução	3/5	4/5
	Abdução	3/5	4/5
	Rotação interna	0/5	1/5
	Rotação externa	0/5	1/5

Joelho	Flexão	3/5	4/5
	Extensão	2/5	3/5
Tíbio-Tarsica	Flexão plantar	1/5	1/5
	Flexão dorsal	0/5	1/5
	Inversão	0/5	1/5
	Eversão	0/5	1/5
Dedos	Flexão	0/5	1/5
	Extensão	0/5	1/5
	Adução	0/5	1/5
	Abdução	0/5	1/5

APÊNDICE III
Caraterização da Equipa de Cuidados Continuados
Integrados

2. CARATERIZAÇÃO DA ECCI INTEGRADA NO ACES DO DISTRITO DE LISBOA, ONDE DECORREU O ENSINO CLINICO.

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) está associada à Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e faz parte do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa Ocidental, abrangendo uma vasta área populacional.

Esta equipa tem como objetivos: contribuir para a melhor qualidade de vida do utente/família em situações de dependência, apoiar e desenvolver o autocuidado em ambiente familiar, colaborar de forma ativa na recuperação do utente promovendo a sua autonomia e prevenindo complicações, articulando com os outros serviços existentes na comunidade.

Os utentes chegam à equipa através da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), tendo como critérios: serem dependentes para a realização das atividades de vida diárias, terem alta recente de internamento hospitalar ou de outra unidade de saúde, necessitarem de cuidados diferenciados prestados no domicílio e/ou carecerem de cuidados em fim de vida.

A equipa possui uma bolsa de 25 utentes e as patologias mais frequentes são: neoplasias diversas, Esclerose Múltipla, Esclerose Lateral Amiotrófica, Acidente Vascular Cerebral (AVC), politraumatizados, fraturas (maioritariamente dos membros inferiores) e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC).

A ECCI é constituída pela Enfermeira coordenadora da equipa (Pós Graduada em Cuidados Paliativos), 2 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (uma enfermeira também Pós Graduada em Cuidados Paliativos), e 2 Enfermeiros generalistas. Conta também, com colaboração de apoio Médico, Psicóloga e Assistente social da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

Cada enfermeiro é gestor de caso de 6 ou 7 utentes, sendo atribuídos tendo em conta o seu quadro clínico e necessidades, sendo que, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação ficam prioritariamente com utentes que beneficiem de programa de reabilitação. Habitualmente as visitas domiciliárias são efetuadas 3 a 4 vezes/semana, no entanto, devido ao quadro clínico de alguns utentes ser instável e a família/cuidador informal precisar de maior apoio, alguns utentes são visitados diariamente ou mais que uma vez/dia. Nesta equipa, o enfermeiro, por um

lado, procura maximizar a funcionalidade e independência na satisfação das necessidades humanas básicas, por outro lado, cuida de utentes em fim de vida, promovendo uma morte serena (no âmbito de cuidados paliativos).

APÊNDICE IV
Plano de Cuidados II - Equipa de Cuidados
Continuados Integrados



6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Florbela Duarte Gomes

Nº 6108

Docente Orientador: Prof. Miguel Serra

Enfermeiro Orientador: Enf. C. M.

Lisboa

Fevereiro 2016

LISTA SIGLAS

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados integrados

MI – Membro Inferior

NHF – Necessidade Humana Fundamental

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. CASO CLÍNICO	5
1.1- IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE	5
1.2- ANTECEDENTES FAMILIARES.....	6
1.3- ANTECEDENTES PESSOAIS	6
1.4- DIAGNÓSTICOS NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR	6
1.5- HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL	7
1.6- MOTIVO DO INTERNAMENTO	7
2. AVALIAÇÃO INICIAL PELO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	8
2.1- EXAME DA FUNÇÃO NEUROLÓGICA	8
2.2- AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA E FUNÇÃO CARDÍACA	13
2.3- AVALIAÇÃO FUNCIONAL / NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA	14
3. PLANOS DE CUIDADOS	15
4. CONCLUSÃO	29

INTRODUÇÃO

Este plano de cuidados consiste numa descrição detalhada de uma situação real, elaborada em torno de uma problemática merecedora de reflexão, possibilitando a análise e partilha de experiências no grupo que o discute. A finalidade deste trabalho é o desenvolvimento da capacidade de análise da situação clínica relatada, com ênfase na avaliação das necessidades alteradas, intervenção na pessoa e avaliação dos resultados obtidos, construindo o conhecimento no sentido da melhoria contínua da prática clínica.

A metodologia utilizada para a elaboração deste trabalho consistiu numa pesquisa bibliográfica, consulta do processo clínico do utente, e acompanhamento do utente durante o período de estágio.

