

1) BREVE APRESENTAÇÃO DO UTENTE

Utente do sexo masculino, de 85 anos de idade, reformado ex-mecânico de automóveis, com antecedentes pessoais de Insuficiência venosa crónica dos membros inferiores; DPOC de etiologia não esclarecida com critérios clínicos de bronquite crónica; Status pós-AVC (3 episódios, o último há 16 anos) que teve como sequelas hemiparésia direita, disartria e incapacidade para a marcha, contudo com melhoria após fisioterapia, tendo tido sucesso na marcha com andador.

Referenciado para ECI após agravamento da situação de dependência funcional após múltiplos internamentos por recusa alimentar e desidratação, sendo o último internamento com alta a 08/08, por colite isquémica secundária a oclusão por fecalomas e sepsis, totalmente acamado desde então.

Reside em Alcântara, 3º andar de prédio sem elevador, com a esposa (a própria tem algumas limitações de locomoção, deambula com canadiana) e tem apoio da filha, advogada residente em Benfica. Recebe apoio diário, particular, para cuidados de higiene 2x dia (10h e 19h).

Medicação habitual: Furosemida 1cp dia; aminofilina 1cp dia; perindopril 1cp dia; salmeterol 125/25 1x dia.

Admitido em ECI a 7/10 altura da primeira visita domiciliária.

2) AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE – GRELHA CAFIM¹

Funções Sensoriais:

Ver: problemas de visão mas consegue fazer as suas atividades (2)

Ouvir: ouve, mas só se se falar alto (2)

Paladar: reconhece os sabores (1)

Sentir: reconhece os cheiros (1)

Toque: dificuldade em reconhecer os objetos sem ajuda da visão (2)

Plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação

- **Breve descrição do utente** (Dados demográficos, antecedentes pessoais, patologia principal, contexto domiciliário e familiar)

- **Avaliação inicial de funcionalidade** (Grelha CAFIM – *Coefficient d'évaluation fonctionnelle Ici et Maintenant*)

- **Avaliação Inicial da Amplitude Articular e Força Muscular**

- **Avaliação do Equilíbrio**

- **Avaliação da segurança do Ambiente**

- **Avaliações Complementares**

- **Proposta de Plano de Cuidados Reabilitação** – Teoria das consequências funcionais de Carol Miller

- **Notas de Evolução**

¹ Baseado na aplicação da ficha de avaliação da autonomia funcional, versão traduzida e adaptada por Martins (2011) do original *Coefficient d'évaluation fonctionnelle Ici et Maintenant* (1993).

Funções Mentais:

Memória: esquece aspetos da vida quotidiana (3)

Orientação: orientado somente no espaço habitual, no imediato e com as pessoas familiares (3)

Compreensão: lento a apreender as explicações ou os pedidos (2)

Julgamento: não avalia as situações e devem-se tomar decisões no seu lugar (4)

Comportamento: perturbações de comportamento menores que necessitam de uma vigilância ocasional (2)

MOBILIDADE

Levantar-se: deve ser levantado e deitado (4)

Caminhar no interior: não anda (4)

Utilizar escadas: incapaz de utilizar escadas (4)

Caminhar do exterior: não anda (4)

Deslocar-se em cadeira: necessita que um terceiro empurre a cadeira (4)

COMUNICAÇÃO

Falar: tem defeito de linguagem mas pode comunicar certas necessidades primárias ou responder a perguntas por sim e não (3)

Utilizar o telefone: incapaz de utilizar o telefone (4)

Tratar da sua imagem: não se interessa pela sua aparência (4)

Utilizar os meios de transporte: deve ser transportado de ambulância (4)

ACTOS DA VIDA QUOTIDIANA

Lavar-se: Deve ser lavado por um terceiro porque não participa ativamente na sua higiene (4)

Vestir-se: Deve ser vestido por um terceiro (4)

Alimentar-se: Necessita de ajuda parcial para cortar e picar os alimentos previamente (3)