Na primeira parte deste trabalho é feita a apresentação do utente e da sua situação clínica, e de seguida é apresentado o plano de cuidados com a avaliação inicial, diagnóstico e intervenções de enfermagem e avaliação final.

Finalizo este trabalho com uma breve conclusão, onde são feitas algumas elações deste momento de aprendizagem.

5. CASO CLINICO

O Sr. Manuel (nome fíctio) foi vítima de acidente de viação automóvel a 17/12/2013, com impato frontal e duas vítimas mortais. Foi socorrido pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e no local do acidente estava lúcido e orientado instalando-se depressão progressiva do estado de consciência.

Observado no Hospital de Portalegre onde permaneceu até 17/01/2014, data em que foi transferido de helicóptero sob sedação e curarização para o Hospital de S. José. Posteriormente transferido para Hospital Curry Cabral – Serviço de Ortopedia, estando internado até 04/03/2015 devido a politraumatismos graves.

Durante o internamento foi submetido a múltiplas cirurgias pela ortopedia, cirurgia geral e cirurgia plástica, num total de 26 intervenções. Desenvolveu múltiplas infeções e quadro de insuficiência renal aguda por toxicidade a Gentamicina.

1.2. Identificação do doente

Sr. Manuel, género masculino, 81 anos de idade, natural de Goa-India, reformado da profissão de Técnico de *Marketing*.

Reside num segundo andar de um prédio sem elevador, numa casa de quatro assoalhadas com pouco espaço livre, ou seja, espaço físico limitativo à circulação de cadeira de rodas.

Vive com a esposa, D. Luísa (nome fíctio), de 73 anos, reformada e com uma filha de 44 anos, solteira e sem filhos, advogada de profissão, exercendo a atividade em *part-time*. Tem outro filho que vive na Venezuela e apoia a família dentro das suas capacidades. Contam, também, com o apoio de uma cunhada, irmã gémea da esposa.

Possui apoio domiciliário, para cuidados de higiene e transferências (cama-sofá / sofá-cama), duas vezes por dia, cinco dias por semana. Ao fim de semana estes cuidados são assegurados pela esposa, cuidadora principal, com a colaboração da filha.

Apresenta boa relação familiar e estrutura de apoio familiar adequada.

5.2. Antecedentes familiares

Desconhecidos.

5.3. Antecedentes pessoais

Até à data do acidente o Sr. Manuel era autónomo e sem antecedentes pessoais.

5.4. Diagnósticos no momento da alta hospitalar

- Politraumatizado grave;
- Choque hipovolémico;
- Traumatismo abdominal fechado com laceração grau III do lobo direito do fígado com hemoperitoneo;
- Hematoma epicraneano frontal esquerdo;
- Fraturas múltiplas da face:
 - Fratura dos ossos maxilar, malar, nasal e septo nasal;
 - Parede interna e externa da orbita esquerda com espícula sobre o médio reto lateral;
- Fratura de vários membros:
 - Membro inferior esquerdo – fratura transtrocantérica, fratura do terço distal do fémur, fratura dos planaltos tibiais e fratura do calcâneo;
 - Membro inferior direito – fratura cominutiva supra e intercondiliana do fémur, fratura dos planaltos tibiais e fratura do terço distal dos ossos da perna (fratura exposta);
 - Membro superior direito – fratura do olecrâneo;
- Múltiplas feridas e esfacelos.

5.5. História da doença atual

Sr. Manuel apresenta-se lúcido, consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa. Com discurso coerente e perceptível. Encontra-se totalmente dependente na satisfação das NHF, não apresentando potencial de marcha. Não faz dorsiflexão ativa dos pés por destruição das locas musculares dos mesmos e apresenta rigidez articular a nível do cotovelo direito. Mantem fixador externo na fratura tibial do membro inferior direito.

Sem dor em repouso, no entanto, á mobilização apresenta dor de intensidade 3 na Escala Numérica. Faz analgesia em SOS.

O utente revela um baixo risco de úlceras de pressão, 16 na Escala de *Braden*. Apresenta-se sem risco de queda, 10 na Escala de *Morse*.

Apresenta *score* de 20 na Escala de *Barthel*.

O Sr. Manuel tem consciência da sua situação clinica, revelando-se colaborante, dentro das suas capacidades, no Programa de Reabilitação Motora.

5.6. Motivo do internamento

O Sr. Manuel foi referenciado para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) para manutenção do tónus e amplitudes articulares, manutenção e aumento da força muscular, manutenção da parte respiratória e prevenção de úlceras de pressão.

Como produto de apoio possui um dispositivo improvisado que consiste no assento de uma cadeira de praia, sendo este, utilizado com eficácia para que a roupa não fique presa no fixador externo que possui no membro inferior direito.

Além disso, possui cadeira sanitária, cadeira de rodas, almofada de espuma, ortótese do punho direito e urinol. Estes produtos de apoio foram comprados pelo Sr. Manuel que pretende ser reembolsado pela seguradora do culpado pelo acidente, no entanto, a companhia de seguros não reconhece a responsabilidade e, por isso, decorre um processo judicial que se prevê que seja longo.

2. AVALIAÇÃO INICIAL PELO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO (07/12/2015)

2.1. Exame da Função Neurológica

Estado de consciência

Sem alteração, apresenta score de 15 na Escala de *Glasgow*.

Estado de orientação

Autopsíquica mantida, menciona o nome, idade e profissão prontamente e de forma acertada. Relativamente à orientação alopsíquica, apresenta orientação espacial, no entanto, constata-se períodos de confusão temporal.

Atenção

Vigilância, concentração e tenacidade sem alterações.

Memória

Não apresenta compromisso da memória.

Linguagem

Apresenta discurso espontâneo e fluente com linguagem elaborada. A compreensão, a capacidade de nomeação e de repetição estão mantidas.

Apresenta capacidade de leitura sem alterações. No entanto, a escrita, está muito comprometida, pois o Sr. Manuel é destro e apresenta rigidez articular a nível no cotovelo direito que o impossibilita de escrever. Apesar do incentivo para aprender a escrever com a mão esquerda, não se tem verificado progressos por falta de motivação do utente.

Capacidades práticas

Apresenta força, sensibilidade e coordenação mantidas, no entanto, há movimentos que não consegue executar por diminuição da amplitude articular mais acentuada a nível do MSD.

Pares cranianos

I par – Olfacto

Pedi ao Sr. M para, de olhos fechados, cheirar café e tabaco numa narina de cada vez. Identificou os aromas sem hesitar.

II par – Ótico

Pedi ao Sr. M. para fechar um olho de cada vez e dizer quantos dedos via. Foi testado a várias distâncias e campos visuais. Não se verificaram alterações.

III par – Motor ocular comum / IV – Patético / V – Motor ocular externo

Feita avaliação deste par craniano no meio ambiente escuro em que foi aplicado um foco de luz do canto externo para o canto interno de cada olho e verificou-se pupilas isocóricas e reativas à luz. Não apresenta nistagmo nem ptose palpebral. O utente segue o dedo quando se executa movimentos simples em forma de H.

V par – Trigémio

Feito o teste passando algodão nas três divisões do nervo (Oftálmico, Maxilar e Mandibular), enquanto o utente mantinha os olhos fechados. Não se registaram alterações da sensibilidade.

Apresenta reflexo córneo-palpebral bilateral, pestanejou quando sentiu o toque do fio de algodão na córnea.

O Sr. M. apresenta movimentos mastigatórios simétricos e capacidade de fechar e mover a mandíbula bilateralmente.

VII par – Facial

Pedi ao Sr. M. para sorrir e franzir o sobrolho fechando as pálpebras, verificando-se simetria facial.

Também conseguiu facilmente reconhecer sabores (açúcar, sal e limão) de olhos fechados.

VIII par – Acústico

Com os olhos fechados o Sr. M. conseguiu identificar o som do relógio bilateralmente.

A pesquisa de equilíbrio estático e dinâmico só foi possível avaliar na posição de sentado. Revelou equilíbrio eficaz, verificando-se apenas uma pequena oscilação do tronco.

IX par – Glossofaringeo

Com os olhos fechados o Sr. M. conseguiu identificar os sabores de açúcar, sal e limão no terço posterior da língua.

X par – Vago

Com uma espátula de madeira foi feita pesquisa do reflexo de vômito que está presente. Não apresenta alteração do tom de voz.

XI par – Espinhal

No músculo esternocleidomastóideu e trapézio apresenta força de 5/5 na Escala de *Medical Research Council*, bilateralmente.

XII par – Grande Hipoglosso

Sem desvio da úvula e sem desvio e/ou tremores da língua. O Sr. M conseguiu realizar todos os movimentos que lhe foram pedidos com a língua.

Motricidade

Força muscular

Avaliada a força muscular, segundo a Escala de *Medical Research Council*, dos segmentos distais para os proximais.

A tabela seguinte mostra a força muscular que o sr. Manuel apresenta em cada segmento articular.