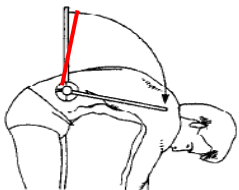
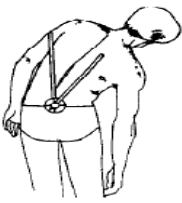
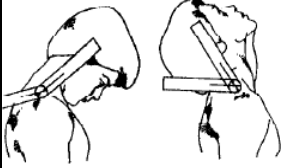
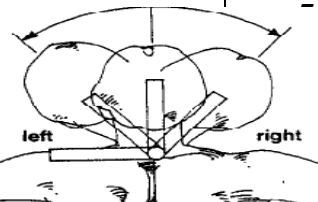
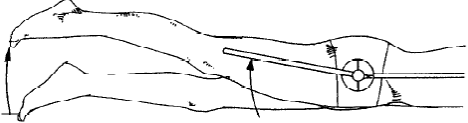
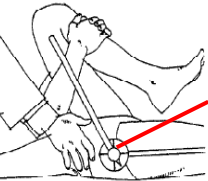
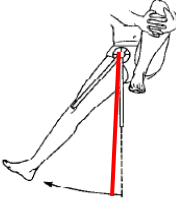
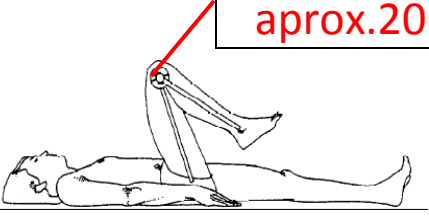
Tomar os seus medicamentos: Deve-se fazer tomar os seus medicamentos (4)

Utilizar a casa de banho: Incapaz de utilizar (4)

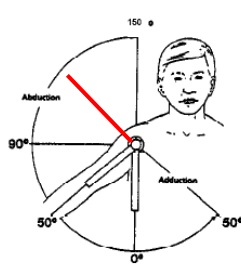
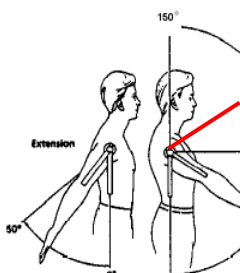
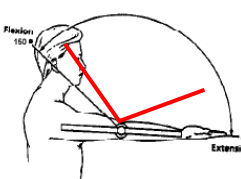
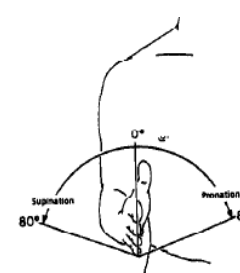
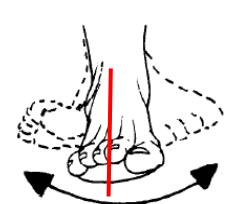
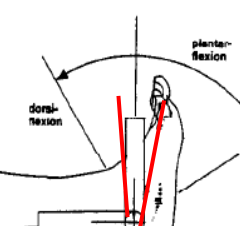
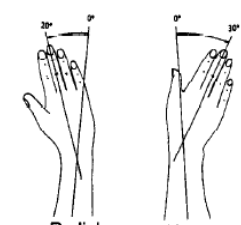
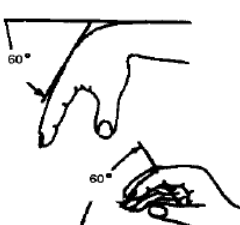
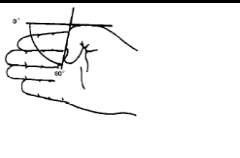
Continência vesical: Incontinência vesical total e habitual (4)

Continência Intestinal: Incontinência intestinal total e habitual (4)

3) AVALIAÇÃO DA AMPLITUDE ARTICULAR² (7/10)