SEGMENTOS	MOVIMENTOS	AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR			
		07/12		12/02	
MEMBRO SUPERIOR		ESQ.	DIR.	ESQ.	DIR.
Escapulo- umeral	Flexão	5/5	4/5	5/5	5/5
	Extensão	5/5	4/5	5/5	5/5
	Adução	5/5	4/5	5/5	5/5
	Abdução	5/5	4/5	5/5	5/5
	Rotação interna	5/5	4/5	5/5	5/5
	Rotação externa	5/5	4/5	5/5	5/5
Cotovelo	Flexão	5/5	0/5	5/5	0/5
	Extensão	5/5	0/5	5/5	0/5
Antebraço	Pronação	5/5	0/5	5/5	0/5
	Supinação	5/5	0/5	5/5	0/5
Punho	Flexão palmar	5/5	0/5	5/5	0/5
	Dorsi-flexão	5/5	0/5	5/5	0/5
	Desvio radial	5/5	0/5	5/5	0/5
	Desvio cubital	5/5	0/5	5/5	0/5
	Circundação	5/5	0/5	5/5	0/5
Dedos	Flexão	5/5	0/5	5/5	1/5
	Extensão	5/5	0/5	5/5	1/5
	Adução	5/5	0/5	5/5	0/5
	Abdução	5/5	0/5	5/5	0/5
	Circundação	5/5	0/5	5/5	0/5
	Oponência do polegar	5/5	0/5	5/5	1/5
MEMBRO INFERIOR		ESQ.	DIR.	ESQ.	DIR.
Coxo- Femural	Flexão	4/5	4/5	5/5	5/5
	Extensão	4/5	4/5	5/5	5/5
	Adução	4/5	4/5	5/5	5/5
	Abdução	4/5	4/5	5/5	5/5
	Rotação interna	4/5	4/5	5/5	5/5
	Rotação externa	4/5	4/5	5/5	5/5

Joelho	Flexão	1/5	1/5	2/5	2/5
	Extensão	1/5	1/5	2/5	2/5
Tíbio-Tarsica	Flexão plantar	0/5	0/5	0/5	0/5
	Flexão dorsal	0/5	0/5	0/5	0/5
	Inversão	0/5	0/5	0/5	0/5
	Eversão	0/5	0/5	0/5	0/5
Dedos	Flexão	1/5	1/5	1/5	1/5
	Extensão	1/5	1/5	1/5	1/5
	Adução	1/5	1/5	1/5	1/5
	Abdução	1/5	1/5	1/5	1/5

Tónus muscular

Avaliado o grau de espasticidade que o Sr. Manuel apresenta através da Escala Modificada de *Ashworth*.

No membro superior esquerdo, na articulação escapulo-umeral direita e no segmento coxo-femural bilateral não apresenta aumento do tónus muscular. Verifica-se *score* de 3 na articulação do punho direito, nos joelhos e dedos dos pés bilateralmente. No cotovelo, antebraço, dedos da mão direitos apresenta *score* de 4, tal como, na articulação tibiotársica bilateralmente.

Coordenação motora

O Sr. Manuel demonstra *taxia* a nível dos movimentos que consegue executar.

Sensibilidade

O Sr. Manuel apresenta a sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa) e a sensibilidade profunda (postural e vibratória) sem aparentes alterações.

Equilíbrio

Na posição de sentado, o Sr. Manuel apresenta equilíbrio estático e dinâmico sem alterações. O equilíbrio na posição ortostática não foi possível avaliar porque o utente não tem capacidade motora para se manter de pé sozinho.

Marcha

O Sr. Manuel não tem potencial de marcha, apresenta rigidez da articulação tibio-társica bilateral. Permanece longos períodos sentado no sofá a ver televisão.

2.2. Avaliação da Função Respiratória e Função Cardíaca

O Sr. Manuel apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas. Eupneico, com saturação periférica de O₂ de 98% e frequência respiratória que oscila entre 15 e 17 ciclos/minuto. Respiração com amplitude normal, predominantemente toraco-abdominal. Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido sem resíduos adventícios bilateralmente.

Sem tosse e/ou secreções.

Auscultação cardíaca com sons puros. Tensão arterial de 120/70 mmHg e frequência cardíaca de 68 batimentos/minuto. Sem edemas.

O Sr. Manuel foi fumador durante cerca de 30 anos, fumava cerca de um maço de cigarros por dia. Deixou de fumar à 18 anos.

2.3. Avaliação Funcional / Nível de Independência

Escala de *Barthel*

ATIVIDADE	Score	
	07/12	12/02
HIGIENE PESSOAL 0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	0	0
EVACUAR 0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Contigente (não apresenta episódios de incontinência)	5	5
URINAR 0 = Incontinente ou algaliado 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 = Contigente (por mais de 7 dias)	5	5
IR À CASA DE BANHO (USO DE SANITÁRIO) 0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	0	0
ALIMENTAR-SE 0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (a comida é providenciada)	5	5
TRANSFERÊNCIAS (CADEIRA /CAMA)	5	5

<p>0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se</p> <p>5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se</p> <p>10 = Pequena ajuda (verbal ou física)</p> <p>15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)</p>		
<p>MOBILIDADE (DEAMBULAÇÃO)</p> <p>0 = Imobilizado</p> <p>5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.</p> <p>10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)</p> <p>15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)</p>	0	0
<p>VESTIR-SE</p> <p>0 = Dependente</p> <p>5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda</p> <p>10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)</p>	0	0
<p>ESCADAS</p> <p>0 = Incapaz</p> <p>5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão</p> <p>10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala.</p>	0	0
<p>BANHO</p> <p>0 = Dependente</p> <p>5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)</p>	0	0
TOTAL	20	20

3. PLANO DE CUIDADOS

Diagnósticos de enfermagem	Objetivos	Intervenções de enfermagem	Avaliação (12/02)
<p>Alteração do padrão normal de mobilidade relacionado com as sequelas dos politraumatismos manifestada por diminuição da força muscular e diminuição das amplitudes articulares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Preservar e/ou aumentar as amplitudes articulares; - Aumentar a força muscular global para que o Sr. M. se torne mais autónomo na mobilidade; - Melhorar a função motora dos membros inferiores e superiores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a força muscular através da Escala de <i>Medical Research Council</i>; - Avaliar o tónus muscular segundo a Escala Modificada de <i>Ashworth</i>; - Explicar ao Sr. M. a importância do programa de reabilitação sensório-motor; - Definir com o Sr. M. objetivos e prioridades na promoção da sua autonomia, e delinear estratégias exequíveis para os obter; - Pedir, diariamente, a colaboração do Sr. M. com a finalidade de o responsabilizar pela sua recuperação; - Proporcionar um ambiente calmo e seguro; - Manter o alinhamento corporal; - Avaliar sinais vitais antes de iniciar as mobilizações; - Avaliar a dor durante as mobilizações; - Controlar eficazmente a dor; 	<p>Inicialmente o Sr. M. demonstrou interesse e colaboração no Programa de Reabilitação estabelecido. Apesar disso, cedo se percebeu que o utente era pouco proativo e necessitava de incentivo para realizar os exercícios. Os primeiros contatos foram efetuados de manhã, aquando o utente já se encontrava no sofá a ver televisão e não se concentrava nos exercícios e nem aceitava desligar o</p>

		<p>- Mobilizar, a cada contato, os segmentos corporais, respeitando os limites articulares e a tolerância do Sr. M.:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mobilizações passivas: nos dedos da mão, punho, antebraço, cotovelo direito, articulação tibiotársica e dedos dos pés de ambos os MI;• Mobilizações ativas assistidas a nível dos joelhos;• Mobilização ativa da articulação escapulo-umeral bilateralmente;• Mobilizações ativas resistidas: nos dedos da mão, punho, antebraço e cotovelo esquerdos e articulação coxo-femural bilateral. <p>- Estimular, constantemente, o Sr. M. a concentrar-se nos exercícios, visualizando o movimento realizado;</p> <p>- Incentivar, diariamente, a colaboração do Sr. M. tendo em conta a força muscular, amplitude articular e tolerância que possui em cada segmento articular;</p> <p>- Ensinar, instruir e treinar o Sr. M. a realizar</p>	<p>televisor. Passamos a efetuar a visita ao final da tarde quando o utente já se encontrava no leito, e sem distrações era mais participativo e empenhado no processo de reabilitação. No entanto, evidenciou maior grau de envolvimento quando os exercícios estavam implícitos na satisfação das NHF, pois reconheceu nos mesmos a aquisição de competências para garantir a sua autonomia. Quanto aos exercícios de automobilizações sugeridos, nem sempre os executava referindo que não tinha</p>
--	--	--	---