1. COLUNA LOMBO- SAGRADA			2. LATERO FLEXÃO COLUNA		
	Extensão	Flexão		Esquerda	Direita
	Não avaliado	Limitada 45°		Avaliado	Não avaliado
3. CERVICAL			4. LATERO FLEXÃO CERVICAL		
	Extensão 60°	Flexão 50°		Esquerda	Direita
	Normal	Normal		Avaliado	Não avaliado
5. ROTAÇÃO PESCOÇO			6. COXO-FEMURAL (EXTENSÃO POSTERIOR)		
	Esquerda	Direita		Esquerda	Direita
	Aprox.40°	Aprox.40°		Não avaliado	Não avaliado
7. COXO-FEMURAL (FLEXÃO)			8. COXO-FEMURAL (ADUÇÃO)		
	Esquerda	Direita		Esquerda	Direita
	Limitada aprox.30°	Limitada aprox.30°		Limitada aprox.5°	Limitada aprox.5°
9. COXO-FEMURAL (ABDUÇÃO)			10. JOELHO (FLEXÃO)		
	Esquerda	Direita		Esquerda	Direita
	Limitada 0°	Limitada 0°		Limitada aprox.20°	Limitada aprox.20°

² Adaptado "Range of Joint Motion Evaluation Chart" do Department of Social and Health Services, Washington State Disponível em http://www.dshs.wa.gov/pdf/ms/forms/13_585a.pdf

1. ESCÁPULO-UMERAL (ABDUÇÃO E ADUÇÃO)			2. ESCÁPULO-FEMURAL (FLEXÃO E EXTENSÃO)		
	Esquerda			Esquerda	
	Abdução	Adução		Extensão	Flexão
	Aprox.120°	Normal		Não avaliado	Aprox.120°
	Direita			Direita	
	Abdução	Adução		Extensão 50°	Flexão 150°
	Aprox.120°	Normal		Não avaliado	Aprox.120°
3. COTOVELO (FLEXÃO)			4. ANTEBRAÇO (PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO)		
	Esquerda			Esquerda	
	Extensão	Flexão		Pronação	Supinação
	Limitada	Normal		Não avaliado	Não avaliado
	Direita			Direita	
	Extensão	Flexão		Pronação	Supinação
	Limitada	Normal		Não avaliado	Não avaliado
5. TIBIO-TÁRSICA			6. TIBIO-TÁRSICA (FLEXÃO E EXTENSÃO)		
	Esquerda			Esquerda	
	Inversão 30°	Eversão 20°		Plantar	Dorsal
	Limitada	Limitada		Limitada	Limitada
	Direita			Direita	
	Inversão 30°	Eversão 20°		Plantar	Dorsal
	Limitada	Limitada		Limitada	Limitada
7. PUNHO (LATERO FLEXÃO)			8. PUNHO (FLEXÃO E EXTENSÃO)		
	Esquerda			Esquerda	
	Radial	Cubital		Extensão	Flexão
	Normal	Normal		Normal	Normal
	Direita			Direita	
	Radial	Cubital		Extensão	Flexão
	Normal	Normal		Normal	Normal
9. POLEGAR – oponencia			10. POLEGAR - Flexão		
	Esquerda	Direita		Esquerda	Direita
	Flexão	Flexão		Flexão	Flexão
	Normal	Normal		Normal	Normal

--	--

Resumo das limitações articulares avaliadas:

Apresenta rigidez/resistência acentuada das articulações dos membros inferiores, que limitaram a amplitude articular, já com incapacidade na abdução e dificuldade elevada na flexão coxo-femural. Apresenta anquilose lombo-sagrada, com rigidez elevada do tronco, não permitindo atualmente a posição de sentado.

4) AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR – Índice do Medical Council (7/10)

Membro superior Direito		Membro superior Esquerdo	
Mão	Grau 4	Mão	Grau 4
Cotovelo	Grau 3	Cotovelo	Grau 4
Ombro	Grau 3	Ombro	Grau 4
Membro inferior		Membro inferior	
Coxo femoral	Grau 1	Coxo femoral	Grau 1
Joelho	Grau 1	Joelho	Grau 1
Tibio-társica	Grau 0	Tibio-társica	Grau 0

Resumo das limitações de força muscular avaliadas:

O utente tem força mantida dos membros superiores, embora ligeiramente diminuída a nível da escapulo umeral e cotovelo direito, que lhe permite que faça mudanças significativas de decúbito, agarrado aos limites da cama, de forma autónoma e em bloco (faz a atividade terapeutica de rolar de forma independente). Apresenta ausência de movimento passivo dos membros inferiores, devido a rigidez limitação articular acentuada.

5) AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO

Incapaz de assumir a posição de sentado, pela limitação elevada de flexão da coluna lombo-sagrada, não tendo equilíbrio.