		<p>exercícios de auto-mobilizações:</p> <ul style="list-style-type: none">• Segurando uma almofada com as duas mãos, fazer flexão/extensão do cotovelo, flexão/extensão, elevação/depressão e rotação interna e externa da articulação escapulo-umeral;• Segurando uma bola de ping-pong com as duas mãos e tentando fechar a mão direita sobre a bola;• Com uma faixa elástica, fazer adução/abdução do ombro. <p>- Supervisionar e incentivar a execução dos exercícios de automobilizações ensinados;</p> <p>- Estimular, a cada contato, o Sr. M. a realizar exercícios de fortalecimento muscular das coxas e glúteos com exercícios isométricos e exercícios ativos (em decúbito dorsal fazer a ponte, elevando a pélvis e mantendo por alguns instantes);</p> <p>- Realizar e ensinar outras atividades terapêuticas (rolar na cama, rotação controlada da anca e carga</p>	<p>paciência e disposição para os realizar. Reforçados ensinamentos à cuidadora informal e salientada a importância da realização regular dos exercícios.</p> <p>Na articulação escapulo-umeral esquerda apresentou dor e resistência na abdução na amplitude de 90°, sendo administrado analgesia prescrita em SOS, que surtiu efeito. Ao longo do processo de reabilitação a dor foi desaparecendo.</p> <p>Progressivamente verificou-se um aumento da força muscular a nível da articulação escapulo-umeral</p>
--	--	--	--

		<p>no cotovelo) integrando-as na satisfação das NHF;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar, instruir e treinar a cuidadora informal sobre as auto-mobilizações e pedir a sua colaboração para incentivar o Sr. M. a realizar os exercícios; - Associar sempre os exercícios supra-citados com a dissociação dos tempos respiratórios; - Encorajar e reforçar positivamente o Sr. M. constatando os progressos realizados e estimular a sua continuidade; 	<p>direita e segmento coxo-femural de ambos os lados, que passou de grau 4/5 para grau 5/5 na escala de <i>Medical Research Council</i>. A nível dos joelhos também se verificou aumento da força muscular bilateralmente (1/5 →2/5). Este aumento da força muscular permitiu que o Sr. M. adotasse a posição ortostática ainda que apoiado numa enfermeira de cada lado. Este fato deu nova expectativa ao utente e família.</p>
<p>Alteração da satisfação das NHF relacionada com</p>	<p>- Recuperar/ melhorar a funcionalidade para que o Sr. M. seja o mais</p>	<p>- Avaliar a capacidade da esposa para prestar cuidados ao Sr. M.;</p> <p>- Ensinar a cuidadora estratégias de cuidados, tais</p>	<p>O SR. M. apresenta o membro superior esquerdo funcional o que lhe</p>

<p>diminuição da força muscular e diminuição das amplitudes articulares manifestada por dependência funcional.</p>	<p>autônomo possível;</p> <p>- Motivar o Sr. M. para que se sinta útil e autônomo, aumentando a sua auto estima.</p>	<p>como: auxiliar na alimentação, incentivar o marido a participar nos cuidados de higiene e vestir e despir, oferecer o urinol regularmente, pedir a colaboração do Sr. M. para mudar a fralda e nas transferências;</p> <p>- Instruir a esposa do Sr. M para o incentivar na colaboração dos cuidados;</p> <p>- Explicar à D. L. que é importante para o processo de reabilitação que o Sr. M. participe nas tarefas e ela não o deve substituir na realização das mesmas, deve a apenas auxilia-lo nas tarefas que não consegue fazer sozinho;</p> <p>- Estimular o Sr. M. a colaborar na satisfação das suas NHF dentro das suas capacidades;</p> <p>- Promover a utilização de produtos de apoio que possui (cadeira sanitária, cadeira de rodas, almofada de espuma, ortótese do punho direito e urinol) e avaliar a necessidade de outros que facilitem/aumentem a funcionalidade do Sr. M.;</p> <p>- Permitir tempo extra e promover ambiente relaxante para que o Sr. M. tente colaborar nos procedimentos</p>	<p>permitiria ser mais autônomo se estivesse motivado, no entanto, o utente precisa de estímulo verbal para utiliza-lo verbalizando “não me dá jeito fazer as coisas à canhota”. No entanto, lava o rosto e escova os dentes, necessitado que lhe prepare os utensílios. No banho lava as mãos e a parte anterior superior do corpo. Quanto a vestir, o utente apenas usa uma camisola e a fralda, recusando vestir outro tipo de roupa, compensando a falta desta com cobertores. Em todos os contatos foi incentivado o utente a</p>
--	--	---	--

		<p>de forma a proporcionar treino de motricidade fina e da preensão da mão direita;</p> <ul style="list-style-type: none">- Respeitar a lentificação do Sr. M. na execução da tarefa;- Corrigir e fornecer, verbalmente e/ou exemplificando, informações sobre a forma mais simples e adequada de realizar a tarefa;- Adaptar estratégias que facilitem as tarefas, por exemplo: vestir primeiro lugar o braço direito e posteriormente o esquerdo, para despir, proceder de forma contrária, ou seja, primeiro tira a manga do braço esquerdo e depois a manga do lado direito.- Encorajar e dar reforço positivo ao Sr. M. sempre que este mostre interesse e motivação no processo de reabilitação;	<p>utilizar a cadeira de rodas para ir fazer as refeições à mesa com a família e não permanecer limitado à mesma divisão da casa, mas sem sucesso. O Sr. M. refere que se sente desconfortável na cadeira, e prefere passar o dia no sofá da sala.</p> <p>O utente tem controlo vesical mas recusa utilizar o urinol. Em vários contatos foi incentivado o utente a urinar no dispositivo, promovendo a privacidade e ambiente calmo mas sem sucesso.</p> <p>A esposa do Sr. M. compreende a importância</p>
--	--	---	--