6) AVALIAÇÃO DO AMBIENTE

Passa a totalidade do dia deitado, na cama. Não dispõe de cama articulada, nem colchão de prevenção de úlceras por pressão, ou outro material de apoio. Cama baixa, sem barras de apoio ou dispositivos de proteção, em alternativa é utilizado cadeirão que fica encostado ao colchão e pretende deste modo servir de apoio ao rolamento, mas também de limite para prevenção de queda. Tapete imediato a cama que

produz alguma limitação à segurança do apoio de pés ou tentativa de levantar. Temperatura da divisão confortável.

Potenciais riscos: Risco de Queda da cama; Risco de Úlcera por pressão; Risco de Queda do cuidador também idoso

7) AVALIAÇÕES COMPLEMENTARES

Estado nutricional e hábitos alimentares:

Encontra-se bastante emagrecido, impossível de avaliar peso observando-se massa muscular muito diminuída. Através da entrevista à esposa, que assegura a alimentação, deteta-se **ingestão alimentar insuficiente às necessidades**. As refeições habituais são cerca de 4 por dia, constituídas à base de leite, iogurte e sopa (1x dia). Verifica-se também **conhecimento do cuidador comprometido para alimentação**. O utente ingere sobretudo líquidos e alimentos pastosos, é descrita dificuldade na mastigação (e historial não validado de disfagia anterior que de momento não apresenta).

A destacar historial de obstipação crónica, chega a estar 8 dias sem evacuar (segundo a esposa). Só evacua com recurso a Microlax. Não tem dieta ajustada a esta condição. A fralda é mudada apenas de manhã e à noite.

Padrão Respiratório

Respiração com expansão pulmonar simétrica, predominantemente torácica, de amplitude reduzida (superficial), torax em tonel, com dificuldade em executar inspirações profundas. Apresenta pontuais acessos de tosse produtiva, mucosa, que mobiliza para a orofaringe e deglute. Sem ruídos à auscultação dos campos pulmonares. Murmúrio vesicular diminuído pela reduzida amplitude dos fluxos ventilatórios.

Avaliação do cuidador:

Esposa aparenta estar pouco envolvida nos cuidados ao doente, apura-se um certo conformismo com as limitações adquiridas; fraca motivação para incentivar a ingesta nutricional, deixando-a apenas ao critério de preferência e negação do utente. Reconhece a necessidade de apoio especializado ao esposo, mas não se implica no mesmo de forma intensiva pois indica como prioritário suas próprias limitações, não sendo por isso capaz de assegurar a continuidade dos cuidados de reabilitação efectuados.

Nota: Por este motivo foi feita avaliação pela psicóloga e pela assistente social, após a qual se decidiu pela candidatura a uma unidade de internamento de média duração e reabilitação; dado não se reunirem as condições necessárias para o cuidador dar continuidade ao programa instituído nem ter condições ambientais/recursos no domicílio que facilitem o processo de reabilitação.

PROPOSTA DE PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Data de Início	PROBLEMAS ACTUAIS E POTENCIAIS Consequências funcionais Negativas	OBJECTIVOS A ATINGIR Consequências funcionais Positivas	ACTIVIDADES DE REABILITAÇÃO Intervenção de Enfermagem	Data de término
07/10	Diminuição da amplitude articular a nível: - Coxo-femural (Flexão e Abdução) - Joelho (Flexão) - Tibio-társica (flexão plantar e dorsal)	Melhorar a amplitude articular dos membros inferiores	Execução de mobilizações passivas e activas-assistidas dos membros inferiores, com <u>ênfase na</u> : - Flexão coxo-femural - Abdução e adução coxo-femural - Flexão do joelho - Flexão e Dorsi-flexão da tibio-társica.	
07/10	Diminuição da força muscular global dos membros inferiores	Melhorar e aumentar a força muscular dos membros inferiores	Introdução de resistências à mobilização dos membros inferiores, se tolerar. Treino da atividade terapêutica = ponte Treino do rolar controlado da anca e rolar ativo-assistido no leito Execução de mobilizações ativas-resistidas dos membros superiores.	
07/10	Dor actual Risco de Dor	Sem dor na realização dos exercícios de reabilitação	Administração de analgesia prescrita antes das sessões. Massagem de conforto para redução de tensão muscular	