			do marido ser mais autônomo mas mostra-se pouco motivada em promover essa autonomia. A D. L. tenta, de certa forma, compensá-lo e substitui-o nas tarefas, não sentindo ele necessidade de contribuir para a satisfação das suas NHF.
Risco de infecção respiratória relacionada com mobilidade reduzida.	<ul style="list-style-type: none"> - Manter um padrão respiratório e ventilatório eficaz; - Reeducar/recuperar a “performance” muscular respiratória; - Prevenir infecções respiratórias; 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o padrão respiratório e as suas características; - Avaliar a postura corporal; - Monitorizar os sinais vitais (FR, FC, SAT O2 e Dor) a cada contato; - Vigiar, em todos os contatos, sinais e sintomas de padrão respiratório ineficaz (coloração da pele, mucosas, leitos ungueais, tiragem respiratória, utilização de músculos acessórios, dispneia, adejo nasal, estridor, sibilos, queixas do doente); 	Em todos os contatos o Sr. M. apresentou respiração taroco-abdominal, com amplitude normal, ritmo regular e simetria torácica. Eupneico, frequência respiratória de que oscila entre 15 a 17 ciclos/minuto, saturação periférica que variou entre os 97% e os

		<p>- Avaliar presença e características das secreções;</p> <p>- Executar, a cada contato, técnicas de reeducação funcional respiratória no sentido de prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios melhorando a ventilação e a distribuição alveolar, assim como, otimizar os músculos respiratórios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exercícios de relaxamento e controlo respiratório; • Consciencialização e dissociação dos tempos ventilatórios; • Exercícios costais e diafragmáticos (seletivos e globais); • Exercícios de expansão torácica; • Exercícios de tonificação diafragmática e intercostal; <p>- Integrar os exercícios respiratórios nas mobilizações e atividades terapêuticas (inspiração acompanhada da abdução do membro superior e expiração acompanhada da adução do membro superior);</p>	<p>98%. Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido e sem resíduos adventícios bilateralmente. Na auscultação cardíaca constou-se sons puros. Tensão arterial em média de 120/70 mmHg e a frequência cardíaca variou entre 65 e 72 batimentos/minuto.</p> <p>O Sr. M. apresentou, em cada contato, pele e mucosas coradas e hidratadas, sem edemas. Não apresentou tosse nem secreções.</p> <p>A cada contato foi posicionado o Sr. M. numa posição correta, sentado</p>
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Realizar e ensinar a técnica terapêutica: auto-mobilização dos membros superiores em associação com os exercícios respiratórios (costal global); - Encorajar e reforçar positivamente o Sr. M. mostrando os progressos realizados e estimular a sua continuidade. 	<p>com o tronco direito e alinhamento dos segmentos corporais para promover uma boa ventilação, prevenção e correção de defeitos posturais.</p> <p>O Sr. M. conseguiu fazer ativamente 20 series de exercícios de reeducação funcional respiratória.</p>
Risco de úlcera de pressão relacionado com a imobilidade no leito/sofá.	- Manter a integridade cutânea.	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar risco de úlcera de pressão de 15 em 15 dias (Escala de <i>Braden</i>); - Efetuar posicionamentos com alternância de decúbito de forma a manter a integridade cutânea e promover o conforto do Sr. M., mantendo alinhamento corporal e respeitando as amplitudes articulares; - Ensinar e treinar alternâncias de decúbito e posicionamento com o Sr. M., a esposa e filha; - Transferir o Sr. M. da cama para o sofá e do sofá 	<p>O Sr. M. apresentou um score de 16 na Escala de <i>Braden</i> (baixo risco) que manteve.</p> <p>O Sr. M. fez levante diariamente para o sofá. Este sofá tem a particularidade de adotar várias posições de conforto. Além disso, no acento foi</p>