07/10	Postura comprometida: Reduzida amplitude de flexão da coluna lombo-sagrada Incapacidade para a posição de sentado Ausencia de equilibrio estatico	Melhoramento da postura corporal Manutenção da Posição e equilíbrio sentado	Execução de mobilizações de flexão ativas-assistidas da coluna lombo-sagrada e coxo-femural Correto posicionamento no leito a fim de prevenir lordose dorsal – apoio articulações com almofadas Incentivo ao utente para a adoção mais frequente do decúbito lateral com flexão dos joelhos. Preparação para a posição de sentado – ênfase nas mobilizações de flexão Membros inferiores e execução da ponte. Treino do equilíbrio sentado.	
07/10	Ingestão nutricional diminuída Desnutrição	Alimentação e ingesta nutricional adequada	- Planeamento de estratégias para garantir refeições hipercalóricas e hiperproteicas com o cuidador, procurando adequar as preferências do utente. - Introdução de refeições intermedias (meio da manha e lanche) - Enriquecimento das porções de alimentos sobretudo ao jantar - Aconselhamento sobre suplementação nutricional artificial - Monitorização regular de perímetro abdominal	
07/10	Risco de Queda	Capacitação cuidador para Segurança do ambiente	- Instruir o cuidador sobre estratégias adaptativas e remoção de fatores de risco – tapete. - Elucidar sobre material de apoio disponível e adequado as necessidades do doente – grades de proteção, cama articulada, colchão anti escaras.	

07/10	Risco de Úlcera por pressão	Manutenção de integridade da pele	Ensino ao cuidador sobre: - Posicionamentos corretos e alternância de decúbitos - Cuidados à pele e despiste de alterações - Gestão da incontinência e otimização da fralda - Alimentação hiperproteica e hipercalórica Articulação com apoio social para providenciamento de material de alívio de pressão.	
07/10	Obstipação atual Obstipação Risco de	Manutenção de trânsito intestinal regular de 2 em 2 dias	- Introdução de alimentos ricos em fibras na dieta habitual - Ensino cuidador e utente para reforço hídrico - Vigilância de sinais de impactação - Ponderar necessidade de ajuste terapêutico com emolientes de fezes	17/10
07/10	Risco de tolerância à atividade diminuída	Maior tolerância a atividade Adequada gestão e conservação da energia	- Execução de exercícios respiratórios durante as mobilizações – otimização dos fluxos ventilatórios - Instruir sobre técnica respiratória adequada - Progressão gradual na resistência e grau de complexidade dos exercícios	
07/10	Disartria Ligeira Hipofonia (hipotonia da musculatura faríngea e cordas vocais)	Comunicação eficaz Melhorar a articulação da palavra	- Adoção de estratégias adequadas de comunicação: falar com calma, questões simples, utilização de gestos para compreensão recíproca, estimulação da resposta verbal; exercícios de nomeação de objetos; Exercícios de mímica facial com ênfase na estimulação da musculatura do palato mole, glosso e laringe Exercícios fonêmicos - cá, cá, cá; tá, tá, tá, etc	

8) NOTAS DE EVOLUÇÃO DO UTENTE

Estado de consciência e humor
Orientação e Linguagem
Padrão respiratório
Avaliação da mobilidade e da pele
Evolução força muscular
Evolução amplitude articular
Evolução do Equilíbrio

17/10 - 10º Dia de Intervenção (Sessões Diárias 5x semana)

- Utente consciente, calmo, mais dinâmico e participativo.
- Orientado no mês. Mantém disartria embora com melhoria da hipotonia, inicia discurso com volume mais audível.
- Apresenta pontuais acessos de tosse produtiva que mobiliza. À auscultação não se verifica presença de fervores ou outros ruídos adventícios. Verifica-se sim aumento de sialorreia que tem dificuldade em mobilizar/deglutir.
- Observa-se já adequado posicionamento no leito, com alinhamento corporal respeitado, através do recurso a almofadas de posicionamento. Pele mantém-se integra.
- Observa-se de um modo global melhoria significativa da força e amplitude articulares, o utente já inicia os exercícios de forma ativa e tolera melhor as repetições efetuadas.
- Executa mobilizações ativas resistidas dos membros superiores:

MSup. Esquerdo	Flexão mão: Grau 5
	Flexão Cotovelo: Grau 4
	Flexão escapulo umeral: Grau 4
MSup. Direito	Flexão mão: Grau 5
	Flexão Cotovelo: Grau 4
	Flexão escapulo umeral: Grau 3

- Executa o exercício da ponte de forma ativa, consegue completar maior elevação (cerca de 15cm) do plano do leito e tolera repetições de 10 vezes.
- Executa mobilizações ativas assistidas dos membros inferiores, evidenciando maior grau de força e amplitude articular alcançada:

Força Muscular		Amplitude articular
MInf. Esquerdo	Flexão plantar e Inversão: Grau 2	Tibio-tarsica Flexão Plantar e Inversão: 10º
	Flexão Joelho: Grau 3 e Extensão Joelho: Grau 4	Flexão joelho: 80º
	Abdução e Adução: Grau 3	Abdução: 10º e Adução: 10º
	Flexão coxo-femural: Grau 3	Flexão coxo-femural: 60º

- Executa o exercício de rolar na cama, observando-se diminuição da posição de extensão da coluna lombo sagrada no decúbito lateral.
- Efetua-se tentativa de assumir a posição de sentado no leito sem sucesso, ainda com extensão da lombo sagrada e coxo femural a condicionar e sem equilíbrio estático
- No âmbito do padrão alimentar: mantém renitência a ingesta de sopa, vegetais e outro tipo de alimentos mais nutritivos. Transito intestinal mantém-se comprometido, evacua apenas 1x semana apos microlax.

Atualizações ao plano de cuidados:

- ✓ Manter exercícios de mobilizações ativas resistidas dos M.Superiores e ativas assistidas dos M. Inferiores (com ênfase nas mobilizações da tibio-tarsica, lombo-sagrada e coxo-femural)
- ✓ Reavaliar padrão respiratório e permeabilidade das vias aéreas, dados antecedentes de DPOC não esclarecida e presença de tosse pontual.
- ✓ Sugestionar à cuidadora a aquisição de suplementos nutricionais (foi oferecido um que o utente ingeriu com agrado), manter reforço da ingesta hídrica, sugestionar medidas não farmacológicas de gestão da obstipação: frutas específicas – kiwi.
- ✓ Introdução de exercícios de estimulação cognitiva (treino da orientação) e exercícios fonémicos (nomeação) nas sessões

21/10 - 14º Dia de Intervenção (Sessões Diárias 5x semana)

- Avaliação sobreponível, a destacar contudo:
- Maior iniciativa para estabelecer comunicação verbal, maior atenção ao que o rodeia e questiona o dia do mês e da semana.
- Inicia associação do exercício de dissociação dos tempos respiratórios às mobilizações ativas dos membros superiores, introduziu-se assim reeducação costal global dado que utente colabora.
- Adquire já posição de sentado com ajuda total. Foi possível levantar para cadeirão sem carga, tolerou posição de sentado 1hora, com apoio lombar com almofada e contenção de tronco com faixa, assumindo flexão de 90º dos joelhos e tibio-társica (apoia toda a região plantar no solo) e flexão 80º coxo-femural.
- Providencia-se colchão de espuma de poliuretano de alívio de pressão em empréstimo.
- Trânsito intestinal assume agora padrão 2x semana. Iniciou ingestão de sopa, embora menor quantidade e melhorou o apetite aumentando as porções de alimentos que habitualmente ingere (pão, fruta, leite)

23/10 – Fica internado no Hospital S.Francisco Xavier por Pneumonia.

Bibliografia

Martins, A. (2011). Snoezelen com idosos. Lisboa: Sítio do Livro. ISBN: 978-989-97252-0-1

Department of Social and Health Services (2003). Range of Joint Motion Evaluation Chart. Acedido a 10/10/2014 disponível em http://www.dshs.wa.gov/pdf/ms/forms/13_585a.pdf