		<p>para a cama;</p> <ul style="list-style-type: none">- Estimular o Sr. M. a utilizar a cadeira de rodas para fazer as refeições com a família á mesa;- Ensinar e treinar a esposa e filha do Sr. M. nas transferências;- Explicar ao Sr. M. o movimento que se pretende realizar e incentiva-lo a colaborar dentro das suas capacidades;- Incentivar o reforço hídrico (beber 1,5l de água por dia) e reforço proteico;- Instruir a esposa sobre a importância de o Sr. M. manter a pele e mucosas limpas e hidratadas (fralda seca e aplicação de creme hidratante e/ou regenerador em áreas de risco);- Utilizar produtos de apoio para alívio de pressão (almofadas de conforto, almofadas de gel, colchão de pressão alternada);- Presentear com reforço positivo cada etapa realizada.	<p>colocada uma almofada de espuma e lateralmente são colocadas almofadas de conforto para prevenir zonas de pressão.</p> <p>A utilização da cadeira de rodas não foi possível por relutância do utente.</p> <p>O utente refere que bebe cerca de cinco copos de água por dia e faz uma alimentação fracionada e equilibrada.</p> <p>Apresenta pele íntegra e hidratada.</p>
--	--	--	--

<p>Risco de exaustão da cuidadora informal relacionado com sobrecarga física e psicológica manifestada por discurso depressivo da cuidadora perante a desmotivação do Sr. M. para o Programa de Reabilitação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar psicologicamente a D. L. e valorizar a sua dedicação; - Motivar e comprometer o Sr. M. com o Programa de Reabilitação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar oportunidades para que a D.L. expresse os seus sentimentos, tristezas e preocupações; - Criar uma relação de empatia com a D.L., respeitando os seus sentimentos e não fazendo juízos de valor; - Propiciar um ambiente calmo, demonstrando disponibilidade e escuta ativa; - Valorizar a importância da D.L. no processo de reabilitação e elogiar o seu comportamento enquanto prestadora de cuidados; - Abordar com a psicóloga da ECCI estratégias de estimulação do Sr. M. para a reabilitação visando diminuir o impacto na cuidadora; - Incentivar o Sr. M. a refletir sobre perspetivas de futuro; - Realizar reunião multiprofissional para definir um plano de intervenção, visto que o Sr. M. se acomodou à situação de dependência e o progresso em termos de reabilitação está a ser muito lento. 	<p>Em cada contato, a D. L. vinha esperar-nos à escada lamentando-se da situação ou contando alguma atitude menos correta do Sr. M.. Foi explicado à esposa que era uma cuidadora atenciosa e dedicada mas que não podia fazer tudo pelo marido, deveria incentivá-lo a participar nos cuidados dentro das suas capacidades. No entanto, perante a personalidade forte do marido e os antecedentes do casal, ela anulou-se como mulher e dedicou-se nos últimos tempos a cuidar do marido. A situação foi discutida em</p>
---	--	---	--

			<p>reunião multiprofissional, visto que em termos de reabilitação a sua evolução estagnou. A falta de motivação do utente e a permanência deste no domicílio (zona de conforto), sem regras e/ou rotinas eram um entrave ao sucesso do Programa de Reabilitação.</p> <p>Conversou-se com a filha e esposa do utente sobre a possibilidade do Sr. M. ir temporariamente para um Centro de Reabilitação, tendo, estas, aceitado a proposta com agrado.</p> <p>Realizou-se uma Conferência Familiar onde</p>
--	--	--	---

			<p>estiveram presentes: o Sr. M., a sua esposa e filha, Médica, Psicóloga, Assistente Social e Enfermeira Especialista em Reabilitação, que moderou a Conferência.</p> <p>Foi avaliado o potencial físico do utente, as espetativas futuras do utente e família e concluiu-se unanimemente que seria benéfico para o Sr. M. e família a sua institucionalização por um período de três meses num Centro de Reabilitação. Será o filho do utente que pagará as mensalidades e posteriormente imputará á</p>
--	--	--	--

			<p>seguradora.</p> <p>O utente, na Conferência Familiar, verbalizou que gostaria de se tornar mais autónomo e estava disposto a trabalhar nesse sentido. No entanto, nos contatos seguintes o utente recusou falar no assunto mostrando-se desagradado com a possibilidade de sair do conforto do lar.</p> <p>Fica a aguardar vaga numa instituição privada perto da área de residência.</p>
--	--	--	--

5. CONCLUSÃO

A elaboração deste caso clínico possibilitou o desenvolvimento de competências de aprendizagem profissional, nomeadamente o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, otimizando a relação com o utente/cuidador informal e reformulação da identidade profissional, através da incorporação de novas unidades de competência da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação.

O processo de recuperação e reabilitação da pessoa é essencialmente um processo individual e diferente de indivíduo para indivíduo, sendo importante que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tenha presente as prioridades e motivações do utente de forma a poder maximizar o Programa de Reabilitação.